

Onderzoek indicatoren psychische problematiek
Definitieve rapportage

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Maatschappelijke Ondersteuning

Uw kenmerk: 201865006.025.040
Onze referentie: A2000019941
2 februari 2021

Managementsamenvatting - algemeen

Sinds het Bestuurlijk Akkoord over de extramuraliseringsopgave in 2012 hebben zich veel beleidsmatige veranderingen voorgedaan op het gebied van de organisatie en bekostiging van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek (zie figuur 1). Deze beleidsmatige veranderingen maken de zorg toegankelijker en zorgen voor een betere aansluiting bij de wensen van de cliënt op lokaal niveau. Er worden echter ook (nieuwe) knelpunten zichtbaar. Denk bijvoorbeeld aan de niet toereikende opbouw van de ambulante capaciteit en mensen die buiten beeld vallen.

Insteek van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel om passende en relevante indicatoren in kaart te brengen die inzicht geven in 1) de effecten van extramuralisering en 2) andere relevante ontwikkelingen met betrekking tot het bieden van ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek. Onderdeel hiervan is het verkrijgen van inzicht in de opbouw van ambulante infrastructuur. Het primaire niveau om de inzichten te verkrijgen en inzichtelijk te maken, is het niveau van de zorgkantoorregio (in dit rapport: regio).

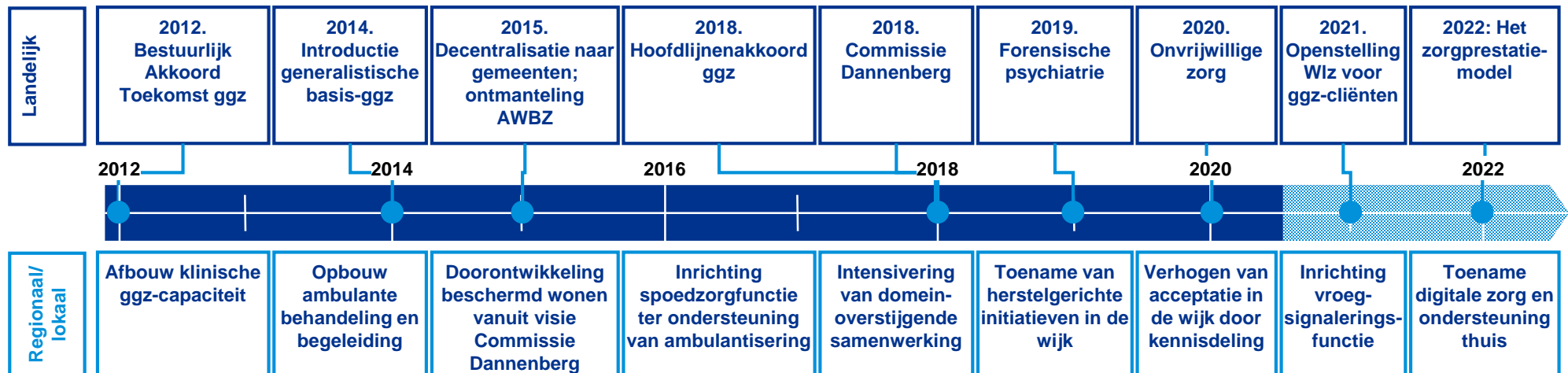
Om tot een set van passende en relevante indicatoren (in dit rapport: voorgestelde

set aan indicatoren) te komen, zijn verschillende methoden gebruikt, waaronder deskresearch naar bestaande indicatoren en relevante ontwikkelingen, expert-interviews, workshops over gezamenlijke taal, verdiepende case studies in vijf zorgkantoorregio's en een haalbaarheidsanalyse.

Komen tot een gezamenlijke taal

De complexiteit van het vraagstuk maakt dat er behoefte is aan gezamenlijke uitgangspunten, definities en taal. Onderstaand de duiding van drie thema's:

- Onder mensen met psychische problematiek verstaan we zowel alle mensen met een psychische ondersteunings-, hulp- en/of zorgvraag als mensen met problemen van psychische aard op meerdere levensgebieden die niet om hulp vragen, of die hulp niet willen of kunnen accepteren. Daaronder verstaan we ook de mensen met ernstig psychische aandoeningen, de EPA-doelgroep.
- Waar het gaat om effecten van de extramuralisering bedoelen we in dit onderzoek enerzijds de beweging van aanbod (toe- en afname van aanbod, zowel klinisch als ambulant) en anderzijds inzicht over tijd in proces (bijvoorbeeld gemiddelde doorlooptijd) en uitkomsten (bijvoorbeeld mate van herstel).



Figuur 1. Visuele weergave van de landelijke, beleidsmatige veranderingen tussen 2012 en 2022

Managementsamenvatting - algemeen

- De kapstok die we vervolgens gebruiken om de effecten in kaart te brengen, zijn functies. De acht functies (zoals Symptomatisch en/of persoonlijk herstel door langdurige behandeling en Maatschappelijk herstel door activering en ondersteuning dagelijks en maatschappelijk functioneren) helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod en daarmee naar indicatoren. Door het gebruik van functies verschuift de focus van sec aantallen en inzet naar een samenhangend geheel rondom een thema.

Resultaten

De resultaten van dit onderzoek bestaat uit twee onderdelen, namelijk:

1. Inzicht in de landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen rondom mensen met psychische problematiek. Figuur 1 op de vorige pagina toont samenvatting hiervan.
2. Een voorgestelde set aan indicatoren aan de hand van twee verschillende visualisaties:
 1. Naar type indicatoren (zie pagina 4). Hierbij maken we onderscheid naar de regionale context (een aantal regionale karakteristieken waarbij we bijvoorbeeld kijken naar demografie en risicofactoren voor psychische problematiek als schulden en eenzaamheid), structuurindicatoren (set aan indicatoren die gezamenlijk antwoord geeft op de vraag 'Wat is er?') en proces- en uitkomstindicatoren (set aan indicatoren die gezamenlijk antwoord geeft op de vraag 'Heeft wat we doen effect?')
 2. Naar functies (zie pagina 5). Hierbij geven we per functie inzicht in de voorgestelde indicatoren – zowel structuur- als proces- en uitkomstindicatoren, zowel kwantitatief als kwalitatief.

Ter concretisering van de monitor zijn de indicatoren gedeeltelijk ingevuld op basis van data vanuit gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam (zie hiervoor paragraaf 5.2). Belangrijk is hierin te benadrukken dat het huidige beeld nog niet volledig is en nog in ontwikkeling. Deze exercitie laat onder andere zien hoe belangrijk het is om volledige data over meerdere jaren te hebben om een beweging inzichtelijk te maken en de resultaten te duiden.

Ontwikkelagenda

Van de set aan indicatoren (totaal 127¹) is 49% gebaseerd op bestaande en

beschikbare data². Echter, om te kunnen gaan monitoren startend met data vanaf 1 januari 2021 zijn vijf zaken op korte termijn (d.w.z. binnen een jaar) van belang:

1. Opstellen van eenduidige definities en vervolgens werkwijzen om zo de indicatoren van de verschillende regio's en gemeenten vergelijkbaar te maken.
2. Toewerken naar beperking van routes van aanlevering.
3. Vormgeven van (het proces rondom de) kwalitatieve uitkomstindicatoren.
4. Toetsen of set aan indicatoren bijdragen aan het juiste gesprek
5. Creëren van draagvlak en voorbereiden uitvraag. Onderdeel hiervan is het afgeven van de juiste verwachting: er ontstaat inzicht in een beweging als de data volledig is en inzicht geeft over meerdere jaren.

Om een verdiepingsslag te kunnen maken op de huidige opzet van de monitor zijn de volgende punten op middellange termijn (d.w.z. tussen 1 en 3 jaar) van belang:

1. Inbedden van kwantitatieve uitkomstindicatoren om zicht te krijgen op de uitkomsten van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek.
2. Uitvoeren van een kritische toets op het behoud van kwalitatieve indicatoren.
3. Aanscherpen indicatoren forensische zorg en beschikbaar maken van benodigde data.

Proces (loopduur en opdrachtgevers)

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en de VNG op basis van een overeengekomen opdracht door de stuurgroep paraplu GGZ en onder aansturing en projectverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in afstemming met een afvaardiging vanuit NDSD en van gemeenten, aanbieders, brancheorganisaties en cliëntenvertegenwoordigers. De betrokken organisaties waren vertegenwoordigd in de klankbordgroep, die is ingezet als actief klankbord voor afstemming en besluiten rondom onderzoekopzet, gezamenlijke taal en de uitkomsten van het onderzoek. Aanvullend heeft er afstemming plaatsgevonden met verschillende experts. Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode juni 2020 tot en met december 2020.

(1) Belangrijk hierbij te vermelden is dat dit inclusief de indicatoren voor de regionale context is en dat de indicatoren op een gedetailleerd niveau zijn weergegeven. De indicator # klinische bedden Zvw bestaat bijvoorbeeld uit vier meer gedetailleerde indicatoren: # klinische bedden Zvw totaal, aantal klinische bedden S-GGZ tot 1 jaar, # klinische bedden S-GGZ 1 tot 3 jaar en # klinische bedden crisis. (2) Hierbij kan gaan om data die niet voor iedereen toegankelijk is, zoals data vanuit Vektis waar een specifiek account voor nodig is.

Managementsamenvatting - voorgestelde set aan indicatoren (naar element)



Regionale context



- Inzicht in aanbiedersveld op zorgkantoorregio (aantal aanbieders met onderscheid naar type aanbieder en omvang [op basis van EUR])
- Inzicht in mate van stedelijkheid o.b.v. inwoneraantallen per gemeente (aantal gemeenten met onderscheid naar klein, middelgroot en groot)
- Inzicht in (basis)demografie zorgkantoorregio (bijvoorbeeld sociaaleconomische status (SES), aantal inwoners met psychische problematiek (Zvw) en % EPA cliënten)
- Inzicht in algemene risicofactoren psychische problematiek (eenzaamheid, werkloosheid, besteedbaar inkomen, schulden)



Structuurindicatoren

Mensen met psychische problematiek die gebruikmaken van aanbod*

- # klinische bedden (Wlz, Zvw en Wfz)¹
- # fte ambulante behandelaren (proxy hiervoor zijn totale kosten en # cliënten) (Zvw)
- # fte ambulante begeleiders (proxy hiervoor zijn totale kosten en # cliënten) (Wmo)
- # plekken beschermd wonen incl. onderscheid naar forensisch (Wmo en Wlz (vanaf 2021)) (proxy hiervoor zijn # cliënten)
- # plekken maatschappelijke opvang² (Wmo)
- # fte POH-ggz (Zvw)
- # (beschikbare) sociale huurwoningen
- ambitie en realisatie # extra woonplekken (met de benodigde (ambulante) begeleiding) n.a.v. prestatieafspraken kwetsbare doelgroepen (Wmo)



Aanvullende uitvraag:

- Structurele inbedding van ervaringsdeskundigen
- Toepassing van een herstelgerichte intake
- Aanwezigheid van herstelgerichte initiatieven (zoals een herstelacademie)
- Manier waarop netwerkondersteuning is ingericht voor of gericht is op mensen met psychische problematiek
- Manier waarop cliëntondersteuning is ingericht voor of gericht is op mensen met psychische problematiek
- Bereik mensen met psychische problematiek vanuit inloopvoorzieningen
- Inrichting en borging bemoeizorg
- Borging structureel overleg complexe casuïstiek
- Invulling van time out- en logeervoorzieningen



Proces- en uitkomstindicatoren

Effecten extramuralisering en (ervaren) gezondheid:



- Ervaringen van regionale partijen over extramuralisering en (ervaren) mate van herstel en positieve gezondheid
- Ervaringen van professionals

Verschuiving van kosten:



- Inzicht in kosten per subdomein³

Cliëntbeweging:



- # cliënten³
- # heropnames/terugval⁴
- Uitstroom⁵
- Wachttijden en -lijsten B-/S-ggz
- # verwijzingen van HA naar B-/S-ggz
- # Wvggz-meldingen en -onderzoeken
- # succesvol afgeronde IPS-trajecten

Bronnen/verwijzingen:

1. Onderscheid naar ggz-B en nieuwe instroom vanuit Wmo (Wlz), opname bedden incl. onderscheid naar beveiligingsniveau en crisisbedden (Zvw) en forensisch klinische bedden incl. onderscheid naar beveiligingsniveau (Wfz)
2. Onderscheid naar directe opvang (crisis/nood) en (langdurige) opvang
3. Onderscheid naar Wlz (ggz-B en nieuwe instroom

- vanuit Wmo), Zvw (klinisch, ambulant en crisis), Wfz en Wmo (onderscheid op basis van de iWmo-productcategorieën (hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO))
4. Onderscheid naar Zvw (klinisch, ambulant en crisis), Wfz en Wmo (iWmo-productcategorieën)
 5. Onderscheid naar Zvw (klinisch, ambulant), Wfz, Wmo (iWmo-productcategorieën)
 6. Zie externe bijlage E voor definitie en duiding

Mensen met psychische problematiek die nog niet specifiek in beeld zijn

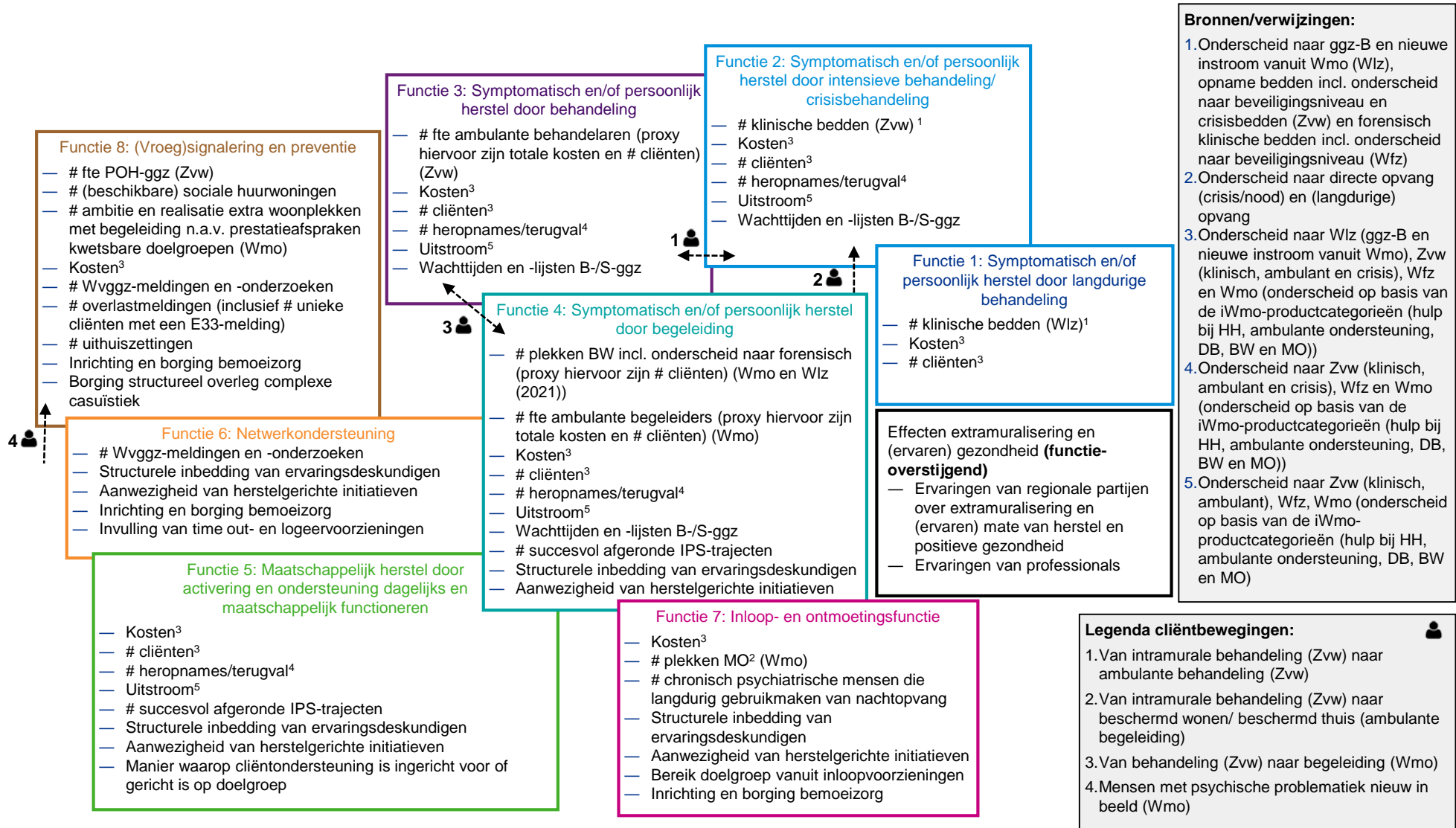
- # overlastmeldingen (inclusief # unieke cliënten met een E33-melding)
- # uithuiszettingen
- # chronisch psychiatrische mensen die langdurig gebruikmaken van nachtopvang

* Indicatoren worden uitgedrukt in absolute zin, afgezet tegen 10.000 inwoners per regio en afgezet ten opzichte van het jaar ervoor

Legenda: Kwalitatief Kwantitatief

Figuur 2. Visuele weergave van voorgestelde set aan indicatoren voor mensen met psychische problematiek

Managementsamenvatting - voorgestelde set aan indicatoren (naar functie)



Figuur 3. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap per functie voor mensen met psychische problematiek

7

1. Achtergrond en vraagstelling

- 1.1 Achtergrond en aanleiding
- 1.2 Doelstelling en vraagstelling
- 1.3 Afbakening
- 1.4 Zes uitgangspunten voor de monitor
- 1.5 Leeswijzer

9

2. Context van het vraagstuk

- 2.1 Inzicht in de effecten van extramuralisering als doel van de monitor
- 2.2 Definiëren van mensen met psychische problematiek
- 2.3 Monitoren van de effecten van extramuralisering aan de hand van functies
- 2.4 Voeren van het goede gesprek op verschillende niveaus

12

3. Ontwikkelingen extramuralisering psychische problematiek over tijd

- 3.1 Landelijke ontwikkelingen op het gebied van psychische problematiek
- 3.2 Effecten in de regio aan de hand van landelijke en regionale ontwikkelingen

17

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek

- 4.1 Conceptset indicatoren
- 4.2 Uitvoeren haalbaarheidsanalyse op concept set indicatoren
- 4.3 Voorgestelde set aan indicatoren

25

5. Eerste schets van de monitor

- 5.1 Inzicht in de effecten van extramuralisering: een eerste schets van de monitor
- 5.2 Invulling van de monitor vanuit beschikbare data Amsterdam
- 5.3 Duiding van de indicatoren en het voeren van het juiste gesprek

32

6. Ontwikkelagenda en reflectie

- 6.1 Ontwikkelagenda monitor (korte termijn)
- 6.2 Ontwikkelagenda monitor ((middel)lange termijn)
- 6.3 Reflecties op het onderzoek

37

6. Bijlagen

- Bijlage A: Aanpak en methoden
- Bijlage B: Inzicht in bestaande databronnen
- Bijlage C: Projectstructuur
- Bijlage D: Inzicht in regionale en lokale hulpvraag van mensen met psychische problematiek (resultaten case studies)
- Externe bijlage E: Gedetailleerde toets op individuele indicatoren (PDF)
- Bijlage F: Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam

1. Achtergrond en vraagstelling

1.1 Achtergrond en aanleiding

Sinds het Bestuurlijk Akkoord over de extramuraliseringsopgave in 2012 hebben zich veel beleidsmatige veranderingen voorgedaan op het gebied van de organisatie en bekostiging van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek. Denk aan de ambulantisering in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) Zorgverzekeringswet (Zvw), de decentralisatie naar gemeenten, de inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg (Wlz), het hoofdlijnenakkoord ggz in 2019 en het meerjarenakkoord forensische zorg. Deze beleidsmatige veranderingen maken de zorg toegankelijker en zorgen voor een betere aansluiting bij de wensen van de cliënt op lokaal niveau. Er worden echter ook (nieuwe) knelpunten zichtbaar. Denk bijvoorbeeld aan de niet toereikende opbouw van de ambulante capaciteit en mensen die buiten beeld vallen.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

Dit onderzoek heeft als doel om passende en relevante indicatoren (in dit rapport: voorgestelde set aan indicatoren) in kaart te brengen die inzicht geven in zowel de effecten van extramuralisering als andere relevante ontwikkelingen met betrekking tot het bieden van ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek. Onderdeel hiervan is om aan de hand van indicatoren inzicht te kunnen geven in de opbouw van ambulante infrastructuur. Meer specifiek gaat het om de volgende punten:

- Inzicht geven in zowel het aanbod (wat is er?) als het proces en de uitkomsten (heeft wat we doen effect?) door middel van passende indicatoren. Het uitvoeren van een haalbaarheidsanalyse maakt hier deel van uit.
- Het ontwikkelen van een landelijk en regionaal beeld van de wijze waarop zorg en ondersteuning nu is vormgegeven en in de toekomst moet worden vormgegeven. Het opstellen van startfoto's in verschillende regio's maakt hier deel van uit en ondersteunt het komen tot een gezamenlijke taal.
- Beweging en ontwikkelingen in kaart brengen van de invulling van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek, ook als gevolg van de extramuralisering.
- In kaart brengen welke gegevens al worden verzameld op de verschillende niveaus en wat nog ontbreekt (ook als onderdeel van de haalbaarheidsanalyse). Hierin ook de toekomstige ontwikkelingen meenemen.

Met de toepassing van deze indicatoren krijgen de betrokken partijen bij het hoofdlijnenakkoord meer zicht en daarmee grip op:

- relevante ontwikkelingen in de tijd met betrekking tot het bieden van ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek. Zodat er een beter beeld bestaat van welke zorg en ondersteuning wordt geboden en welk deel van deze zorg en ondersteuning vanuit welk domein gecoördineerd moet worden;
- aanknopingspunten om een financiële analyse te maken van de extramuralisering ggz, zodat de financiële consequenties kunnen worden meegenomen in het macrobudget beschermd wonen, maatschappelijke opvang en begeleiding en de financiële doordecentralisatie daarvan;
- de opgave omtrent de noodzakelijke opbouw van de ambulante infrastructuur op zowel inhoud als kosten;
- feitelijke informatie, een gezamenlijk beeld en een gedeelde taal om ontwikkelingen ten aanzien van mensen met psychische problematiek te volgen.

De monitor wordt de opvolger van de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ van het Trimbos Instituut en brengt zowel het curatieve domein als het sociaal domein in beeld. Daarbij wordt ook aansluiting gezocht bij andere monitors, zoals de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) en de Gemeentezorgspiegel, mede om administratieve lasten te beperken.

1.3 Afbakening

De volgende twee punten geven inzicht in de scope van het onderzoek:

1. Het onderzoek betreft de keten van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek (Zvw, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wlz, Participatiewet en Wet forensische zorg (Wfz); ambulante en intramuraal; 18+). Beschermd wonen valt binnen de afbakening.
2. Het onderzoek moet primair leiden tot indicatoren die tezamen zicht geven op de beweging met betrekking tot de extramuraliseringsopgave. De daadwerkelijke uitvoering van de monitor is een vervolgstap. Op basis van de indicatoren en het monitoren ervan over tijd moet een zinvol gesprek (zowel inhoudelijk als financieel) mogelijk zijn.

1. Achtergrond en vraagstelling

1.4 Zes uitgangspunten voor de monitor

De volgende zes uitgangspunten – opgesteld met de klankbordgroep – zijn leidend geweest bij het onderzoek.

1 De monitor biedt inzicht in de effecten van extramuralisering. Hieronder verstaan we een combinatie van de (infra)structuur van zorg en ondersteuning (**wat is er?**) en inzicht in uitkomsten (en proces) van zorg en ondersteuning (**heeft wat we doen effect?**). Bij beantwoording van de vraag 'Wat is er?' ligt de focus op het in kaart brengen van het type aanbod, niet op de hoeveelheid ervan.

2 De monitor is primair gericht op het **niveau van de zorgkantorregio**. De informatie op regioniveau wordt – waar mogelijk en relevant – samengenomen en opgeteld tot een landelijk beeld. Waar mogelijk en haalbaar wordt de data op regioniveau gevoed vanuit lokale bronnen (op gemeenteniveau of in grote gemeenten op wijkniveau).

3 Monitoring van (infra)structuur en uitkomsten van zorg en ondersteuning moet leiden tot **het goede gesprek**. Een gesprek op basis van uitkomst/procesindicatoren (zoals aantal heropnames, aantal crisiscontacten, wachttijden), en niet uitsluitend op basis van structuurindicatoren (zoals aantal FACT-teams, aantal bedden/plaatsen) biedt het juiste kader om te komen tot een passend regionaal aanbod.

4 De monitor geeft inzicht in het aanbod en de opgave daarin omtrent **mensen met psychische problematiek** om vervolgens met elkaar het juiste gesprek te kunnen voeren. Daarbij geeft de monitor de gebruikers (regio's, ministerie van VWS, individuele gemeenten) inzicht in waar middelen (kennis, mensen, financiële middelen) te investeren en het toetsen van beleid (zowel lokaal, regionaal als landelijk).

5 **Functies** helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod en helpen ook in het creëren van gezamenlijke taal en bij normering op structuur (kwalitatief en waardegedreven kijken welke functies geborgd moeten zijn in een specifieke regio). Bij de invulling van de functies is het wel belangrijk ook buiten de gebaande paden te denken (zoals actieve deelname van gemeente X aan het buddysysteem).

6 We gaan uit van een **monitor die in ontwikkeling is**. Vanuit eerste inzichten en resultaten gaan we met elkaar in gesprek over relevante elementen die nog toegevoegd zouden kunnen worden. Eén van die elementen kan bijvoorbeeld zijn de mogelijkheid tot het volgen van deelpopulaties (welke infrastructuur is er nodig voor deelpopulatie X, en heeft dit ook effect?).

1.5 Leeswijzer

Deze rapportage bestaat uit zes hoofdstukken: 1) de achtergrond en vraagstelling, 2) een beschrijving van de context van het vraagstuk, 3) de ontwikkelingen en effecten van extramuralisering van psychische problematiek over de tijd, 4) de indicatoren voor de monitor ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek, 5) de duiding en 6) de ontwikkelagenda en reflectie.

In de bijlagen vindt u ter nadere onderbouwing/achtergrond: A) de aanpak en methoden, B) inzicht in de bestaande databronnen, C) de projectstructuur, D) inzicht in regionale en lokale hulpvraag van mensen met psychische problematiek (resultaten case studies) en E) gedetailleerde toets op individuele indicatoren (externe bijlage in PDF).

2. Gezamenlijke taal rondom mensen met psychische problematiek

De complexiteit van het vraagstuk maakt dat er behoefte is aan een gezamenlijke taal. De volgende punten maken dat het een complex vraagstuk is:

- Geven van inzicht en het monitoren van een beweging over tijd (extramuralisering), waarbij meerdere factoren van invloed zijn en meerdere effecten spelen.
- Definiëren van ‘mensen met psychische problematiek’, en het vervolgens afbakenen van deze groep mensen aan de hand van data.
- Het domein- en wetsoverstijgend verzamelen van data en het vervolgens monitoren ervan. Complexiteit ontstaat door de veelheid en diversiteit aan partijen, door de verscheidenheid aan perspectieven en belangen van de partijen en door de verschillende keuzes die gemaakt zijn op lokaal en regionaal niveau – en daaruit voortkomend de wijze van rapporteren en registreren.
- Opstellen van indicatoren en het vervolgens monitoren van ‘het juiste’ met als doel om met elkaar een zinvol gesprek te kunnen voeren.

In dit hoofdstuk gaan we in op bovenstaande punten en geven we definities en een aanzet tot gezamenlijke taal mee. Het vinden van een meer gezamenlijke taal is een onderdeel van deze opdracht en niet het doel op zich. Daarnaast werken verschillende gremia reeds aan een definitie en gezamenlijkheid van taal.

2.1 Inzicht in de effecten van extramuralisering als doel van de monitor

Het doel van de monitor is om inzicht te geven in de effecten van extramuralisering: het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden¹. Dit betekent het afbouwen van klinische ggz-bedden enerzijds en anderzijds het opbouwen van aanbod voor ambulante zorg en ondersteuning in de wijk en/of thuis.

Onder effecten van extramuralisering verstaan we in dit onderzoek:

- inzicht in (toe- en afname van) het klinische aanbod op zowel regionaal als landelijk niveau;
- inzicht in (toe- en afname van) het ambulante aanbod op zowel regionaal als landelijk niveau;

- inzicht in de processen en de uitkomsten van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau;
- inzicht in de interactie tussen enerzijds (toe- en afname van) klinisch en ambulante aanbod en anderzijds de processen en de uitkomsten. Samenvattend verstaan we onder effecten de beweging (dus de toe- en afname van aanbod, inzicht in proces en uitkomsten). Monitoring (zowel kwantitatief als kwalitatief) is nodig om inzicht te krijgen in deze beweging.

2.2 Definiëren van mensen met psychische problematiek

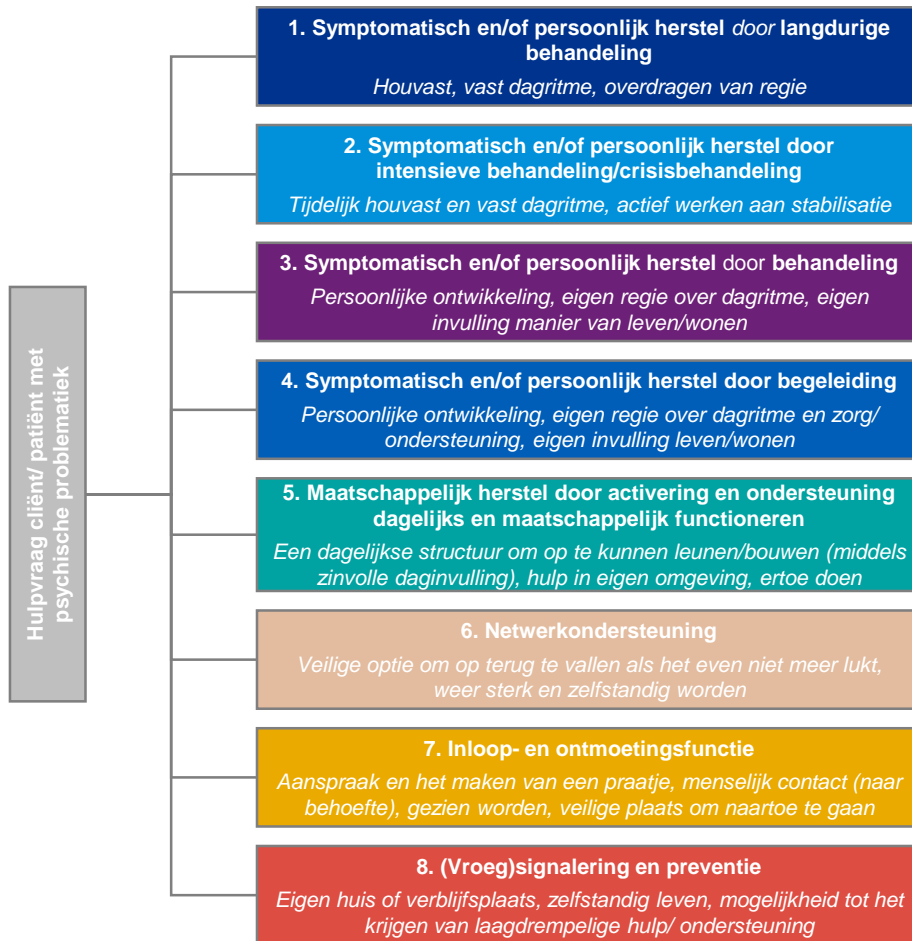
Waar we het hebben over effecten gaat het over de effecten van extramuralisering op mensen met psychische problematiek (zowel wat betreft het klinische en ambulante aanbod, als inzicht in de processen en uitkomsten van zorg en ondersteuning). Belangrijk daarbij is om te weten over wie we het precies hebben wanneer we spreken over ‘mensen met psychische problematiek’. In dit onderzoek verstaan we onder ‘mensen met psychische problematiek’: alle mensen met psychische problematiek. Dus zowel mensen met een psychische ondersteunings-, hulp- en/of zorgvraag als mensen met problemen van psychische aard op meerdere levensgebieden die niet om hulp vragen, of die hulp niet willen of kunnen accepteren. Tot deze groep behoren ook de mensen met ernstig psychische aandoeningen, de EPA-doelgroep. Daarin volgen we de definitie van Delespaul en de Consensus Groep EPA uit 2013².

2.3 Monitoren van de effecten van extramuralisering aan de hand van functies

De vraag die hierop volgt is hoe de effecten van extramuralisering in beeld gebracht kunnen worden om deze vervolgens te kunnen monitoren. In dit onderzoek doen we dat aan de hand van functies (zie volgende pagina). Functies helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod en daarmee naar indicatoren. Daarnaast helpen functies in het creëren van een gezamenlijke taal (zie paragraaf 2.4).

(1) FWG (2009) Zicht op zorg en functies (2) Er wordt van een ernstig psychische aandoening gesproken, wanneer 1) er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie), 2) die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie), 3) waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis, 4) die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren) en 5) waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

2. Gezamenlijke taal rondom mensen met psychische problematiek



Door het gebruik van functies verschuift de focus van sec aantallen en inzet naar een samenhangend geheel rondom een thema. Het gaat daarbij niet om specifiek het aantal FACT-teams in regio X, maar om de invulling van de functie Symptomatisch en/of persoonlijk herstel door begeleiding. De focus verschuift daarmee van aantallen naar de invulling van de functie.

Functies bieden ruimte voor de lokale en regionale diversiteit in aanbod en vervolgens ook voor het in kaart brengen ervan. Daarbij gaat het niet om het monitoren van het aantal herstelacademies in regio Y, maar om hoe de functie Maatschappelijk herstel door activering en ondersteuning dagelijks en maatschappelijk functioneren is ingericht in regio Y. De vraag 'Welk aanbod en welke activiteiten dragen zowel op lokaal als regionaal niveau bij aan maatschappelijk herstel?' speelt hierin een belangrijke rol.

Functies bieden handvatten bij het monitoren van (toe- en afname) van het klinische en ambulante aanbod (de 'structuurindicatoren', zoals aantal klinische bedden en hoeveelheid ambulante begeleiding; zie ook paragraaf 2.4), maar helpen ook bij het geven van inzicht in het proces (de 'procesindicatoren', zoals wachttijden en kosten per (sub)domein; zie ook paragraaf 2.4). Uitkomsten van zorg en ondersteuning (zoals de mate van herstel) zijn niet een-op-een te koppelen aan functies. Dit heeft ermeê te maken dat één van de uitgangspunten van de monitor is om niet cliëntvolgend te monitoren. Hierdoor kan de koppeling tussen een individu, zijn/haar mate van herstel en de functie(s) waarvan de individu gebruik (heeft ge)maakt niet gemaakt worden.

2.4 Voeren van het goede gesprek op verschillende niveaus

Onder het 'goede gesprek' verstaan we in dit onderzoek een constructief gesprek dat de basis vormt en aanleiding geeft tot het zetten van concrete vervolgstappen om de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek beter vorm te geven. Onder 'beter' verstaan we het vanuit gezamenlijkheid en met efficiëntie in acht nemend verhogen van (individuele) uitkomsten van mensen met psychische problematiek. Het voeren van het goede gesprek op verschillende niveaus valt uiteen in drie punten: 1) toelichting van de verschillende niveaus, 2) verschillende

Figuur 4. Overzicht van de acht functies die in dit onderzoek gehanteerd worden om de effecten van extramuralisering te monitoren

2. Gezamenlijke taal rondom mensen met psychische problematiek

soorten indicatoren die de basis vormen voor het goede gesprek en 3) beoordeling of weging van de indicatoren om het goede gesprek te kunnen voeren. Onderstaand een korte toelichting per punt.

1. Toelichting van de verschillende niveaus. Het primaire niveau van de monitor is de zorgkantorregio¹ (in dit rapport: regio's). De informatie op regioniveau wordt – waar mogelijk en relevant – samengenomen en opgeteld tot een landelijk beeld. Waar mogelijk en haalbaar wordt de data op regioniveau gevoed vanuit lokale bronnen (op gemeenteniveau of in grote gemeenten op wijkniveau). De concretisering van de indicatoren naar de verschillende niveaus vormt onderdeel van hoofdstuk 4.
2. Verschillende soorten indicatoren die de basis vormen voor het goede gesprek. Bij de indicatoren maken we enerzijds onderscheid naar kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren en anderzijds naar structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Onder kwantitatief verstaan we feitelijke gegevens, uitgedrukt in cijfers, onder kwalitatief verstaan we de meer beschrijvende indicatoren waar het gaat om interpretaties, ervaringen en betekenis. Structuurindicatoren geven, zoals het woord zegt, inzicht in de organisatie-structuur of organisatorische voorwaarden om hulp en ondersteuning te bieden (zoals aantal bedden en aantal fte), procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van processen (zoals doorlooptijd en wachttijd) en uitkomstindicatoren geven een indicatie van de uitkomsten van zorg (zoals cliënttevredenheid en mate van herstel). Een combinatie van zowel structuurindicatoren als proces- en uitkomstindicatoren is nodig om met elkaar het gesprek te kunnen voeren over 1) wat is er? en 2) heeft wat we doen effect? De combinatie van de regionale context (zie het volgende punt) – en daarmee een eerste beeld van de populatie en de omvang van de vraag op mesoniveau – en de structuurindicatoren biedt houvast om het gesprek te voeren over de proces- en uitkomstindicatoren. Om zo vanuit de aanwezige (infra)structuur in gesprek te gaan over de effecten hiervan op processen en uitkomsten. Andersom geldt hetzelfde: de combinatie van de regionale context en de proces- en uitkomstindicatoren biedt houvast om in gesprek te gaan over de structuurindicatoren – wat is er? Maar ook: wat is er nodig vanuit structuur op basis van de proces- en uitkomstindicatoren? De basis van de monitor wordt gevormd vanuit kwantitatieve indicatoren. De

1. Zie voor indeling naar zorgkantorregio's de volgende [link](#).

beschikbaarheid van de kwantitatieve informatie maar ook de wens tot het duiden van cijfers maakt dat we aanvullend werken met een kwalitatieve set aan indicatoren. Waar kwantitatieve indicatoren zich goed lenen om informatie samen te nemen van lokaal niveau naar regionaal niveau, lenen kwalitatieve indicatoren zich hier een heel stuk minder voor (zie hiervoor hoofdstuk 4).

3. Beoordeling of weging van de uitkomsten om het goede gesprek te kunnen voeren. Normen helpen om een goed gesprek te kunnen voeren. Vanuit verschillende perspectieven is dan duidelijk wat het streven is ('de norm' of 'het target') en wanneer dit bereikt is. De lokale en regionale diversiteit van aanbod en inrichting van zorg maakt echter dat het niet eenvoudig is om tot een eenduidige normstelling te komen en dat een norm ook niet in alle gevallen sluitend is. Om deze reden stellen we voor om de proces- en uitkomstenindicatoren te clusteren naar categorieën om vervolgens aan de hand van rekenregels een uitspraak te kunnen doen per cluster.

Onderstaand een voorbeeld van wat we bedoelen met rekenregels:

- Het aantal unieke cliënten binnen de Zvw (klinisch en crisis) neemt toe.
- Het aantal cliënten dat gebruikmaakt van ambulante behandeling en begeleiding neemt af.
- De wachttijden voor B- en S-GGZ nemen toe.

Het cluster dat inzicht geeft in deze indicatoren (in de voorgestelde set het cluster 'Cliëntbeweging') scoort 'negatief' op de effecten van extramuralisering

Op deze manier ontstaat een gedeeld beeld van wat de effecten zijn van extramuralisering per categorie die samen een overall beeld geven van de regio. Dit helpt bij het voeren van het goede gesprek. Daarnaast vergroten we de vergelijkbaarheid tussen regio's door enerzijds te werken met een aantal regionale karakteristieken (de 'regionale context' waarbij we bijvoorbeeld kijken naar demografie en risicofactoren voor psychische problematiek als schulden en eenzaamheid) en anderzijds de indicatoren te presenteren ten opzichte van 10.000 inwoners en de indicatoren zowel absoluut als ten opzichte van het jaar ervoor weer te geven. Hierdoor wordt de vergelijkbaarheid tussen regio's vergroot, waardoor het regio-overstijgende gesprek (tussen regio's en regio-overstijgend tussen aanbieders en financiers) gefaciliteerd wordt.

3. Ontwikkelingen extramuralisering psychische problematiek over tijd

3.1 Landelijke ontwikkelingen op het gebied van psychische problematiek

Sinds het Bestuurlijk Akkoord over de extramuraliseringsopgave (een afbouw van de klinische capaciteit met een derde) hebben zich veel beleidsmatige veranderingen en ontwikkelingen voorgedaan ten aanzien van mensen met psychische problematiek¹. Onderstaande figuur geeft inzicht in de belangrijkste landelijke ontwikkelingen. In de

volgende paragraaf (op de volgende pagina) geven we inzicht in de regionale en lokale ontwikkelingen naar aanleiding van de landelijke ontwikkelingen. Daarbij maken we onderscheid naar reeds opgetreden ontwikkelingen en nog te verwachten ontwikkelingen, en waar mogelijk maken we een directe koppeling met de landelijke ontwikkelingen. Als onderdeel van dit onderzoek zijn de lokale en regionale ontwikkelingen gebruikt om te komen tot een set aan voorgestelde indicatoren.



Figuur 5. Landelijke ontwikkelingen binnen de psychische problematiek

(1) [Trimbos-Instituut](#), LMA ggz 2019 (2) [VNG](#), Bestuurlijk Akkoord ggz (3) [Rijksoverheid](#), Basis ggz en gespecialiseerde ggz (4) [Rijksoverheid](#), Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten (5) [Rijksoverheid](#), Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (ggz) 2019 t/m 2022 (6) [VNG](#), Van beschermd wonen naar een beschermd thuis (7) [Rijksoverheid](#), Wet forensische zorg (Wfz) (8) [Rijksoverheid](#), Gedwongen opname en dwang in de zorg (9) [VNG](#), Openstelling Wlz voor ggz-cliënten (10) [Rijksoverheid](#), Zorgprestatie-model ggz

3. Ontwikkelingen extramuralisering psychische problematiek over tijd

3.2 Effecten in de regio aan de hand van landelijke en regionale ontwikkelingen

In deze paragraaf geven we inzicht in de regionale en lokale ontwikkelingen op het gebied van extramuralisering naar aanleiding van de landelijke ontwikkelingen (zie paragraaf 3.1). Deze ontwikkelingen hebben we opgehaald in de gesprekken met de vijf regio's. In bijlage D geven we aan de hand van de startfoto's (die bestaan uit (1) de regionale context; (2) inzicht in regionale en lokale ontwikkelingen, (3) inzicht in de extramuralisering in de regio, (4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en (5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies) een gedetailleerd inzicht in de ontwikkelingen en effecten per regio.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2, hanteren we de volgende definitie voor extramuralisering: het streven om buiten de muren van een intramurale instelling (waar iemand opgenomen wordt) gelijkwaardige zorg te bieden. Dit betekent het afbouwen van klinische ggz-bedden enerzijds en anderzijds het opbouwen van aanbod voor ambulante zorg en ondersteuning in de wijk en/of thuis.

Naar aanleiding van deze definitie hebben we de belangrijkste bevindingen uit de gesprekken met de vijf regio's samengevat in negen regionale ontwikkelingen:

1. Afbouw klinische ggz-capaciteit
2. Doorontwikkeling beschermd wonen vanuit de visie Commissie Dannenberg
3. Opbouw ambulante behandeling en begeleiding
4. Intensivering van domeinoverstijgende samenwerking
5. Inrichting spoedzorgfunctie ter ondersteuning van ambulantisering
6. Toename van herstelgerichte initiatieven in de wijk
7. Verhogen van acceptatie in de wijk door kennisdeling
8. Inrichting vroegsignaleringsfunctie in de wijk
9. Toename digitale zorg en ondersteuning thuis

Per ontwikkeling beschrijven we een regionaal of lokaal voorbeeld, weergegeven in een kader.

(1) [VNG](#), Bestuurlijk Akkoord ggz (2) [Vektis](#), Factsheet Ambulantisering in de ggz

3.2.1 Afbouw klinische ggz-capaciteit

In het Bestuurlijk Akkoord (2012) is de doelstelling geformuleerd om tot 2020 de klinische capaciteit (Zvw en AWBZ) terug te dringen met een derde ten opzichte van de capaciteit in 2008 (zie paragraaf 3.1)¹. Op basis van openbare Vektis-data hebben we berekend dat in de periode van 2013 tot 2017 het gemiddeld aantal verblijfsdagen in de gespecialiseerde ggz in Nederland is gedaald met 24% (zie bijlage D:3)². De ontwikkeling van het aantal verblijfsdagen gespecialiseerde ggz voor 2013 is niet bekend. Derhalve kan er op basis van deze cijfers nog geen uitspraak worden gedaan over het behalen van de doelstelling uit het Bestuurlijk Akkoord (2012).

In de gesprekken met de vijf regio's wordt aangegeven dat het grootste deel van de afbouw van de klinische ggz-capaciteit reeds heeft plaatsgevonden (zie voorbeeld 1). Regio Friesland en regio West-Brabant benoemen dat zij meer hebben afgebouwd dan het gestelde doel in het Bestuurlijk Akkoord (2012); één derde klinische ggz-capaciteit. Regio Friesland schat in dat zij ± 40% hebben afgebouwd van de oorspronkelijk klinische ggz-capaciteit in 2008. De inschatting van regio West-Brabant komt uit op een afbouw van ± 70% van de capaciteit ten opzichte van 2008. Door historische ontwikkelingen zaten er ook verschillen in de capaciteit per regio.

Voorbeeld 1. De afbouw van klinische ggz-capaciteit en de opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning

Tijdens de gesprekken met de vijf regio's geven de deelnemende partijen aan dat de afbouw van klinische ggz-capaciteit sneller verloopt dan de opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning. Regio's benadrukken dat het ontwikkelen en inrichten van de ambulante structuur binnen zowel het medische als het sociale domein een opgave is die veel tijd kost. Zij geven aan dat het huidige ambulante aanbod nog onvoldoende is opgebouwd om volledig te kunnen voldoen aan vraag van mensen met psychische problematiek in de wijk.

3. Ontwikkelingen extramuralisering psychische problematiek over tijd

3.2.2 Doorontwikkeling beschermd wonen vanuit de visie Commissie Dannenberg

In opdracht van de VNG heeft de Commissie Dannenberg advies uitgebracht over de toekomst van beschermd wonen in Nederland. In het advies staat de visie 'Van beschermd wonen naar een beschermd thuis' centraal¹. De regio's geven aan dat zij de afgelopen jaren actief beleid voeren om deze visie tot uitvoering te brengen in de praktijk.

De regio's zetten in op het ontwikkelen van nieuwe ambulante zorgproducten beschermd wonen waarbij wonen en zorg steeds meer gescheiden worden (zie voorbeeld 2). Aanvullend op het verruimen van de diversiteit in het aanbod geven de regio's ook aan dat het inkoopbeleid wordt aangescherpt. Dit gebeurt door middel van het maken van prestatieafspraken (op basis van KPI's^A) met beschermd wonen aanbieders. Deze periodieke afspraken gaan in op de te leveren prestaties (bijvoorbeeld op basis van de kwaliteit van woonplekken en begeleiding) van de aanbieders. In de regio Noord- en Midden-Limburg heeft dit geleid tot een reductie van meer dan 50% van het totaal aantal aanbieders.

Voorbeeld 2. Het ontwikkelen van innovatieve ambulante beschermd wonen producten

Alle vijf de regio's geven aan momenteel beschermd thuis al als product aan te bieden. In de gemeenten Amersfoort en Soest hebben ze het product 'Gewoon thuis' geïntroduceerd, waarbij 24/7 begeleiding geboden wordt en gebruikgemaakt kan worden van beeldbellen en hulp op afstand. In de regio Friesland is het product 'ThuisPlus' ontwikkeld. De insteek is dat mensen een eigen woning huren en er 24/7 contact of ondersteuning mogelijk is (gevraagd en ongevraagd).

Naast het doorontwikkelen van beschermd wonen geven regio's aan dat het openstellen van de Wlz voor de ggz per 1 januari 2021 ook een grote impact gaat hebben op het beschermd wonen aanbod. De regio's schatten in dat ± 30% van het huidige aanbod vanuit de Wmo overgaat naar de Wlz. Wat dit voor gevolgen heeft voor de cliënten durven de regio's nog niet te zeggen.

3.2.3 Opbouw ambulante behandeling en begeleiding

De regio's geven aan dat de afbouw van klinische ggz-capaciteit het startpunt is geweest van het uitbreiden van reeds bestaande ambulante behandeling (veelal binnen ggz-aanbieders), denk aan de opzet/uitbreiding (F)ACT^B, IHT^C, PIT^D en

(1) [VNG](#), Van beschermd wonen naar beschermd thuis (2) [Vektis](#), Factsheet Ambulantisering in de ggz (A) kritieke prestatie-indicatoren (B) (flexible) assertive community treatment, (C) intensive home treatment, (D) psychiatrische intensieve thuiszorg en (E) vroege interventie psychose

VIP^E teams en ambulante begeleiding, onder andere door wijkteams. Uit recent onderzoek komt naar voren dat de opbouw van ambulante capaciteit is achtergebleven bij de afbouw van klinische capaciteit². De regio's geven aan deze achterstand voornamelijk te willen inlopen door het aanbod lokale teams te vergroten. In de gesprekken met de regio's wordt duidelijk dat de lokale teams verschillend worden vormgegeven. Hierbij zien we enerzijds dat behandelteams steeds meer lokaal/ in de wijk gaan werken en anderzijds zien we ook dat er steeds meer integrale lokale teams ontstaan, waarbij ggz-experts samen met experts uit het sociaal domein één team vormen (zie 3.2.4). In de regio Utrecht geven ze voorkeur aan een integraal gebiedsteam met specialistische ggz en sociaal domein kennis in de wijk (zie voorbeeld 3). Afgezien van de verschillende invullingen van de lokale teams, geven de regio's aan dat de mate van lokaal werken ook kan verschillen per regio en/of gemeente. Uit de gesprekken komt duidelijk naar voren dat de regio's de lokale teams blijven doorontwikkelen.

Voorbeeld 3. Proeftuin doorontwikkeling gebiedsteams (Utrecht)

In 2016 heeft Utrecht de integrale gebiedsteams, waarbij rehabilitatie, crisiszorg, behandeling en hulp bij herstel geboden worden vanuit één team, geïntroduceerd. F-ACT, ACT en bemoeizorg zijn hiermee samengebracht in één integraal team. Momenteel worden de gebiedsteams doorontwikkeld (gecombineerde teams vanuit Altrecht en gemeente). Daarin wordt ook gekeken hoe een deel van de poliklinische zorg via gebiedsteams geleverd kan worden. Dit betekent dat mensen met psychische problematiek nog betere behandeling ontvangen in hun eigen omgeving.

3.2.4 Intensivering van domeinoverstijgende samenwerking

Bij het bieden van ambulante zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid zijn vaak meerdere partijen betrokken. Deze partijen vervullen ieder een eigen taak in de keten. Tijdens verschillende gesprekken met de regio's werd genoemd dat er een intensieve samenwerking tussen deze partijen noodzakelijk is om de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Dit betekent volgens de regio's dat er nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan die domeinoverstijgend samenwerken, bijvoorbeeld in het integrale gebiedsteam in Utrecht (zie voorbeeld 3) waar vanuit het medische en het sociale domein wordt samengewerkt in één team.

3. Ontwikkelingen extramuralisering psychische problematiek over tijd

Regio's geven aan dat ondanks dat domeinoverstijgend werken complex is en tijd kost, het intensiveren ervan de komende jaren op de agenda blijft staan (zie voorbeeld 4).

Voorbeeld 4. Programma sociaal medisch 1e lijn (Friesland)

Initiatief is gestart in 2014 en doorontwikkeld in 2017 vanuit De Friesland (samen met gemeenten en aanbieders). De focus ligt op het verbinden van het medische en het sociale domein. Ontschotting, het juiste aanbod en het hebben van één loket zijn daarin uitgangspunten. Het programma draagt bij aan een intensieve samenwerking tussen de domeinen en heeft daarmee een positieve uitwerking op de kwaliteit van ambulante zorg en ondersteuning voor de mensen met psychische problematiek.

Daarnaast geven de regio's aan dat financiering vaak een barrière vormt in het domeinoverstijgend samenwerken. De betrokken instanties worden namelijk vanuit verschillende wettelijke kaders (bijvoorbeeld Zvw en Wmo) bekostigd. Een aantal regio's zijn in gesprek met de zorgverzekeraars en gemeenten om deze barrières weg te nemen en de zorg en ondersteuning ook financieel te ontschotten.

3.2.5 Inrichting spoedzorgfunctie ter ondersteuning van ambulantisering

Het afbouwen van ggz-capaciteit en het opbouwen van ambulante zorg en ondersteuning leiden tot een toename van het aantal mensen met een psychische kwetsbaarheid in de wijk¹. De regio's geven in de gesprekken aan dat dit in de meeste gevallen goed verloopt en dat de mensen met een psychische problematiek hun plek weten te vinden. Toch neemt het aantal overlastmeldingen van mensen met verward gedrag (E33-meldingen) de afgelopen jaren toe², waarbij het niet duidelijk is in welke mate dit gerelateerd is aan ambulantisering³. Om ervoor te zorgen dat dreigende situaties met kwetsbare mensen in de wijk op een adequate manier opgevangen kunnen worden richten de regio's spoedfuncties in. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door meldpunten op te richten en regionale crisisteams beschikbaar te stellen (zie voorbeeld 5).

Voorbeeld 5. Meldpunt crisiszorg en Spoedig Dichtbij

Voor inwoners die zich ernstige zorgen maken over iemand in hun omgeving hebben alle vijf de regio's een meldpunt crisiszorg opgericht. De professionals van het meldpunt geven advies en kijken samen met de melder wat er gedaan kan worden. Als er acute hulp nodig is, schakelen ze de juiste crisisdienst in. In het project Spoedig Dichtbij (onderdeel van de sluitende aanpak psychische kwetsbaren) in sub-regio Gelderland-Zuid is de volledige infrastructuur voor de spoedzorg in de regio uitgedacht, waaronder centrale beoordelingskamer, passend vervoer, meldpunt niet-acuut en ketenafspraken. Deze infrastructuur biedt een sluitende keten om dreigende situaties in de wijk adequaat op te lossen.

3.2.6 Toename van herstelgerichte initiatieven in de wijk

Aanvullend op de opbouw van ambulante zorg en ondersteuning geven de regio's aan ook in te zetten op lokale herstelinitiatieven (bijvoorbeeld zelfregiecentra of herstelacademies) (zie voorbeeld 6). Deze initiatieven bieden een plek waar mensen die een ontwrichtende ervaring hebben meegemaakt naar eigen behoefte kunnen werken aan hun herstel³. In de gesprekken met de regio's blijkt dat veel van de initiatieven worden ondersteund door ervaringsdeskundigen. Dit is lijn met de afspraken die zijn opgenomen in het Hoofdpijnenakkoord ggz (2018), waar de inzet van ervaringsdeskundigen wordt aangemoedigd. De inzet van ervaringsdeskundigheid zien we ook terug in andere onderdelen van het netwerk.

Voorbeeld 6: Oprichting en uitbereiding herstelacademies

Alle vijf regio's geven in de gesprekken aan bezig te zijn met het ontwikkelen of verder uitbreiden van (lokale) herstelinitiatieven. In regio Nijmegen is Stichting Rivierenland Herstelt opgericht. De stichting stimuleert herstelinitiatieven waaruit o.a. Culemborg Herstelt en Tiel Herstelt zijn ontstaan. Beide initiatieven bieden een ongedwongen huiselijke ontmoetingsplek voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en/of hun naasten. Tijdens het 'Kopje Koffie met Ervaring' kunnen mensen met ervaringsdeskundigen en elkaar praten over kwetsbaarheid en herstel. In de regio Utrecht zijn ze het aantal herstelacademies aan het uitbreiden vanuit de gedachte van Enik recovery college. Cliënten worden tijdig gewezen op zorgaanbod, bijvoorbeeld op het moment dat zij gebruikmaken van beschermd wonen.

(1) [Radboud Universiteit](#), Psychische kwetsbare mensen in de wijk (2) [Politie](#), Halfjaarcijfers personen met verward gedrag; (3) [MIND](#), Herstelacademies / Zelfregienetwerken

3. Ontwikkelingen extramuralisering psychische problematiek over tijd

3.2.7 Verhogen van acceptatie in de wijk door kennisdeling

De regio's geven in de gesprekken aan dat de toenemende mate van ambulante zorg en ondersteuning in de wijk en/of thuis een impact heeft op zowel de mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun naasten als op de buurtbewoners. De vijf regio's zetten daarom ieder in op het vergroten van kennis rondom de psychisch kwetsbare doelgroep om zo de acceptatie in de wijken te verhogen. Met behulp van informatiebijeenkomsten, training- en cursusaanbod (zie voorbeeld 7) proberen zij dit te realiseren.

Voorbeeld 7. Cursusaanbod 'Mental health first Aid' om acceptatie te verhogen

'Mental health first Aid'-cursus, gericht op het vergroten van kennis over mensen met psychische problematiek. In de cursus leren deelnemers om situaties in te schatten en het gesprek aan te gaan met mensen met psychische problemen. Deze kennis en vaardigheden leiden tot een hogere acceptatie in de wijken. Daarnaast worden er ook vrijwilligers getraind om maatje te worden van iemand met ggz-problematiek.

3.2.8 Inrichting vroegsignaleringsfunctie

Uit de gesprekken met de regio's wordt duidelijk dat gemeente en aanbieders nog moeite hebben met het invullen van de vroegsignaleringsfunctie in de wijken. Zij geven aan dat met het huidige ambulante zorg- en ondersteuningsaanbod nog niet alle kwetsbare mensen in de wijk worden gevonden. De oplossing ligt volgens de regio's in de manier van samenwerking in de wijken tussen de verschillende partijen om mensen te bereiken (zie voorbeeld 8).

Voorbeeld 8. Vroegsignalering: de inzet van de wijk-GGD'er

In de gesprekken met de regio's blijkt dat in o.a. de gemeenten Etten-Leur en Heerenveen gebruik wordt gemaakt van een wijk-GGD'er. De wijk-GGD'er acteert bij signalen over zorg – of zorgmijding – verslaving of verward gedrag. De wijk-GGD'er legt contact, analyseert, verbindt de keten en ondersteunt professionals. Op deze wijze proberen gemeenten kwetsbare mensen vroegtijdig op te sporen om erger te voorkomen.

3.2.9 Toename digitale zorg en ondersteuning thuis

Tijdens verschillende gesprekken werd genoemd dat de ontwikkelingen rondom het bieden van digitale zorg en ondersteuning door de ambulantisering is toegenomen. Op deze wijze proberen de aanbieders bijvoorbeeld op afstand de juiste behandeling en begeleiding te kunnen bieden voor hun cliënten. Deze digitale ontwikkelingen komen echter niet snel genoeg op gang, en bieden nu nog onvoldoende oplossingen voor de verdere opbouw van ambulante zorg en ondersteuning in de wijken.

De regio's benoemen in de gesprekken dat naast de ambulantisering ook het COVID-19-virus een positieve impuls heeft gegeven voor digitale zorg en ondersteuning thuis. Partijen in de regio's zijn door het virus genoodzaakt om zorg en ondersteuning op afstand te bieden. Het COVID-19-virus heeft digitalisering in een aantal regio's weer bovenaan de agenda geplaatst.

Voorbeeld 9. Digitale innovatie in behandeling en begeleiding

Alle vijf de regio's geven aan digitale initiatieven te ontwikkelen voor de mensen met psychische kwetsbaarheid. Hierbij worden de digitale huisarts en digitale poli een aantal keren genoemd. In de regio Noord- en Midden-Limburg zetten de aanbieders in op digitale koppelingen tussen het medische en het sociale domein en vindt er digitaal lotgenotencontact plaats.

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek

In dit hoofdstuk laten we zien hoe we tot de set aan indicatoren zijn gekomen. Dit doen we aan de hand van de volgende paragrafen:

- Paragraaf 4.1: op basis van het desk research, de expert-interviews en de case studies is een conceptset indicatoren opgesteld.
- Paragraaf 4.2: op de conceptset is vervolgens een haalbaarheidsanalyse uitgevoerd zowel op individueel niveau als vanuit samenhang van de indicatoren.
- Paragraaf 4.3: het resultaat van het onderzoek is de set indicatoren (paragraaf 4.3).

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de resultaten; in bijlage A vindt u een uitgebreid overzicht van de onderliggende aanpak en gehanteerde methoden voor het onderzoek.

4.1 Conceptset indicatoren

De opgedane kennis uit het deskresearch, de expert-interviews en de case studies heeft geleid tot een conceptset indicatoren. Vervolgens is de conceptset indicatoren onderverdeeld in de volgende drie elementen:



Regionale context (de bril waardoor wij kijken): resultaten van de structuur-, proces- en uitkomstindicatoren in perspectief te plaatsen.



Structuurindicatoren ((infra)structuur; wat is er?): indicatoren bieden inzicht in de infrastructuur. Hierbij wordt er in kaart gebracht wat er – aan ambulante en klinische aanbod – in de regio beschikbaar is voor mensen met psychische problematiek.



Proces- en uitkomstindicatoren (opbrengst en resultaat; heeft wat we doen effect?): indicatoren bieden inzicht in de processen en uitkomsten van zorg en ondersteuning in de regio om de effecten van de extramuralisering op mensen met psychische problematiek in kaart te brengen.

Om inzicht te krijgen in de regionale context zijn de indicatoren die weergegeven zijn in tabel 1 opgenomen in de conceptset indicatoren. Deze indicatoren bieden inzicht in het aanbiedersveld, de mate van stedelijkheid, risicofactoren voor psychische problematiek per zorgkantoorregio en problematiek die gedeeltelijk voortkomt uit het niet in beeld hebben van mensen met psychische problematiek.



Indicatoren om inzicht te krijgen in de regionale context	
# totaal aantal ggz-aanbieders in zorgkantoorregio	↑
Jaaromzet (in euro's) per ggz-aanbieders in zorgkantoorregio	
# inwoners per zorgkantoorregio	
# gemeenten per zorgkantoorregio (onderverdeeld in klein, middelgroot en groot)	
# centrumgemeenten per zorgkantoorregio	
# EPA-cliënten*	
# inwoners met psychische problematiek (Zvw)*	
# uithuiszettingen*	
Besteedbaar inkomen per huishouden (in euro's) per zorgkantoorregio	
% eenzaamheid per zorgkantoorregio	
# overlastmeldingen*	
% schuldhulpverlening per zorgkantoorregio	
% mensen met een dagbesteding per zorgkantoorregio	
% werkenden per zorgkantoorregio	↓

Legenda: KL Kwalitatief KN Kwantitatief

Tabel 1. Lijst met indicatoren die inzicht geven in de regionale context

* Voorstel om de indicatoren uit te drukken in absolute zin, afgezet tegen 10.000 inwoners per zorgkantoorregio en afgezet ten opzichte van het jaar ervoor

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek



4.1 Conceptset indicatoren (vervolg)

In tabel 2 is de conceptset aan structuurindicatoren weergegeven. Tijdens de gesprekken met de regio's en experts werden het aantal plekken en het aantal bedden voornamelijk genoemd als structuurindicatoren om inzicht te krijgen in het klinische aanbod (Zvw, Wlz en Wfz). Het benoemen van een voorgestelde set indicatoren voor het in kaart brengen van het ambulante aanbod was lastiger:

- Uit de gesprekken met de regio's is gebleken dat het tellen van het aantal aanbod (bijvoorbeeld aantal ambulante behandelplekken) geen waardevol inzicht zou opleveren. Daarnaast zijn deze gegevens ook niet beschikbaar in de regio's die wij hebben gesproken. De (professionele) inzet per type aanbod (bijvoorbeeld aantal fte ambulante begeleiders) werd genoemd als mogelijk alternatief om het ambulante aanbod voor mensen met psychische problematiek inzichtelijk te maken.
- Om een zo volledig mogelijk beeld te vormen van het ambulante aanbod aan begeleiding en ondersteuning (voornamelijk waar het gaat om de functies 6 tot en met 8) is een aanvullende set aan kwalitatieve structuurindicatoren opgenomen in de conceptset.

De combinatie van het aantal bedden, het aantal plekken ende (professionele) inzet (in fte) in de regio's vormt daarmee de conceptset aan structuurindicatoren om goed zicht te krijgen op zowel het ambulante aanbod als het klinische aanbod in de regio.

Legenda:

Kwalitatief Kwantitatief

* Voorstel om de indicatoren uit te drukken in absolute zin, afgezet tegen 10.000 inwoners per zorgkantorregio en afgezet ten opzichte van het jaar ervoor

Nr.	Conceptset aan structuurindicatoren: kwantitatief		
1	# langdurige klinische bedden ggz-B (Wlz)	↑	
2	# klinische bedden crisis (Zvw)*		
3	# klinische bedden totaal (Zvw)*		
4	# fte ambulante behandelaren (Zvw)*		
5	# forensische klinische bedden (Wfz)*		
6	# fte ambulante begeleidingsondersteuning (Wmo)*		
7	# beschermd wonen plekken (Wmo)*		
8	# forensische beschermd wonen plekken (Wfz)*		
9	# herstelacademies*		
10	# maatschappelijke (crisis)opvang plekken totaal (Wmo)		
11	# fte ervaringsdeskundigen (Wmo)*		
12	# fte netwerkondersteuning (Wmo)*		
13	% wijken met een inloopvoorziening (Wmo)*		
14	# fte POH-ggz (Zvw)*		
15	# fte bemoeizorg (Wmo)*		
16	# veiligheidshuizen*		↓
Nr.	Conceptset aan structuurindicatoren: kwalitatief		
17	Samenwerkingsafspraken bij overdracht naar door-/uitstroom andere domeinen	↑	
18	Toepassing van herstelgerichte intake		
19	Structurele inbedding van ervaringsdeskundigen bij alle typen hulp/ondersteuning		
20	Mate waarin cliëntondersteuning is (in)gericht op psychische problematiek		
21	# consultaties gemeenten en/of wijkteams bij professionals specialistische ggz		↓

Tabel 2. Lijst met structuurindicatoren opgenomen in de conceptset indicatoren

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek



4.1 Conceptset indicatoren (vervolg)

In nauwe afstemming met de klankbordgroep is bij de conceptset indicatoren gekozen om de proces- en uitkomstenindicatoren te clusteren in de volgende categorieën: uitgaven; cliëntbewegingen en (ervaren) gezondheid. Dit biedt de mogelijkheid om één uitspraak te doen per categorie, wat bijdraagt aan een gedeeld beeld en vervolgens ook aan het voeren van het goede gesprek.

De categorie uitgaven geeft ruimte voor indicatoren die binnen alle functies relevante informatie kunnen opleveren. Uit de gesprekken met de regio's en experts blijkt dat uitgaven vooral voor de functies 1 tot en met 4 (Wlz en Zvw) op basis van beschikbare data goede inzichten kunnen geven. De komst van het zorgprestatiemodel in 2022 zorgt ervoor dat de financiële data sneller beschikbaar komt en meer recent is. Regio's benadrukken dat het inzichtelijk maken van de uitgaven van de Wmo-voorzieningen om maatwerk vraagt. De iWmo-productcategorieën worden genoemd als mogelijke oplossing om eenduidig data te (gaan) verzamelen.

De indicatoren vallend onder de categorie cliëntbewegingen worden door de regio's aangemerkt als zeer relevant. Hiervoor geldt eveneens dat voor de functies 1 tot en met 4 veel data reeds beschikbaar is (voornamelijk Wlz en Zvw) en dat de indicatoren vallend onder de functies 5 tot en met 8 om maatwerk vragen.

De indicatoren vallend onder de categorie (ervaren) gezondheid zijn bedoeld om inzicht in de uitkomsten voor mensen met psychische problematiek geven.

Bronnen/verwijzingen:

1. Onderscheid naar Wlz (ggz-B en nieuwe instroom vanuit Wmo), Zvw (klinisch, ambulante en crisis), Wfz en Wmo (onderscheid op basis van de iWmo-productcategorieën (hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO))
2. Onderscheid naar Zvw (klinisch, ambulante en crisis), Wfz en Wmo (onderscheid op basis van de iWmo-productcategorieën (hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO))
3. Onderscheid naar Zvw (klinisch, ambulante), Wfz, Wmo (onderscheid op basis van de iWmo-productcategorieën (hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO))

Legenda:

Kwalitatief Kwantitatief

* Voorstel om de indicatoren uit te drukken in absolute zin, afgezet tegen 10.000 inwoners per zorgkantorregio en afgezet ten opzichte van het jaar ervoor

Conceptset aan proces- en uitkomstindicatoren	
Nr.	Categorie: Uitgaven
1	Uitgaven* ¹
Nr.	Categorie: Cliëntbewegingen
2	# cliënten* ¹
3	Heropnames/terugval* ²
4	Wachttijden* ²
5	Wachtlijsten* ²
6	Doorlooptijd ³
7	# cases per maand dat wordt behandeld in veiligheidshuizen
8	# verwijzingen van huisarts naar GB-ggz en S-ggz
9	# gedwongen opnamen ggz*
10	# Wvvgz-meldingen*
Nr.	Categorie: (Ervaren) gezondheid
11	Mate van herstel
12	Positieve gezondheid
13	% mensen met psychische problematiek met een dagbesteding
14	# mensen met psychische problematiek die IPS-traject hebben afgerond*
15	# huisuitzettingen mensen met psychische problematiek uitgevoerd deurwaarder*
16	% eenzaamheid voor mensen met psychische problematiek
17	% schuldhulpverlening voor mensen met psychische problematiek
18	# unieke cliënten met psychische problematiek die een E33-melding veroorzaken*

Tabel 3. Lijst met structuurindicatoren opgenomen in de conceptset indicatoren

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek

4.2 Uitvoeren haalbaarheidsanalyse op conceptset indicatoren

Op de conceptset indicatoren is een haalbaarheidsanalyse uitgevoerd. Deze toets is zowel uitgevoerd op individueel niveau als vanuit de samenhang van de indicatoren. In bijlage A wordt de werkwijze van beide toetsen toegelicht.

4.2.1 Individueel toetsen van indicatoren op haalbaarheid en relevantie

Op individueel niveau zijn de structuur-, proces- en uitkomstindicatoren getoetst op relevante en haalbaarheid. Voor de operationalisatie hiervan zijn de criteria 'zeggingskracht' (voor relevantie) en 'administratieve lasten' (voor haalbaarheid) gebruikt. In figuur 6 (aan de rechterkant van deze pagina) is het resultaat van de individuele toets visueel weergegeven. Een voorbeeld van hoe de toets uitgevoerd is voor één van de indicatoren hebben we opgenomen in onderstaand kader (zie voorbeeld 1). Elke indicator is weergegeven aan de hand van een cijfer en een kleur die corresponderen met de conceptset indicatoren op de vorige pagina's (zie paragraaf 4.1).

Voorbeeld 1. Individuele toets structuurindicator: (nr. S14) # fte POH-ggz

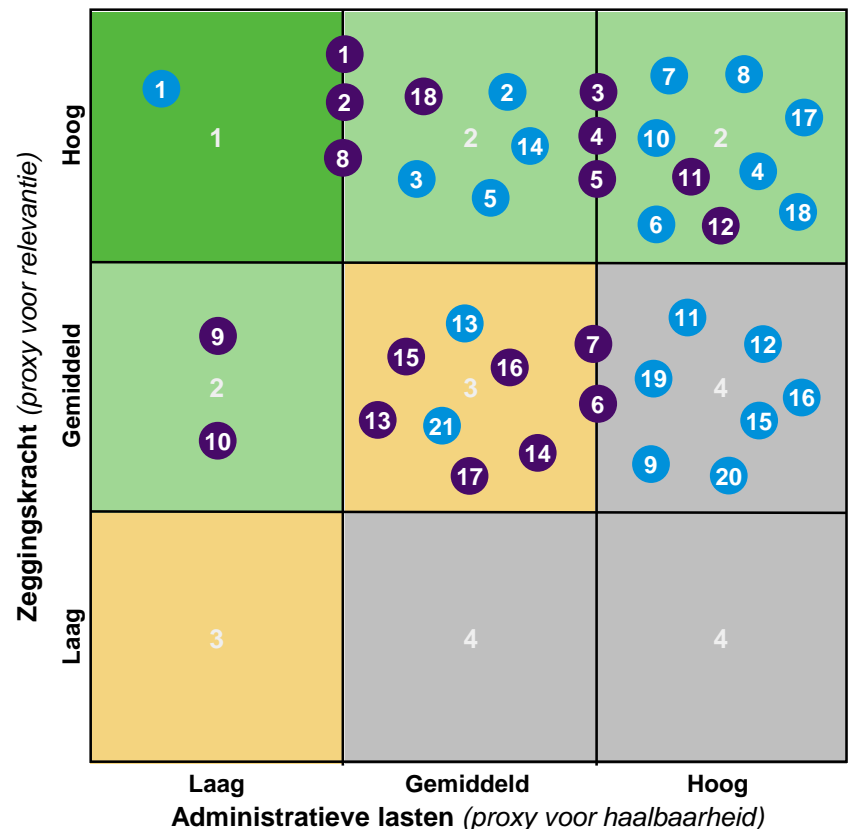
In gesprek met verschillende partijen wordt de inzet van het aantal fte POH-ggz per zorgkantoorregio benoemd als een van de belangrijke indicatoren voor het monitoren van de extramuraliseringsopgave. De indicator scoort daarmee 'Hoog' op zeggingskracht. Vervolgens is er gekeken naar de beschikbaarheid van een valide databron. De data wordt beschikbaar gesteld via Vektis. Deze data is echter nog niet openbaar beschikbaar. Daarmee scoort de indicator in samenspraak met de verschillende partijen 'Gemiddeld' op administratieve lasten.

Hierbij hebben we de volgende besluitvormingscategorieën op basis van individuele toetsing gehanteerd:

1. Indicator opnemen in de monitor (groen)
2. Indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op korte termijn (tot 1 jaar) opnemen in de monitor (lichtgroen)
3. Indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op (middel)lange (tussen 1 en 3 jaar) termijn opnemen in de monitor (geel)
4. Indicator niet opnemen in de monitor (grijs)

Voor de individuele toets uit voorbeeld 1 ((nr. 14) # fte POH-ggz) leidt dit tot het voorlopig besluit: '2 – Indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op korte termijn (tot 1 jaar) opnemen in de monitor'.

Bijlage E biedt een gedetailleerd overzicht van de score op zeggingskracht en administratieve lasten per individuele structuur-, proces- en uitkomstindicator.



Legenda: ● Structuurindicatoren ● Proces- en uitkomstindicatoren

Figuur 6. Visuele weergave resultaat van de individuele toets

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek

4.2.2 Vanuit samenhang toetsen van indicatoren op zeggingskracht en wenselijkheid

Na het uitvoeren van de individuele toets is de voorgestelde set getoetst vanuit samenhang. Hierbij hebben we met verschillende partijen en met de klankbordgroep vanuit samenhang gekeken naar de benodigde minimale set indicatoren (om zo ook de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden) om inzicht te geven in de effecten van extramuralisering en andere relevante ontwikkelingen, op basis van zeggingskracht en wenselijkheid.

Voorbeeld 2. Haalbaarheidsanalyse positieve gezondheid en mate van herstel

Tijdens de gesprekken met de regio's en de experts zijn de **uitkomstindicatoren rondom positieve gezondheid en mate van herstel** aangemerkt als zeer relevant. Tijdens een van de gesprekken werd aangegeven dat als je goed zicht hebt op je uitkomsten, je geen structuur- en procesindicatoren nodig hebt. Beide indicatoren scoren tijdens de individuele haalbaarheidsanalyse hoog op zeggingskracht, maar eveneens hoog op administratieve lasten. Vanuit de individuele toetsing leidt dit tot '2 – indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op korte termijn (binnen 1 jaar) opnemen in de monitor'. Ook vanuit de toets vanuit samenhang komt naar voren dat uitkomstindicatoren noodzakelijk zijn om iets te kunnen zeggen over het effect van extramuralisering. Het is echter niet mogelijk iets te monitoren wat nog niet gemeten wordt; de termijn van binnen één jaar vanuit de individuele toets is daarmee te ambitieus. Om deze reden hebben we beide indicatoren opgenomen als onderdeel van de ontwikkelagenda voor (middel)lange termijn.

Aan de hand van verschillende gesprekken met partijen is de conceptset indicatoren aangescherpt. Dit heeft ertoe geleid dat verschillende indicatoren geen deel meer uitmaken van de set of op de ontwikkelagenda zijn geplaatst (zie voorbeeld 3 en 4).

Voorbeeld 3. Haalbaarheidsanalyse # herstelacademies en # veiligheidshuizen

Uit de individuele haalbaarheidsanalyse op de structuurindicatoren zoals **# herstelacademies** en **# veiligheidshuizen** komt naar voren dat de data hiervoor niet standaard beschikbaar is. Uit de toets vanuit samenhang komt naar voren dat beide indicatoren onvoldoende bijdragen aan het geheel. Om die reden is besloten om beide indicatoren uit de conceptset indicatoren te halen.

Voorbeeld 4. Haalbaarheidsanalyse # fte ambulante begeleiding

De structuurindicator **# fte ambulante begeleiding** werd tijdens de gesprekken met de regio's en experts genoemd als belangrijke structuurindicator. Tijdens de haalbaarheidsanalyse kwam naar voren dat de data hiervoor erg arbeidsintensief is om te verzamelen. Vanuit de toets vanuit samenhang is het wel een indicator die nodig is om iets te kunnen zeggen over het aanbod in een gemeente en regio. In overleg met de klankbordgroep zijn we gekomen tot de proxy's 'Totaal aantal cliënten met ambulante begeleiding' en 'Totale kosten'.

In nauwe afstemming met de klankbordgroep hebben de beschreven stappen en tussenresultaten (opstellen van de conceptset indicatoren op basis van gesprekken, case studies en desk research, en het vervolgens toetsen van de indicatoren – zowel individueel als vanuit samenhang) geleid tot de voorgestelde set aan indicatoren (zie hiervoor paragraaf 4.3).

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek

4.3 Voorgestelde set aan indicatoren

Uit de gesprekken met de verschillende partijen en aan hand van de resultaten van de haalbaarheidsanalyse zijn we gekomen tot een voorgestelde set aan indicatoren. In deze paragraaf bespreken wij de belangrijkste aanscherpingen die we hebben gedaan ten opzichte van de conceptset indicatoren. Deze aanscherpingen hebben we in nauw overleg met de klankbordgroep doorgevoerd. Het betreft de volgende aanscherpingen:

- **Het maken van onderscheid naar mensen met psychische problematiek die gebruikmaken van zorg en ondersteuning, en mensen met psychische problematiek die nog niet in beeld zijn.** In de gesprekken met de verschillende gemeenten komt naar voren dat het in beeld hebben van alle mensen met psychische problematiek één van de uitdagingen van de extramuraliserings-opgave is. Door outreachend te werken en in te zetten op bemoeizorg en lokale inloopvoorzieningen wordt geprobeerd zo veel mogelijk mensen te bereiken. In de voorgestelde set aan indicatoren zijn drie proces- en uitkomstindicatoren opgenomen die helpen om een eerste inzicht te krijgen in de tweede groep. Daarbij hebben we het bewust over een eerste inzicht: door het monitoren van deze indicatoren ontstaat er ook zicht op mensen met problematiek die niet vallen onder de definitie van mensen met psychische problematiek, en daarnaast gaat het om een beperkte set aan indicatoren.
- **Specificeren van de indicatoren die inzicht geven in de regionale context.** Streven was om vanuit een beperkte set aan indicatoren inzicht te krijgen in regionale context. Concretisering heeft met name plaatsgevonden op de te includeren demografische indicatoren en de algemene risicofactoren psychische problematiek.
- **Het gebruik van proxy's om belangrijke structuurindicatoren die vragen om relatief veel inspanning, te vervangen.** Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk (voorbeeld 4, paragraaf 4.2.2) is de data rondom een aantal belangrijke structuurindicatoren niet beschikbaar. Dit maakt het meten hiervan erg arbeidsintensief. In overleg met de klankbordgroep zijn we voor drie kwantitatieve indicatoren gekomen tot een proxy, om toch (op korte termijn)

inzicht te kunnen geven in de infrastructuur.

- **Vormgeven uitkomstindicatoren om beter zicht te krijgen op de effecten van de extramuralisering in de regio's.** Een van de resultaten van de klankbordgroep was dat het niet haalbaar is om op korte termijn kwantitatieve indicatoren rondom herstel en positieve gezondheid op te nemen in de monitor (NB: Bevinding komt overeen met de haalbaarheidsanalyse). Het alternatief is om de ervaringen van regionale partijen over extramuralisering en (ervaren) mate van herstel en positieve gezondheid op korte termijn via een kwalitatieve uitvraag te verzamelen in de regio's.

De aanscherpingen hebben geleid tot een voorgestelde set aan indicatoren aan de hand van twee verschillende visualisaties:

1. Naar type indicatoren (zie pagina 23). Hierbij onderscheiden we de drie elementen van de monitor zoals beschreven in paragraaf 4.1: regionale context (aanbiedersveld zorgkantoorregio, mate van stedelijkheid, (basis)demografie zorgkantoorregio en algemene risicofactoren psychische problematiek); structuurindicatoren (set aan indicatoren die gezamenlijk antwoord geeft op de vraag 'Wat is er?') en proces- en uitkomstindicatoren (set aan indicatoren die gezamenlijk antwoord geeft op de vraag 'Heeft wat we doen effect?').
2. Op basis van de acht functies (zie pagina 24). Hierbij geven we per functie inzicht in de voorgestelde indicatoren – zowel structuur- als proces- en uitkomstindicatoren, zowel kwantitatief als kwalitatief. Aanvullend geven we inzicht in een viertal cliëntbewegingen.

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek (naar element)



Regionale context



- Inzicht in aanbiedersveld op zorgkantoorregio (aantal aanbieders met onderscheid naar type aanbieder en omvang (op basis van EUR))
- Inzicht in mate van stedelijkheid o.b.v. inwoneraantallen per gemeente (aantal gemeenten met onderscheid naar klein, middelgrote en groot)
- Inzicht in (basis) demografie zorgkantoorregio (bijvoorbeeld sociaaleconomische status (SES), aantal inwoners met psychische problematiek (Zvw) en % EPA cliënten)
- Inzicht in algemene risicofactoren psychische problematiek (eenzaamheid, werkloosheid, besteedbaar inkomen, schulden)



Structuurindicatoren



Proces- en uitkomstindicatoren

Mensen met psychische problematiek die gebruikmaken van aanbod*

- # klinische bedden (Wlz, Zvw en Wfz)¹
- # fte ambulante behandelaren (proxy hiervoor zijn totale kosten en # cliënten) (Zvw)
- # fte ambulante begeleiders (proxy hiervoor zijn totale kosten en # cliënten) (Wmo)
- # plekken beschermd wonen incl. onderscheid naar forensisch (Wmo en Wlz (vanaf 2021)) (proxy hiervoor zijn # cliënten)
- # plekken maatschappelijke opvang² (Wmo)
- # fte POH-ggz (Zvw)
- # (beschikbare) sociale huurwoningen
- ambitie en realisatie # extra woonplekken (met de benodigde (ambulante) begeleiding) n.a.v. prestatieafspraken kwetsbare doelgroepen (Wmo)

- Aanvullende uitvraag:**
- Structurele inbedding van ervaringsdeskundigen
 - Toepassing van een herstelgerichte intake
 - Aanwezigheid van herstelgerichte initiatieven (zoals een herstelacademie)
 - Manier waarop netwerkondersteuning is ingericht voor of gericht is op mensen met psychische problematiek
 - Manier waarop cliëntondersteuning is ingericht voor of gericht is op mensen met psychische problematiek
 - Bereik mensen met psychische problematiek vanuit inloopvoorzieningen
 - Inrichting en borging bemoeizorg
 - Borging structureel overleg complexe casuïstiek
 - Invulling van time out- en logeervoorzieningen

- Effecten extramuralisering en (ervaren) gezondheid:**
- Ervaringen van regionale partijen over extramuralisering en (ervaren) mate van herstel en positieve gezondheid
 - Ervaringen van professionals

- Verschuiving van kosten:**
- Inzicht in kosten per subdomein³

- Cliëntbeweging:**
- # cliënten³
 - # heropnames/terugval⁴
 - Uitstroom⁵
 - Wachtlijden en -lijsten B-/S-ggz
 - # verwijzingen van HA naar B-/S-ggz
 - # Wvggz-meldingen en -onderzoeken
 - # succesvol afgeronde IPS-trajecten

Bronnen/verwijzingen:

1. Onderscheid naar ggz-B en nieuwe instroom vanuit Wmo (Wlz), opname bedden incl. onderscheid naar beveiligingsniveau en crisisbedden (Zvw) en forensisch klinische bedden incl. onderscheid naar beveiligingsniveau (Wfz)
2. Onderscheid naar directe opvang (crisis/nood) en (langdurige) opvang
3. Onderscheid naar Wlz (ggz-B en nieuwe instroom

- vanuit Wmo), Zvw (klinisch, ambulante en crisis), Wfz en Wmo (onderscheid op basis van de iWmo-productcategorieën (hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO))
4. Onderscheid naar Zvw (klinisch, ambulante en crisis), Wfz en Wmo (iWmo-productcategorieën)
 5. Onderscheid naar Zvw (klinisch, ambulante), Wfz, Wmo (iWmo-productcategorieën)
 6. Zie externe Bijlage E voor definitie en duiding

Mensen met psychische problematiek die nog niet specifiek in beeld zijn

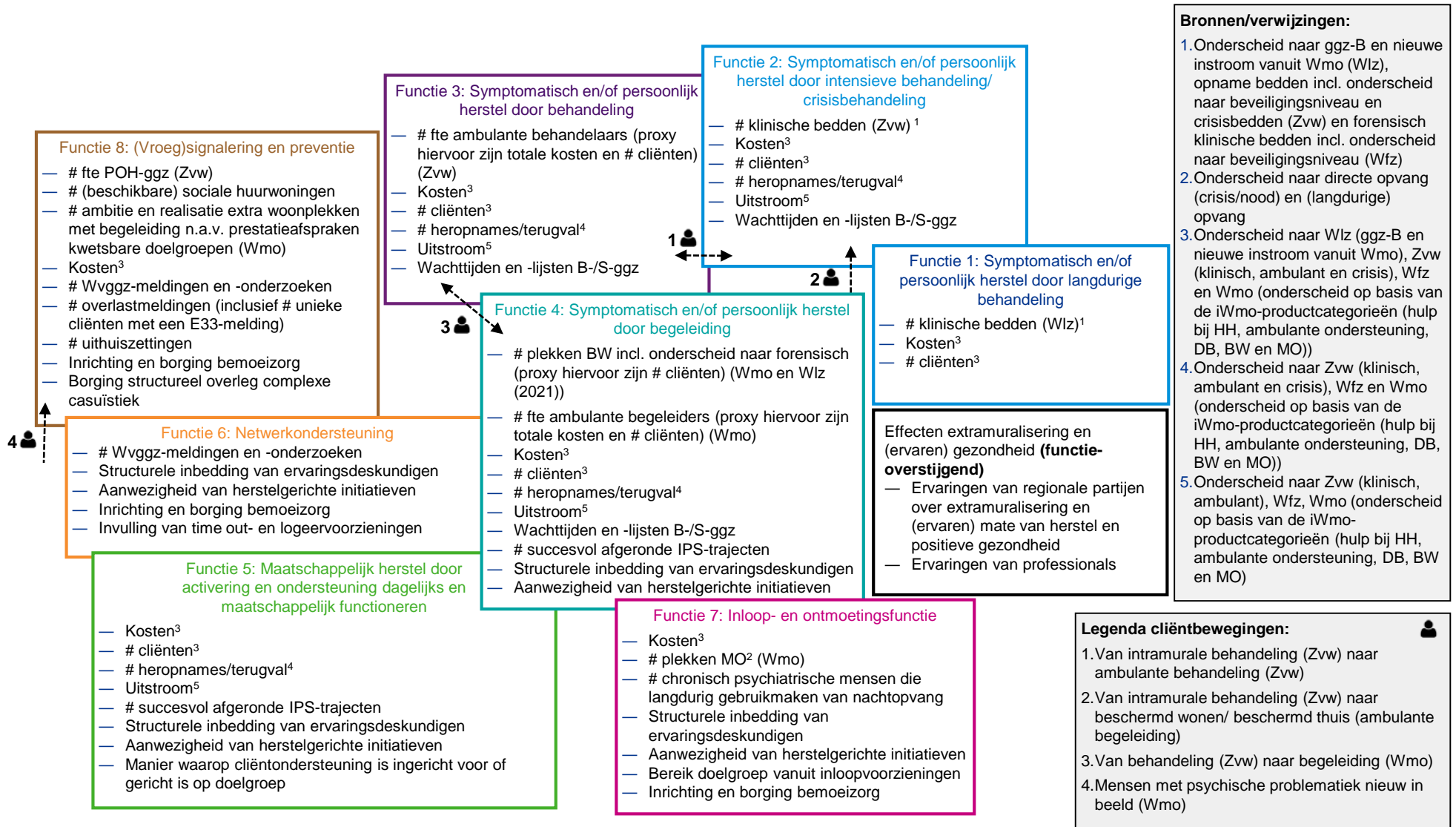
- # overlastmeldingen (inclusief # unieke cliënten met een E33-melding)
- # uithuiszettingen
- # chronisch psychiatrische mensen die langdurig gebruikmaken van nachtopvang

* Indicatoren worden uitgedrukt in absolute zin, afgezet tegen 10.000 inwoners per regio en afgezet ten opzichte van het jaar ervoor

Legenda: Kwalitatief Kwantitatief

Figuur 7. Visuele weergave van voorgestelde set aan indicatoren voor mensen met psychische problematiek

4. Indicatoren voor de monitor psychische problematiek (naar functie)



Figuur 8. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap per functie voor mensen met psychische problematiek

5. Een eerste schets van de monitor

In dit hoofdstuk geven we een eerste schets van de monitor (paragraaf 5.1). Aansluitend geven we inzicht in de beweging die de monitor laat zien aan de hand van data voor de gemeente Amsterdam (paragraaf 5.2). Op basis daarvan geven we eerste handvatten voor het voeren van het juiste gesprek (zie paragraaf 5.3).

5.1 Inzicht in de effecten van extramuralisering: een eerste schets van de monitor

Met de in hoofdstuk vier beschreven indicatoren geven we in dit hoofdstuk een eerste schets van de monitor. Grofweg maken we in de monitor onderscheid naar de volgende twee elementen:

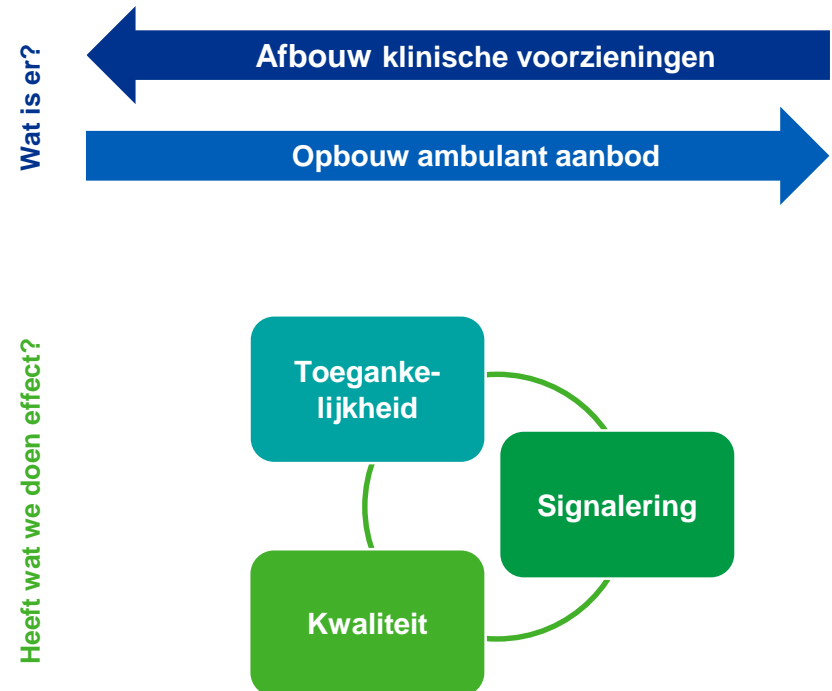
1. Inzicht in 'Wat is er?'
2. Inzicht in 'Heeft wat we doen effect?'

Onder het eerste punt vallen de indicatoren die inzicht geven in de afbouw van de klinische voorzieningen (denk hierbij aan het aantal klinische bedden in de Wlz en in de Zvw), en de indicatoren die inzicht geven in de opbouw van de ambulante voorzieningen (denk hierbij aan het aantal cliënten met ambulante begeleiding).

Het tweede punt is onderverdeeld in de volgende drie categorieën:

- Kwaliteit. Hieronder valt onder andere het aantal succesvol afgeronde IPS-trajecten.
- Toegankelijkheid. Hieronder vallen onder andere de wachttijden S- en B-ggz.
- Signalering. Hieronder vallen onder andere het aantal crisisplaatsingen en het aantal overlastmeldingen.

Aan de rechterkant geven we de opzet op hoofdlijnen weer, op de volgende pagina vind je de eerste schets van de monitor aan de hand van de in hoofdstuk 4 beschreven indicatoren.



5. Een eerste schets van de monitor

Wat is er?

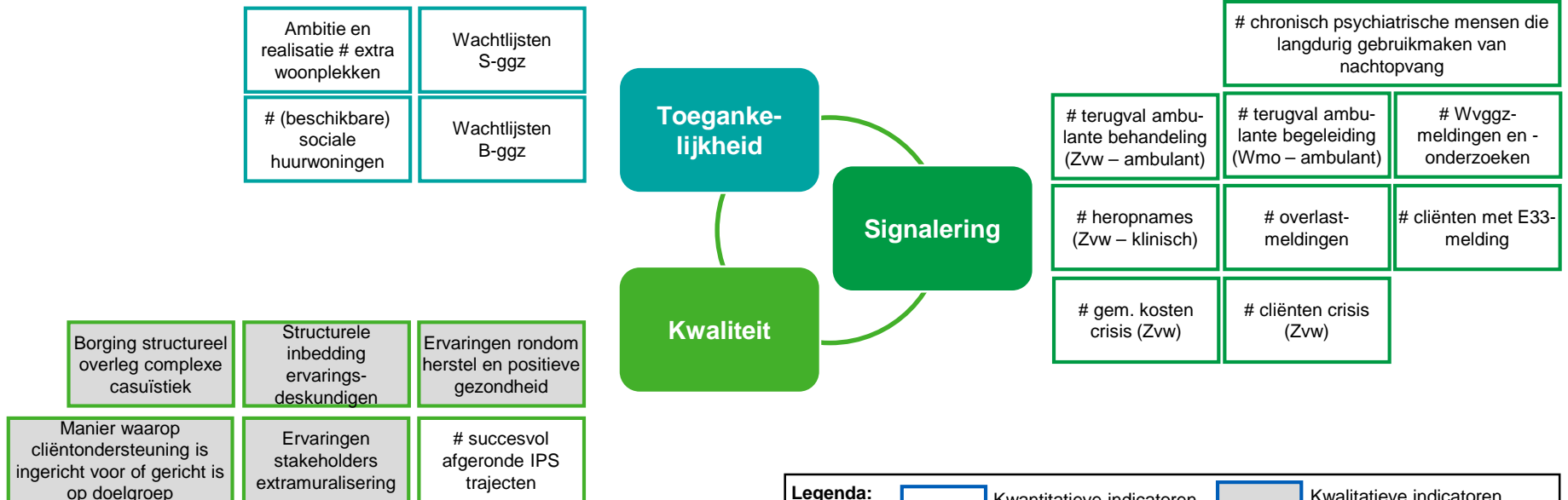
# klinische bedden (Wlz – ggz-B)	# cliënten (Wlz – ggz-B)	# gem. kosten (Wlz – ggz-B)		# klinische bedden (Wlz – nieuwe instroom Wmo)	# cliënten (Wlz – nieuwe instroom Wmo)	# gem. kosten (Wlz – nieuwe instroom Wmo)
# klinische bedden (Zvw)	# cliënten (Zvw – klinisch)	# gem. kosten (Zvw – klinisch)	Uitstroom (Zvw – klinisch)	# klinische bedden incl. onderscheid naar beveiligingsniveaus (Wfz)	# gem. kosten (Wfz – klinisch)	Uitstroom (Wfz – klinisch)

Afbouw klinische voorzieningen

Bereik doelgroep vanuit inloopvoorzieningen	Inrichting en borging bemoeizorg	# cliënten BW (Wfz)	# plekken MO – langdurig (Wmo)	# plekken MO – crisis en nood (Wmo)	# FTE POH-ggz (Zvw)	Uitstroom behandeling (Zvw – ambulante)	# gem. kosten (Zvw – ambulante)	# cliënten (Zvw – ambulante)
Aanwezigheid herstelgerichte initiatieven (Wmo)	Invulling timeout en logeervoorzieningen (Wmo)	# gem. kosten (Wfz – ambulante)	# cliënten BW (Wmo)	Uitstroom (Wmo – ambulante)	# gem. kosten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO		

Opbouw ambulant aanbod

Heeft wat we doen effect?



Legenda: Kwantitatieve indicatoren Kwalitatieve indicatoren

5. Een eerste schets van de monitor

5.2 Invulling van de monitor vanuit beschikbare data Amsterdam

Het ontwikkelen van indicatoren psychische problematiek is, zoals we eerder hebben beschreven, een complex vraagstuk. Daarnaast is het een eerste stap in de ontwikkeling van een monitor. Om de bevindingen van deze opdracht te toetsen in het licht van het grotere doel (zie pagina 7) is de monitor éénmalig ingevuld met beschikbare data voor de gemeente Amsterdam en/of de zorgkantorregio Amsterdam (gemeente Amsterdam en Diemen). De uitgangspunten hiervoor zijn als volgt:

- Het doel van deze exercitie is om de betrokken stakeholders bij het hoofdlijnenakkoord meer inzicht te geven in de mogelijkheden van de indicatoren en vervolgens ook bij de duiding van de resultaten van de monitor. Dit praktijkvoorbeeld is daarbij gebruikt als ondersteuning van de voorgaande hoofdstukken.
- Op basis van reeds beschikbare data is geprobeerd om de beweging voor de gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam in 2017 – 2018 in kaart te brengen. De focus heeft daarbij niet gelegen op het tot in detail vullen van de indicatoren. Voor een deel van de indicatoren betekent dit dat er geen data beschikbaar is (of maar voor één jaar, waardoor er geen beweging berekend kon worden) of dat er voor een deel van de indicator data beschikbaar was. In bijlage F geven we de data weer voor 2017, 2018, de bron en eventuele opmerkingen/ uitzonderingen
- De focus ligt op het in kaart brengen van de beweging van de kwantitatieve indicatoren, en vervolgens ook het duiden van de resultaten aan de hand van de beweging. De kwalitatieve indicatoren zijn in het voorbeeld van Amsterdam niet gevuld;
- We hebben gekozen voor data voor twee jaren om zo inzicht te kunnen geven in de beweging over tijd. Daarbij hebben we gekozen voor 2017 en 2018 (in verband met de beschikbaarheid van met name Wlz- en Wmo-data).

Op de volgende twee pagina's vind je de eerste schets van de monitor gevuld met de beweging voor de jaren 2017 en 2018 op basis van beschikbare data voor de gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam.

5. Een eerste schets van de monitor

# klinische bedden (Wlz – ggz-B) ^{3,4} - 17,8% ↓	# cliënten (Wlz – ggz-B) ^{2,4} - 24,8% ↓	# gem. kosten (Wlz – ggz-B) ² - 13,7% ↓	# klinische bedden (Wlz – nieuwe instroom Wmo) Data niet beschikbaar	# cliënten (Wlz – nieuwe instroom Wmo) Data niet beschikbaar	# gem. kosten (Wlz – nieuwe instroom Wmo) Data niet beschikbaar	
# klinische bedden (Zvw) ^{3,4} + 4,5% ↑	# cliënten (Zvw – klinisch) ⁴ - 0,2% ↓	# gem. kosten (Zvw – klinisch) ^{4,7} + 13,8% ↑	Uitstroom (Zvw – klinisch) ¹ Data niet beschikbaar	# klinische bedden incl. onderscheid naar beveiligingsniveaus (Wfz) Data niet beschikbaar	# gem. kosten (Wfz – klinisch) Data niet beschikbaar ↓	Uitstroom (Wfz – klinisch) Data niet beschikbaar ↓



Wat is er?

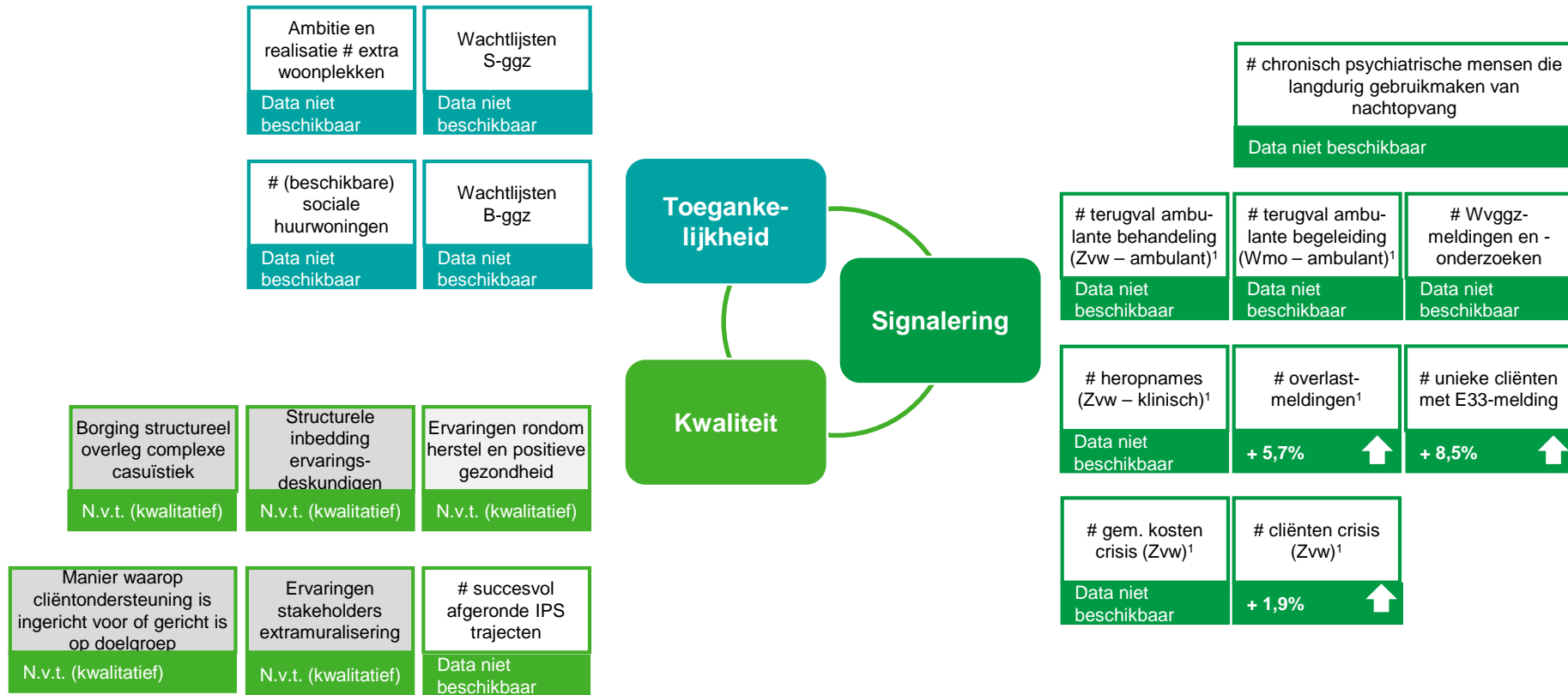
Bereik doelgroep vanuit inloopvoorzieningen N.v.t. (kwalitatief)	Inrichting en borging bemoediging N.v.t. (kwalitatief)	# cliënten BW (Wfz) ¹ Data niet beschikbaar	# plekken MO – langdurig (Wmo) ¹ + 19,0% ↑	# plekken MO – crisis en nood (Wmo) ^{1,2,6} + 11,0% ↑	# FTE POH-ggz (Zvw) ¹ Data niet beschikbaar	Uitstroom behandeling (Zvw – ambulante) ¹ Data niet beschikbaar	# gem. kosten (Zvw – ambulante) ¹ Data niet beschikbaar ↑	# cliënten (Zvw – ambulante) ^{4,5} + 3,2% ↑
Aanwezigheid herstelgerichte initiatieven (Wmo) N.v.t. (kwalitatief)	Invulling timeout en logeervoorzieningen (Wmo) N.v.t. (kwalitatief)	# gem. kosten (Wfz – ambulante) ¹ Data niet beschikbaar	# cliënten BW (Wmo) ^{1,2} + 13,2% ↑	Uitstroom ambulante begeleiding (Wmo) ¹ - 17,8% ↓	# gem. kosten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO ¹ Hulp bij HH: - 0,4% Ambulant: + 12,0% Dagbesteding: + 1,4% BW: Niet beschikbaar MO: Niet beschikbaar Totaal: + 4,5% ↑	# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO ¹ Hulp bij HH: - 4,1% Ambulant: + 10,2% Dagbesteding: - 13,5% BW: + 13,2% MO: + 19,0% Totaal: + 0,4% ↑		



Legenda: Kwantitatieve indicatoren Kwalitatieve indicatoren

5. Een eerste schets van de monitor

Heeft wat we doen effect?



1. Waarde 2017 en 2018 uitgedrukt per 10.000 inwoners; vervolgens is op basis daarvan het verschil berekend.
2. Op basis van data voor de gemeente Amsterdam (en daarmee niet voor Diemen).
3. Als proxy is gekozen voor het aantal verblijfsdagen gedeeld door 365 dagen. Aanname die hieronder ligt, is een volledige bezetting van de bedden.
4. Waarde 2016 en 2017 (door deels ontbreken van data 2018) uitgedrukt per 10.000 inwoners; vervolgens is op basis daarvan het verschil berekend.
5. Totaal Zvw (BG-ggz en S-ggz), exclusief cliënten POH-GGZ.
6. Heeft betrekking op het aantal cliënten in maatschappelijke (crisis)opvang.
7. Heeft enkel betrekking op de gemiddelde kosten S-GGZ met verblijf tussen 1 en 3 jaar

Legenda:

- Kwantitatieve indicatoren
- Kwalitatieve indicatoren

5. Een eerste schets van de monitor

5.3 Duiding van de indicatoren en het voeren van het goede gesprek

De twee voorgaande pagina's geven een eerste inzicht in de beweging binnen de gemeente/ zorgkantoorregio Amsterdam tussen 2017 en 2018. Voordat we richting een eerste duiding van de indicatoren gaan – en op basis daarvan ook eerste voorwaarden kunnen geven voor het voeren van het gesprek – is het belangrijk om te benadrukken dat de data om de indicatoren vorm te geven niet volledig is (naast het ontbreken van de kwalitatieve informatie) en daarnaast maar voor twee jaar (om trends inzichtelijk te maken, heb je data over meerdere jaren nodig).

5.3.1. Duiding van de indicatoren voor de gemeente/ zorgkantoorregio Amsterdam

Op basis van de beschikbare data kan de volgende eerste duiding gegeven worden aan de beweging:

- Vanuit de Wlz zien we een afname van zowel het aantal bedden, het aantal cliënten als de gemaakte kosten. Dit is in lijn met de beweging die je zou verwachten vanuit de extramuralisering.
- Vanuit de Zvw zien we een lichte afname van het aantal klinische cliënten, en een toename van het aantal bedden en de gemaakte kosten. Een belangrijke indicator die hier ontbreekt, is de uitstroom. De beweging die je ziet vanuit de extramuralisering is dat met name de lichte/matige opname indicaties (deelprestatie) ambulante worden opgevangen. Het aandeel cliënten met een hogere deelprestatie (bijvoorbeeld F) toeneemt ten koste van de cliënten met een lagere deelprestatie (bijvoorbeeld C). Voor de cliënten met hogere deelprestaties worden gemiddeld hogere kosten gemaakt en deze cliënten verblijven over het algemeen langer intramuraal. Een toe- of afname van de uitstroom zou dit inzicht kunnen ondersteunen. De data biedt nu een eerste aanknopingspunt om met elkaar hierover in gesprek te gaan.
- We zien een toename van het aantal cliënten ambulante behandeling (Zvw). Daarbij stijgt het aantal cliënten GB-ggz en daalt het aantal cliënten S-ggz (zie ook bijlage F). Een afname van de klinische behandeling en een toename van de ambulante behandeling is in lijn met de beweging die je zou verwachten vanuit de extramuralisering. Echter, is het van belang om ook nieuwe instroom in deze beschouwing mee te nemen.
- Kijkend naar de Wmo (zowel naar cliënten als naar kosten) zien we dat met name de zwaardere capaciteiten (zoals BW, MO en ambulante begeleiding) zijn toegenomen. Dit terwijl de uitstroom vanuit ambulante begeleiding stagneert. Een

belangrijke indicator die hier ontbreekt is de uitstroom vanuit beschermd wonen bijvoorbeeld.

Om een gevoel te krijgen bij cliëntstromen is het belangrijk om naast de beweging (het percentage) inzicht te krijgen in het volume cliënten dat toe- of afneemt. Grofweg leidt dit tot de volgende aantallen:

- Wlz: afname van minder dan 50 cliënten
- Zvw (klinisch): toename van minder dan 50 cliënten (NB. bevolking stijgt echter harder, dus vandaar een negatief percentage)
- Zvw (ambulante): toename van ongeveer 3.000 cliënten
- Wmo: toename van minder dan 1.000 cliënten

Om een duiding te kunnen geven van de cliëntstromen is het belangrijk om inzicht te hebben in de uitstroom (en als afgeleide van de uitstroom en de cliëntaantallen in de instroom). Op basis van bovenstaande aantallen kan de volgende eerste duiding gegeven worden:

- De afname/ toename van het aantal cliënten in klinische setting is minimaal in vergelijking met de toename van de aantallen cliënten in ambulante setting. De relatieve afname van het aantal cliënten S-ggz met verblijf (tot één jaar en tussen één en drie jaar) is daarbij relatief beperkt (rond -1%), de relatieve toename van het aantal crisis cliënten ook (rond +2%). Cijfers over de uitstroom zouden meer inzicht moeten geven in de daadwerkelijke verschuiving van cliënten.

5.3.2. Het voeren van het goede gesprek

Eén van de uitgangspunten van de monitor is dat deze bij moet dragen aan het goede gesprek. Het uitgangspunt is daarbij altijd geweest dat de monitor niet op zichzelf kan staan. Onderstaand de eerste voorwaarden voor het voeren van het goede gesprek:

- Het gezamenlijk (vanuit verschillende perspectieven – minimaal vanuit de betrokken aanbieders, gemeenten en financiers, daar waar mogelijk/ relevant uit te breiden met cliënten en hun naasten), regionaal duiden van de indicatoren en de beweging die zij laten zien, is essentieel. De monitor is niet bedoeld om een 'extramuraliseringsoordeel' te geven per regio, maar echt bedoeld ter ondersteuning van een zinvol gesprek. Daarbij vormen de getallen en percentages de eerste basis inzichten. Een gedeeld basis inzicht op basis van een gemeenschappelijke taal helpt om met elkaar in gesprek te gaan.

5. Een eerste schets van de monitor

- Om de monitor goed ondersteunend te laten zijn aan het gesprek, is het van belang dat de data volledig en juist is, dat er naast data ook informatie beschikbaar is over de kwalitatieve indicatoren en dat de informatie inzicht geeft in een beweging. Om inzicht te kunnen geven in de beweging is het belangrijk dat data minimaal beschikbaar is over twee jaar. Een goede vulling van beide delen van de monitor ('Wat is er?' en 'Heeft wat we doen effect?') is essentieel om enerzijds in gesprek te kunnen over de inrichting en het aanbod, en anderzijds over de kwaliteit en de mate waarin zorg treffend is.

6. Ontwikkelagenda en reflectie

Tot slot bieden we in dit laatste hoofdstuk inzicht in de vervolgstappen die nodig zijn voor het realiseren van de monitor. In paragraaf 6.1 lichten we de vervolgstappen op korte termijn toe, in paragraaf 6.2 de vervolgstappen op (middel)lange termijn. Aanvullend geven we in paragraaf 6.2 enkele punten ter reflectie.

6.1 Ontwikkelagenda monitor (korte termijn)

Om een werkende monitor te realiseren en daarmee data vanaf 1 januari 2021 te kunnen monitoren zijn de volgende vijf stappen op korte termijn (binnen een jaar) van belang:

1 Opstellen en operationaliseren van eenduidige definities

Begin jan. 2021 – eind feb. 2021 Opstellen van eenduidige definities	Begin mrt. – eind apr. 2021 Operationaliseren van eenduidige definities
---	--

2 Toewerken naar beperking van routes van aanlevering

Begin jan. – eind feb. 2021 Toewijzen van de nieuw uit te vragen data/ indicatoren aan bestaande route	Mrt. 2021 Commitment uitspreken aanlever-route(s)	Begin apr. – eind mei 2021 Operationaliseren van aanlevering nieuwe data via bestaande routes
---	--	--

3 Vormgeven van kwalitatieve structuur- en uitkomstindicatoren

Begin mrt – eind apr. 2021 Actief uitvragen van ervaringen van professionals	Begin mei – eind juni 2021 Op regionaal niveau organiseren van het gesprek over uitkomsten	Begin juli – eind aug. 2021 Omzetten van kwalitatieve uitvraag structuurindicatoren naar vragenlijst
---	---	---

5 Creëren draagvlak en voorbereiden uitvraag

Begin april – eind aug. 2021
Creëren draagvlak en voorbereiden data-uitvraag

September 2021
1^e data-uitvraag voor indicatoren monitor psychische problematiek

4 Toetsen juiste gesprek

Okt. 2021
Toetsen of set aan indicatoren bijdragen aan het juiste gesprek

Nov. 2021
'Deadline' acties korte termijn

Dec. 2020
Moment van opleveren rapportage

1 Opstellen en operationaliseren van eenduidige definities

Het opstellen van eenduidige definities en vervolgens operationaliseren om zo de indicatoren van de verschillende regio's en gemeenten vergelijkbaar te maken. Dit betreft de volgende indicatoren:

- Cliënten met psychische problematiek voor de indicatoren rondom # cliënten en kosten binnen de Wmo; uitstroom en terugval ambulante begeleiding (Wmo);
- Uitstroom, heropname en terugval klinische/ ambulante begeleiding (Zvw).

Figuur 9. Visuele weergave van ontwikkelagenda korte termijn

6. Ontwikkelagenda en reflectie

De volgende twee stappen zijn hiervoor nodig voor de eerste bullet:

1. Het clusteren van Wmo-cliënten. Het concrete voorstel is om hiervoor de clustering conform de iWmo-standaarden aan te houden en deze ook te gaan gebruiken voor de Gemeentezorgspiegel. Dit vraagt om operationaliseerbare definities voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang en uitstroom.
2. Het financieel en inhoudelijk afbakenen van mensen met psychische problematiek binnen het Wmo-domein. Concrete betekent dit:
 1. cliënten/kosten beschermd wonen in z'n totaliteit toe te wijzen;
 2. MO voor een deel – op basis van de inschatting van de gemeente (op basis van aanwezige problematiek in een specifieke gemeente);
 3. voor de rest van de Wmo op basis van KvK-nummers van de aanbieders die overwegend ggz-zorg bieden.

2 Toewerken naar beperking van routes van aanlevering

Om de administratieve lasten te beperken, is het belangrijk om data zoveel mogelijk in één keer aan te leveren (vanuit aanbieders en gemeenten). De uitvraag die gedaan moet worden bij aanbieders heeft primair betrekking op de structuurindicatoren (zie hiervoor ook bijlage E). Indicatoren als wachttijden B- en S-ggz en heropnames/terugval worden op het moment al verzameld en zijn op te halen bij Vektis. Voor de structuurindicatoren (zoals het aantal bedden) stellen we voor om dezelfde lijn te hanteren als bij de Landelijke Monitor Ambulantisering.

Voor de data vanuit het Wmo-domein (zowel kwalitatief als kwantitatief) stellen we voor om aan te sluiten bij de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) en mogelijk ook bij de Gemeentezorgspiegel. Op deze manier wordt gebruik gemaakt van dezelfde definities en data en wordt daarmee ook de administratieve last beperkt. De data die verzameld wordt op gemeenteniveau kan vervolgens samengebracht worden tot het niveau van de zorgkantorregio, waardoor detaillering naar gemeenten mogelijk is maar er ook inzicht ontstaat in het regionale beeld.

1. Onderdeel van de GMSD is bijvoorbeeld het aantal unieke cliënten beschermd wonen. Deze informatie wordt in deze monitor als proxy gebruikt om zicht te krijgen op het aantal plekken beschermd wonen. Het aantal

plekken maatschappelijke opvang wordt nu nog separaat uitgevraagd als onderdeel van de monitor Dak- en thuisloosheid. Wij stellen voor om de informatie die nodig is voor deze indicator aan te laten sluiten bij de GMSD-uitvraag. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor de informatie die nodig is voor de kwalitatieve structuurindicatoren, zoals 'Aanwezigheid van herstelgerichte initiatieven' en 'Manier waarop cliëntondersteuning is ingericht voor of gericht is op mensen met psychische problematiek'.

2. De Gemeentezorgspiegel kan een tweede belangrijke route zijn om data te verzamelen vanuit het Wmo-domein. Dit komt naar voren vanuit een eerdere pilot tussen meerdere gemeenten en Vektis waar er onder andere is gekeken naar verschillende typen kosten binnen de Wmo, aantallen cliënten en uitstroom.

De volgende twee stappen zijn hiervoor essentieel:

1. Toewijzen van de nieuw uit te vragen Wmo-data naar een bestaande en passende route van aanlevering.
2. Commitment uitspreken voor het verzamelen alle Wmo-data (binnen scope van dit onderzoek: alle data rondom mensen met psychische problematiek) die nodig is voor regionale en/of landelijke monitors langs één van de twee (of beide) genoemde routes. Vervolgens het operationaliseren hiervan (bestaande routes die anders lopen omleggen en nieuwe routes op deze wijze inrichten) en hierop toezien.

3 Vormgeven van kwalitatieve structuur- en uitkomstindicatoren

De kwantitatieve structuurindicatoren geven deels inzicht in de functies, maar dat inzicht is niet volledig. Om deze reden stellen we voor om – in ieder geval op korte termijn – te werken met een aanvullende kwalitatieve uitvraag. Daarnaast geeft de klankbordgroep aan dat het op korte termijn niet haalbaar is om indicatoren rondom herstel en positieve gezondheid op te nemen in de monitor (overeenkomstig de haalbaarheidsanalyse). Het alternatief is om de uitkomstindicatoren op korte termijn via een kwalitatieve uitvraag op te halen in de regio's.

6. Ontwikkelagenda en reflectie

Om de kwalitatieve structuur- en uitkomstindicatoren vorm te geven, zijn de volgende stappen nodig:

1. Omzetten van de kwalitatieve uitvraag rondom structuur naar een concrete, beknopte vragenlijst in lijn met de acht functies.
2. Op regionaal niveau organiseren van het gezamenlijke gesprek (tussen alle betrokken partijen waaronder ook cliënten en naasten) over mensen met psychische problematiek en specifiek over de effecten van de extramuralisering (inclusief ervaringen rondom herstel en positieve gezondheid). Ter ondersteuning van dit regionale gesprek stellen we voor om de verschillende elementen van de monitor te gebruiken om een gedeeld beeld te vormen van de regio. We stellen voor dit gesprek minimaal ieder halfjaar met elkaar te voeren vanuit een vaste groep partijen (selectie van aanbieders, gemeenten, zorgverzekeraar/-kantoor, ervaringsdeskundigen/cliënten en naasten). In sommige regio's verwachten we dat er aangesloten kan worden bij een bestaand overleg, in sommige regio's is het nodig een nieuwe overlegstructuur op te starten. Daarbij helpt het wanneer de eigenaar van deze monitor erop toeziet dat dit op regionaal niveau georganiseerd en uitgevoerd wordt.
3. Daarnaast kan eraan worden gedacht om actief de ervaringen vanuit professionals uit te vragen en mee te nemen. Vanuit de praktijk hebben zij goed zicht op hoe de effecten van de extramuralisering in de dagelijkse praktijk worden ervaren (optioneel).
4. Aanvullend kan er – los van deze monitor, aangezien het primaire niveau van deze monitor het niveau van de zorgkantoorregio is – op landelijk niveau gebruik worden gemaakt van het reeds bestaande Panel Psychisch Gezien. Het panel bestaat uit ongeveer 2.000 mensen met langdurige psychische problemen, die aan de hand van vragen en gesprekken inzicht geven in hun leven, activiteiten en ontwikkelingen daarin. Het panel is eerder ingezet in de Landelijke Monitor Ambulantisering van het Trimbos Instituut.

4 Toetsen of set aan indicatoren bijdragen aan het juiste gesprek

Onder het 'goede gesprek' verstaan we een constructief gesprek tussen alle betrokken partijen (waaronder naast de financiers ook cliënten en naasten) dat de

basis vormt en aanleiding geeft tot het zetten van concrete vervolgstappen om de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek beter vorm te geven. Onder 'beter' verstaan we het vanuit gezamenlijkheid en met efficiëntie in acht nemend verhogen van (individuele) uitkomsten van mensen met psychische problematiek (zie hoofdstuk 2).

In deze stap wordt getoetst of de set van indicatoren in de praktijk ook daadwerkelijk bijdraagt aan het goede gesprek. Voorstel daartoe is om met een aantal regio's het gesprek gezamenlijk te evalueren. Vragen die daarbij meegenomen kunnen worden zijn bijvoorbeeld "Hebben we een gedeeld beeld bij de ontwikkeling van zorg en ondersteuning aan mensen met psychische problematiek?", "Geven de inzichten uit de indicatoren aanleiding tot het zetten van concrete vervolgstappen om de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek beter vorm te geven" en "Geven de geclusterde inzichten (naar element of naar functie) een goed beeld van de regio".

Daarbij is het belangrijk ook naar de individuele indicatoren te kijken. Eerder voerde KPMG een onderzoek uit wachttijden en –lijsten Beschermd wonen¹. Bij het opstellen van de set aan indicatoren is vanuit de klankbordgroep aangegeven dat in eerste instantie kosten, cliënten en uitstroom uit beschermd wonen voldoende lijken om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen rondom beschermd wonen. Bij deze toets moet gekeken worden of dit inderdaad zo is of dat het zinvol is om gegevens over de wachttijd/-lijst Beschermd wonen toe te voegen aan de set met indicatoren. Ook is het belangrijk om te toetsen of de trends die indicatoren laten zien de realiteit voldoende weerspiegelen. Specifiek geldt dit voor een indicator als 'Uitstroom beschermd wonen'. Deze indicator wordt relevanter naarmate we verder komen in de tijd.

5 Creëren van draagvlak en voorbereiden uitvraag

In stap wordt de monitor daadwerkelijk opgezet, inclusief het creëren van draagvlak en uitvragen van de eerste data. Hierbij is het van belang te kijken naar de periode(s) die worden meegenomen in de eerste data-uitvraag om een goed beeld te geven van de huidige stand van zaken en de beweging in de tijd. Onderdeel hiervan is het afgeven van de juiste verwachting: er ontstaat inzicht in een beweging als de data volledig is en inzicht geeft over meerdere jaren. Daarbij kan het raadzaam zijn een deel van de data over meerdere jaren (retrospectief) uit te vragen.

(1) [KPMG 2020](#) Wachttijden Beschermd wonen

6. Ontwikkelagenda en reflectie

6.2 Ontwikkelagenda monitor ((middel)lange termijn)

Aanvullend op de genoemde punten op de korte termijn punten, zijn er op (middel)lange termijn (1-3 jaar) drie punten van belang:

1. Inbedden van kwantitatieve uitkomstindicatoren

Inbedden van kwantitatieve uitkomstindicatoren om zicht te krijgen op de uitkomsten van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek. Dit betekent:

1. Specifiek maken van uitkomstmaten (zoals eenzaamheid, werkloosheid, % uithuiszettingen, # overlastmeldingen, herstel, positieve gezondheid) voor mensen met psychische problematiek.

Om goed grip te krijgen op mensen met psychische problematiek is het van belang om de volgende indicatoren specifiek te maken voor mensen met psychische problematiek:

- # inwoners met psychische problematiek (onderdeel van de regionale context). De indicator is in het huidige voorstel gebaseerd op reeds beschikbare data, en kijkt alleen naar mensen met psychische problematiek die zorg geleverd krijgen vanuit de Zvw. Op (middel)lange termijn stellen we voor om deze indicator uit te breiden waardoor er zicht ontstaat op alle cliënten met psychische problematiek, dus ook mensen die zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Wlz en Wmo. Aanvullend is het van belang dat er inzicht ontwikkeld wordt in het volume 'mensen die niet in beeld zijn'. Dit kan bijvoorbeeld door het # overlastmeldingen en # uithuiszettingen uit te splitsen naar type problematiek.
 - Risicofactoren voor psychische problematiek, zoals eenzaamheid, werkloosheid, besteedbaar inkomen, schulden. Door goed zicht te hebben op risicofactoren die zich voordoen kan vroegsignalering plaatsvinden en kan er sneller en sterker ingezet worden op preventie (in bijvoorbeeld een bepaald deel van de wijk door de inzet van ervaringsdeskundigen of het openen van herstelacademies).
2. Opstellen van uitkomstindicatoren voor herstel en positieve gezondheid op basis van monitorsinitiatieven van gemeenten (bijvoorbeeld via de app die herstel monitort in de gemeente Utrecht) en ggz-aanbieders (meerdere voorbeelden

rondom de HONOS, IROC en de herstelvragenlijst).

3. Slim combineren van datapunten en inzichten op regio-, gemeente-, wijk- en cliëntniveau en op basis van dwarsverbanden verschillende uitspraken doen rondom uitkomsten en effecten. Denk bijvoorbeeld aan het uitvoeren van een regressieanalyse om in kaart te brengen welke vraag je zou verwachten ten opzichte van de daadwerkelijke populatie.

2. Kritische toets uitvoeren op behoud van kwalitatieve indicatoren

In het licht van administratieve lasten enerzijds en de informatie die nodig is om het goede gesprek te voeren anderzijds is het van belang om kritisch te kijken naar de kwalitatieve indicatoren die worden uitgevraagd. Hebben er bijvoorbeeld ontwikkelingen plaatsgevonden die het makkelijker maken om de nu voorgestelde kwalitatieve indicatoren kwantitatief inzichtelijk te maken? Dragen de kwalitatieve indicatoren dusdanig bij aan het goede gesprek dat het opweegt tegen de inspanningen die nodig zijn om de data te verzamelen?

3. Aanscherpen indicatoren forensische zorg en beschikbaar maken van benodigde data

De forensische zorg maakt een belangrijk onderdeel uit van het speelveld rondom mensen met psychische problematiek. Vanuit gemeenten bestaat de behoefte om meer 'grip' te krijgen op het aantal mensen (en hun mogelijke ondersteuningsbehoefte) dat vanuit de forensische zorg terugkeert naar een plek in de wijk en/of door de gemeente gefinancierde instelling (zoals beschermd wonen). Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van stroomschema's waarbij inzicht komt in aantallen en ondersteuningsbehoefte. Op het moment wordt er vanuit de werkgroep 'Samenwerking forensische zorg en gemeenten' gewerkt aan het scherp stellen van de informatiebehoefte van gemeenten en verdere concretisering van mogelijkheden om data te delen. De resultaten hiervan kunnen vervolgens gebruikt worden om de indicatoren rondom de forensische zorg aan te scherpen.

6. Ontwikkelagenda en reflectie

6.3 Reflecties op het onderzoek

Terugkijkend op het onderzoek en de onderzoeksmethoden zien we dat er in de afgelopen maanden veel stappen zijn gezet, zoals rondom de gemeenschappelijke taal, de ontwikkeling van een gezamenlijke indicatorenset psychische problematiek en inzicht in beschikbaarheid van data. Daarnaast willen we de volgende zes punten ter reflectie meegeven. Onderstaand de punten met een korte toelichting.

- De veelheid aan partijen en perspectieven die betrokken zijn geweest bij dit onderzoek vergroot de mate waarin de monitor gedragen zal gaan worden. Mogelijk is hierdoor bijvoorbeeld het gesprek in de regio's rondom de kwalitatieve uitkomstindicatoren makkelijker te organiseren. De veelheid aan partijen en perspectieven vraagt echter om een relatief lange aanloop om tot een gezamenlijk doel en een gezamenlijke taal te komen. Een concreet voorbeeld is daarbij het gedeelde beeld over het inzicht dat de monitor zou moeten geven (en welk perspectief daarbij zwaarder weegt – inhoud, proces of financieel) en op welk niveau welke resultaten inzichtelijk zouden moeten zijn. Bij de onderzoeksopzet is rekening gehouden met een periode om te komen tot de gezamenlijke taal. Dit maakt echter wel dat de ontwikkelagenda (zie paragraaf 6.1 en 6.2) verdieping nodig heeft, voordat er gestart kan worden met de concretisering ervan en daarmee met de opzet van de monitor.
- Bij de start van dit onderzoek lagen de verwachtingen en gedachten van de verschillende partijen over de monitor ver uit elkaar. Onderdeel van dit onderzoek was het vormen van gezamenlijke taal. Het gezamenlijk doorlopen van het proces en het actief betrekken van de verschillende perspectieven en partijen (bijv. als onderdeel van de klankbordgroep) heeft bijgedragen aan het meer op één lijn krijgen van verwachtingen en gedachten, en daarbij aan de gezamenlijke taal. De betrokkenheid vanuit de zorgverzekeraars en ZN is beperkt geweest in de klankbordgroep. Dit maakt dat er nog verdere afstemming gezocht moet worden met hen als we het hebben over gezamenlijke taal. Hierbij vindt aansluiting plaats bij de afspraken tussen VNG en ZN over landsdekkende en structurele samenwerking in de regio.
- In principe is het samenbrengen van data en informatie over verschillende domeinen heen haalbaar – zeker omdat één van de uitgangspunten van dit onderzoek was om de data niet cliëntvolgend te laten zijn. De complexiteit zit echter in de beschikbaarheid van passende en relevante data op 'het juiste niveau', het gekozen primaire niveau. Lokale diversiteit en het ontbreken van eenduidige afspraken over wat vast te leggen en te monitoren vergroot deze complexiteit. Dit maakt dat de voorgestelde set aan kwantitatieve indicatoren relatief beperkt is, ook omdat er rekening is gehouden met de administratieve lasten in het verzamelen van de data. De aanvulling vanuit de kwalitatieve indicatoren maakt dat vooralsnog het optellen van de indicatoren naar regionaal niveau niet mogelijk is en/of niet het juiste inzicht biedt.
- De exercitie om de indicatoren te vullen met data voor Amsterdam (2017 en 2018) geeft een eerste inzicht in de mogelijkheden van de monitor, maar ook in de zaken die ingewikkeld zijn. Twee belangrijke inzichten is dat data over twee jaar onvoldoende is om zicht te krijgen op de beweging en dat de volledige set aan indicatoren nodig is om de beweging te duiden en het goede gesprek met elkaar te kunnen voeren.
- De praktijk waarin we nu leven vormt de bril om naar de opgave – het inzichtelijk maken van effecten van extramuralisering – te kijken. Dit heeft ertoe geleid dat in een deel van de gremia/gesprekken geredeneerd is vanuit beschikbaarheid van data en de huidige ervaren administratieve lasten. Dit – in combinatie met de twee punten hiervoor – heeft eraan bijgedragen dat de voorgestelde set indicatoren minder toekomstgericht is dan dat deze had kunnen zijn. Dit laat het belang van de ontwikkelagenda zien.
- Bij de onderzoeksopzet is er een verschil geweest in de verwachtingen van de partijen ten aanzien van de opzet en het doel van de startfoto's. De startfoto's geven een kleurrijk beeld van de ontwikkelingen in de vijf regio's en vormen een belangrijke bron voor de indicatoren, passend bij de ontwikkelfase van de monitor. Meer dynamische inzichten kunnen pas verzameld worden door de indicatoren voor de (pilot)regio's daadwerkelijk te vullen met data.



Bijlagen



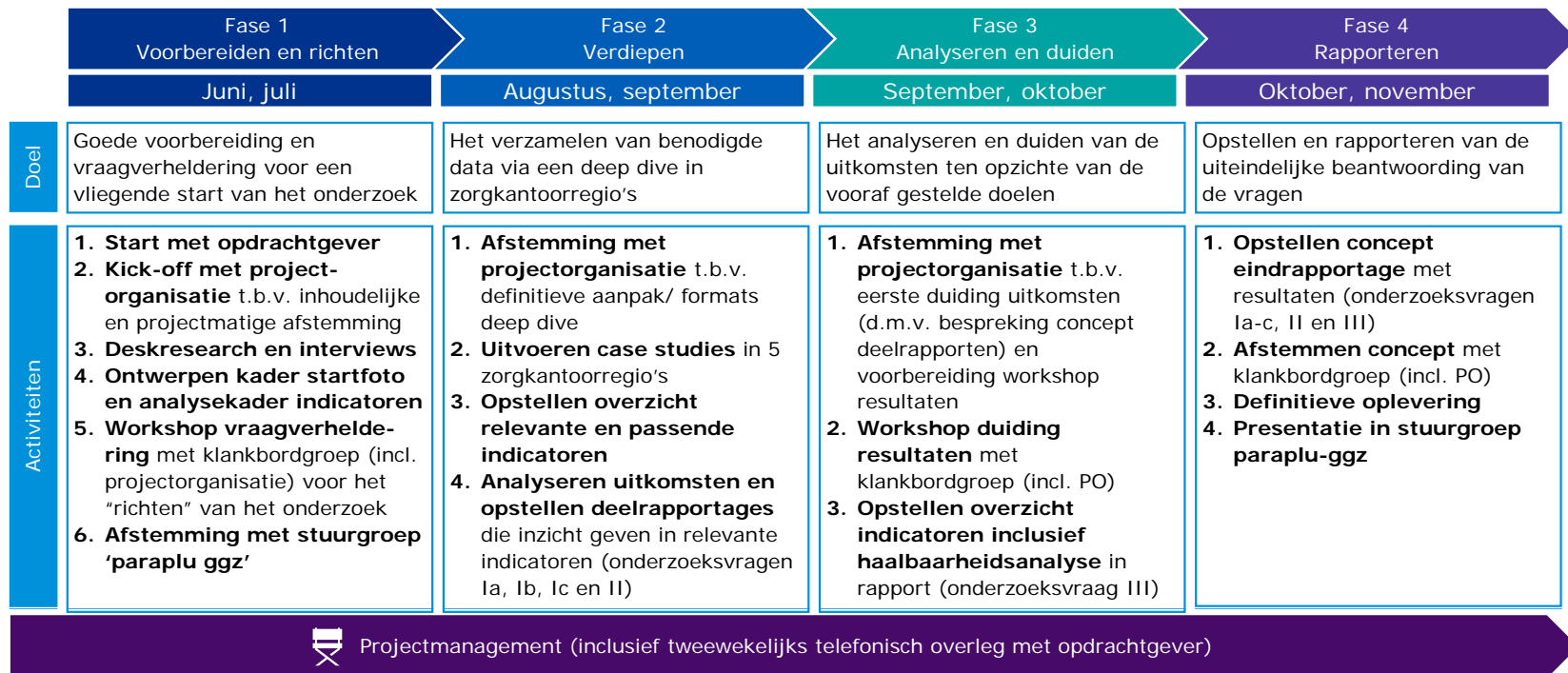
Bijlagen A tot en met C

Bijlage A: Aanpak en methoden

A.1 Toelichting aanpak en methoden

In dit onderzoek zijn vier fasen doorlopen, namelijk: fase 1: Voorbereiden en richten, fase 2: Verdiepen, fase 3: Analyseren en duiden en fase 4: Rapporteren. De vier fasen zijn uitgevoerd in de periode juni 2020 tot en met november 2020. In onderstaande figuur worden de verschillende fasen weergegeven inclusief de uitgevoerde activiteiten.

Drie elementen stonden daarin centraal: desk research en expertinterviews (fase 1), uitvoeren van de casestudies in vijf regio's (fase 2) en het opstellen van de concept set indicatoren en uitvoeren van de haalbaarheidsanalyse (fase 2). Gedurende het project heeft daarnaast continue afstemming met opdrachtgevers en partijen plaatsgevonden. Op de volgende pagina geven we een korte toelichting op deze elementen.



Bijlage A: Aanpak en methoden

A.2 Desk research en expert-interviews

Het desk research en de expert-interviews hadden tot doel om een goed beeld te krijgen van de bestaande kennis en aanwezige informatie: een beeld van de bestaande bronnen, de informatiebehoefte en belangrijke ontwikkelingen over tijd, zowel landelijk als regionaal. Daarin hebben we reeds bestaande monitors en databases verkend, zoals Vektis, de Trimbosmonitor, de GMSD, de monitor langdurige zorg en CBS data (zie hiervoor bijlage B).

Aanvullend hebben we – op basis van onze kennis en die van de projectorganisatie en middels documentenonderzoek – een eerste overzicht van bronnen gemaakt die inzicht geven in bestaande indicatoren, wensen van de cliënt (behoefte) en/ of bestaande aanbod. Dit hebben we vervolgens aangevuld met een internetsearch en door referenties van gevonden documenten na te gaan. Ook hebben we met verschillende experts gesproken (zie hiervoor bijlage C) om enerzijds zicht te krijgen de informatie die al beschikbaar is op de verschillende niveaus (lokaal/ regionaal/ landelijk) en de informatie die nog gewenst is, anderzijds op uitdagingen rondom de ontwikkeling van indicatoren voor psychische problematiek, zoals definities en dataverzameling.

A.3 Uitvoeren case studies en opstellen startfoto's

Volgend op het desk research en de interviews hebben we in vijf regio's een 'case study' uitgevoerd om vanuit de praktijk informatie op te halen en daarmee de praktijk te verbinden met de concept indicatoren en de opzet van de monitor. Het doel van de case studies was enerzijds om een goed beeld te krijgen van de lokale en regionale ontwikkelingen over tijd en anderzijds om een goed beeld te krijgen van de informatiebehoefte (zowel huidig als toekomstig) van de verschillende partijen en op de verschillende niveaus. De case study bestond uit de volgende activiteiten:

- Een verkenning van de kenmerken van de regio (zowel beschikbare data als partijen);
- Het houden van diepte-interviews met verschillende regionale partijen, waaronder de zorgverzekeraar/ het zorgkantoor, een selectie van gemeenten en een selectie van aanbieders (zie bijlage D.1 voor een overzicht van de partijen die we gesproken hebben per regio);
- Opstellen en valideren van de regionale 'startfoto' bestaande uit verschillende onderdelen, namelijk: 1) de context; 2) inzicht in regionale en lokale

ontwikkelingen, 3) inzicht in de extramuralisering in de regio, 4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en 5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies.

De case studies zijn uitgevoerd in de volgende vijf regio's: Friesland, Nijmegen en Rivierenland, Utrecht, Noord- en Midden-Limburg en West-Brabant. Zie bijlage D voor de verschillende startfoto's.

A.4 Opstellen concept set indicatoren en uitvoeren haalbaarheidsanalyse

Op basis van het desk research, de expert-interviews en de case studies is een concept set indicatoren opgesteld. Deze is vervolgens getoetst met verschillende partijen (zoals met de klankbordgroep en enkele experts). Na het vaststellen van de concept set, is de haalbaarheidsanalyse uitgevoerd. Als onderdeel van de analyse is de voorgestelde set aan structuur-, proces- en uitkomstindicatoren zowel op individueel niveau als vanuit samenhang getoetst.

A. 4.1 Toets op individuele indicatoren

Op individueel niveau zijn de indicatoren getoetst op de combinatie van haalbaarheid en relevantie, zie bijlage E voor de gedetailleerde uitwerking op individueel niveau. Haalbaarheid geeft hierbij inzicht in de beschikbaarheid van gegevens op verschillende niveaus. Wanneer gegevens lastig of niet beschikbaar zijn neemt de mate aan van administratieve lasten voor de partijen die de gegevens moeten aanleveren toe. Vandaar dat we in dit onderzoek werken met de mate van administratieve lasten om een uitspraak te kunnen doen over de individuele haalbaarheid van een indicator. Onder relevantie verstaan we in dit onderzoek de individuele zeggingskracht van de indicatoren op de effecten van extramuralisering. Per indicator is voor zowel de administratieve lasten als zeggingskracht een score 'Hoog', 'Gemiddeld' of 'Laag' toegewezen. Dit hebben we in samenspraak met verschillende gemeenten (waaronder Amsterdam, Nijmegen, Tilburg en Rotterdam) en Vektis gedaan. De combinatie van de toets op administratieve lasten ('Hoog', 'Gemiddeld' of 'Laag') en zeggingskracht ('Hoog', 'Gemiddeld' of 'Laag') geeft een score, van 1 tot 4. Aan de hand van deze score is er een voorlopig besluit genomen over de individuele indicatoren: Op de volgende pagina een overzicht van het kader wat we daarbij hebben gebruikt en de daaraan gekoppelde (voorlopige) besluitvorming categorieën.

Bijlage A: Aanpak en methoden

Zeggingskracht (relevantie)	Hoog	1	2	2
	Gemiddeld	2	3	4
	Laag	3	4	4
		Laag	Gemiddeld	Hoog
		Administratieve lasten (haalbaarheid)		

De besluitvorming categorieën per score:

1. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator opnemen in de monitor
2. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op korte termijn (tot 1 jaar) opnemen in de monitor
3. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op (middel)lange (tussen 1 en 3 jaar) termijn opnemen in de monitor
4. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator niet opnemen in de monitor

A. 4.1 Toets vanuit samenhang indicatoren

Volgend op de individuele toets is de voorgestelde set aan structuur-, proces- en uitkomstindicatoren getoetst vanuit samenhang. Hierbij hebben we primair gekeken naar de wenselijkheid van de set aan indicatoren. Onder wenselijkheid verstaan wij de mate van samenhang in combinatie met een hoge mate van zeggingskracht (zie definitie 'relevantie' in vorige paragraaf). Om uiteindelijk met de set aan indicatoren te voldoen aan het doel van de monitor en daarmee het juiste gesprek te faciliteren op landelijk, regionaal en/of lokaalniveau.

Aan de hand van verschillende gesprekken met partijen (waaronder gemeenten, Vektis en leden van de klankbordgroep) over de wenselijkheid van de indicatoren hebben we een voorstel gedaan voor de set aan indicatoren op basis van bestaande en tijdens project opgedane kennis. Deze set aan voorgestelde indicatoren hebben we vervolgens voorgelegd aan klankbordgroep.

A.5 Projectorganisatie en afstemming partijen

Tijdens het onderzoek heeft er continue afstemming plaatsgevonden met de opdrachtgevers en de verschillende partijen: tweewekelijks met het projectteam ter toetsing van deel-/tussenproducten en te zetten vervolgstappen, drie momenten met de klankbordgroep ter versterking van de gezamenlijke taal en toetsing van de concept resultaten, afstemming met verschillende gemeenten rondom de haalbaarheidsanalyse (o.a. Amsterdam, Nijmegen, Rotterdam en Tilburg) en verschillende momenten van interactie met de experts (interviews tijdens fase 1 en aanvullende momenten van afstemming over bijvoorbeeld indicatoren rondom herstel en positieve gezondheid). Bijlage C geeft inzicht in de projectstructuur.

Bijlage B. Bestaande databronnen voor de monitor ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek

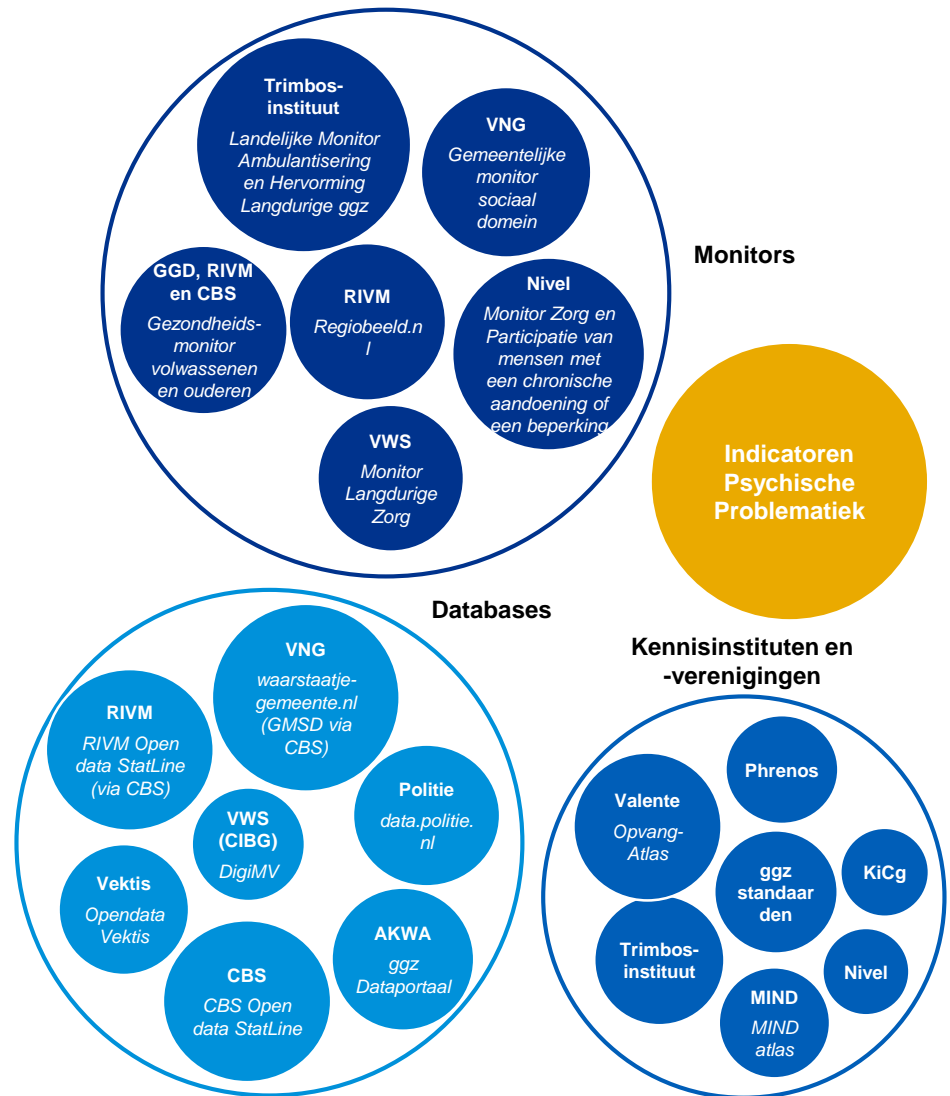
We onderscheiden drie verschillende databronnen voor de monitor ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek:

1. Databases: Verschillende instanties in Nederland – vaak geïnitieerd vanuit de overheid – registreren publieke data. Deze data wordt vastgelegd in databases, bijvoorbeeld de database van het Centraal Planbureau van de Statistiek (CBS), StatLine.

2. Monitors: Het frequent in de gaten houden van (complexe) processen en onderwerpen gebeurt aan de hand van monitors. Monitors bieden inzicht die kunnen leiden tot het optimaliseren van processen. (Bestaende) databases dienen vaak als bron voor de kwantitatieve gegevens van een monitor. Het uitvoeren van interviews, panelmeetings en enquêtes levert vaak kwalitatieve gegevens voor een monitor. Monitors worden vaak door onderzoeksinstanties en kennisinstellingen uitgevoerd – vaak geïnitieerd vanuit de overheid. Een bekende monitor in relatie tot dit onderzoek is de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige ggz die werd uitgevoerd door het Trimbos-Instituut.

3. Kennisinstituten en –verenigingen: Kennisinstituten, beroepsverenigingen en patiëntenfederaties initiëren (praktische/wetenschappelijke) onderzoeken en ontwikkelen tooling die kan bijdragen aan kennisverwerving. Ter illustratie rondom het thema psychische problematiek hebben MIND en Valente beiden een digitale Atlas uitgebracht die cliënten inzicht geeft in het beschikbare aanbod in Nederland rondom cliëntvertegenwoordiging (MIND Atlas) en opvangplekken (OpvangAtlas).

De bovengenoemde databronnen zijn gebruikt in de haalbaarheidsanalyse (zie bijlage E). Op de volgende pagina hebben wij de relevante databases voor de monitor ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek uiteengezet.



Bijlage B. Bestaande databronnen voor de monitor ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problematiek

Uitvoerende organisatie	In opdracht van	Databron openbaar	Naam informatie type	Toelichting	Databron
Aedes	Aedes	Op aanvraag	Aedes-datacentrum	Het Aedes-datacentrum geeft in één overzicht de belangrijkste uitkomsten van de Aedes-benchmark van een woningcorporatie ten opzichte van het landelijk beeld en referentiegroepen.	Aedes-datacentrum
CBS	VNG en VWS	Ja	Gemeentelijke monitor sociaal domein	In het kader van deze monitor verzamelt het CBS gegevens bij gemeenten over voorzieningen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De VNG heeft in een aanleverprotocol gedetailleerd vastgelegd welke gegevens de gemeenten bij het CBS moeten aanleveren. Gemeenten nemen op vrijwillige basis deel aan deze monitor en aan de bijbehorende gegevensleveringen. De monitor wordt vier keer per jaar geactualiseerd op Waarstaatjegemeente.	Waarstaatjegemeente.nl (via CBS)
CBS	VWS	Ja	Monitor Langdurige Zorg	MLZ is dé bron voor cijfers over de langdurige zorg. Langdurige zorg bestaat uit de verpleging en verzorging van ouderen en chronisch zieken, de zorg voor gehandicapten en de langdurige ggz.	StatLine MLZ
CBS	VWS	Rapportage	Monitor abonnements-tarief Wmo	Met ingang van 2019 geldt een vast tarief voor de eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen die gemeenten vanuit de Wmo verstrekken. Het ministerie van VWS zal de komende jaren monitoren welke effecten de invoering van dit abonnementstarief heeft op de omvang en de duur van het gebruik van maatwerkvoorzieningen en op de uitgaven daarvoor.	CBS en VNG (in ontwikkeling)
CBS	CBS	Ja	CBS - Open data StatLine	StatLine is de databank van het CBS. Het CBS biedt een schat aan informatie overzichtelijk gerubriceerd op thema's en gratis beschikbaar.	CBS - Open data StatLine
CBS	CBS	Op aanvraag	CBS - microdata	Microdata zijn koppelbare data op persoons-, bedrijfs- en adresniveau waarmee Nederlandse universiteiten, wetenschappelijke organisaties, planbureaus, statistische instanties in een EU-land onder strikte voorwaarden zelf statistisch onderzoek kunnen doen.	CBS - Microdata
CIBG	VWS	Ja	DigiMV	Inzicht in de digitale jaardocumenten en jaarverslagen van zorginstellingen.	CIBG
CiZ	CiZ	Ja	CiZ Databank	De beschikbare gegevens in de databank laten onder andere zien hoeveel cliënten regulier Wlz-recht hebben, verdeeld per zorgprofiel, en hoeveel cliënten recht hebben op subsidieregelingen.	CiZ Databank
KhonRaad	Gemeenten	Op aanvraag	Ketenmonitor Wvggz	Monitor Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). De monitor bevat kengetallen over meldingen, het verkennend onderzoek en de aanvragen zorgmachtiging bij het OM, en de crisismaatregelen.	Ketenmonitor Wvggz
Politie	Politie	Ja	Data.politie.nl	Data.politie.nl is het dataportaal van de politie en bevat cijfers over geregistreerde criminaliteit, overlast, politieprestaties en de bedrijfsvoering van de politie.	Politie
RIVM	VWS	Ja	RIVM Open data StatLine	Op StatLine RIVM worden de cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en samenwerkende organisaties getoond.	CBS - RIVM Open data StatLine
Trimbos-instituut	VWS	Op aanvraag	Panel Psychisch Gezien	Het Panel Psychisch Gezien bestaat uit ongeveer 2.000 mensen met langdurige psychische problemen, die aan de hand van vragen en gesprekken inzicht geven in hun leven, activiteiten en ontwikkelingen daarin.	Panel Psychische Gezien
Vektis	Zorgverzekeraars	Op aanvraag	Vektis	Vektis beschikt over een state-of-the-art datawarehouse. Hierin bewaren zij alle data over alle zorgdeclaraties in Nederland. Vektis Streams verzamelt de data en maakt deze toegankelijk. De data is van hoge kwaliteit; betrouwbaar, herleidbaar, herhaalbaar en uniform.	Vektis

Bijlage C: Projectstructuur

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en de VNG; op basis van een overeengekomen opdracht door de stuurgroep paraplu GGZ, en onder aansturing en projectverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in afstemming met een afvaardiging vanuit NDSD en van gemeenten, aanbieders, brancheorganisaties en cliëntenvertegenwoordigers. De betrokken organisaties waren vertegenwoordigd in de klankbordgroep, die is ingezet als actief klankbord voor afstemming en besluiten rondom onderzoeksopzet, gezamenlijke taal en de uitkomsten van het onderzoek. Aanvullend heeft er afstemming plaatsgevonden met verschillende experts (o.a. in fase 1). Onderstaand een overzicht van de betrokkenen.

Projectteam		
Naam	Organisatie	Functie
Maarten Schallenberg	Ministerie van VWS	Coördinerend beleidsmedewerker (Directie Maatschappelijke ondersteuning)
Gonne Kelder	Ministerie van VWS	Senior beleidsmedewerker (Directie Curatieve Zorg)
Nynke van Zorge	VNG	Senior Beleidsadviseur (Directie Inclusieve Samenleving)

Klankbordgroep		
Naam	Organisatie	Functie
Maarten Schallenberg	Ministerie van VWS	Coördinerend beleidsmedewerker
Gonne Kelder	Ministerie van VWS	Senior beleidsmedewerker
Nynke van Zorge	VNG	Senior beleidsadviseur
Brunel Zwartkruis	Gemeente Amsterdam	Teammanager datateam Jeugd en Zorg
Antonie de Vlieger	Gemeente Apeldoorn	Strategisch Adviseur Sociaal Domein
Leonie Braks	Gemeente Nijmegen	Senior beleidsadviseur Zorg & Welzijn
Monique Peltenburg	NDSD	Adviseur/secretaris
Rina Beers	Vereniging Valente	Senior beleidsmedewerker
Nic Vos de Wael	MIND	Onderzoeker en adviseur op het gebied van zorg en welzijn
Brenda de Zeeuw	VNG R	Projectleider Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein
Liesbeth van Gent	Nederlandse ggz	Netwerkcoördinator Waardenetwerk Volwaardig Burgerschap
Lisa Tjong	CZ	Medisch adviseur ggz
Job van Huizen	Zilveren Kruis	Zorginhoudelijk adviseur ggz

Expertinterviews	
Naam	Betrokkenheid bij mensen met psychische problematiek
Bauke Koekkoek	Lector Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving bij de HAN. Daarnaast is hij o.a. crisisdienstverpleegkundige en epidemioloog
Niels Mulder	Hoogleraar Oggz bij het Erasmus MC en werkzaam als psychiater, opleider en onderzoeker bij Antes
Kees Lemke	Voorzitter Actieplatform Herstel voor Iedereen en o.a. coach leidinggevend in de gezondheidszorg (Mentaalherstel)
Eric Dannenberg	Voorzitter van Divosa (o.a.); was voorzitter van Commissie Toekomst Beschermd Wonen
Hans Kroon	Programmahoofd Zorg en Participatie bij Trimbos (o.a.); nauw betrokken bij opzet en ontwikkeling LMA


Bijlage D: Inzicht in regionale en lokale hulpvraag van mensen met psychische problematiek

Bijlage D: Startfoto regio Nijmegen en Rivierenland

Bijlage D: 1. Context regio Nijmegen en Rivierenland

Introductie en leeswijzer

- Dit is de startfoto van de regio Nijmegen en Rivierenland. Deze bestaat uit 1) de context; 2) inzicht in regionale en lokale ontwikkelingen, 3) inzicht in de extramuralisering in de regio, 4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en 5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies.
- Functies helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod, maar helpen daarnaast ook voor gezamenlijke taal en normering op structuur (kwalitatief en waardegedreven kijken welke functies geborgd moeten zijn in een specifieke regio).

DEELNEMERS STARTFOTO	Voor de totstandkoming van de startfoto van zorgkantoorregio Nijmegen en Rivierenland is gesproken met de volgende mensen:		AANBIEDERSVELD
	Deelnemers zorgkantoorregio Nijmegen en Rivierenland		
	Naam organisatie	Naam deelnemer	
	Gemeente Tiel	Renate Valerianus	
	Gemeente Culemborg	Carlos Weijers	
	Gemeente Nijmegen	Leonie Braks	
	Gemeente Berg en Dal	Janneke Kruimer	
	Gemeente Beuningen	Willeke Peeters	
	IrisZorg	Ingrid Hendriks	
	Lister	Monique Onck	
VGZ	Ritchie Sam Anpong		
De zorgkantoorregio is opgedeeld in subregio Rijk van Nijmegen en Rivierenland. In de subregio Rijk van Nijmegen is het Regionaal Ondersteuningsbureau (ROB) opgericht om de gecontracteerde (ambulante) Wmo aanbieders in kaart te brengen inclusief specifieke diensten per aanbieder via Steunwijzer . Voor zover bekend is er geen ondersteuningsbureau voor Rivierenland. Rechts een eerste inzicht in de verschillende (grote) ggz zorg en ondersteuning aanbieders.		<ul style="list-style-type: none"> — Leger des Heils — Pro Persona — RIBW Nijmegen en Rivierenland — Pluryn — DIT coaching — Indigo — MEE — Iriszorg — Lister 	
			

ALGEMEEN	— Zorgkantoorregio Nijmegen en Rivierenland is vergelijkbaar met de gemiddelde zorgkantoorregio in aantal inwoners en gemeenten (zie tabel op volgende pagina);
	— Er bestaat een belangrijk onderscheid in subregio's: Rijk van Nijmegen (Berg en Dal, Beuningen, Druten, Heumen, Mook en Middelaar, Nijmegen (centrumgemeente) en Wijchen) en Rivierenland (Buren, Culemborg, Maasdriel, Neder-Betuwe, Tiel, West Betuwe, West Maas en Waal en Zaltbommel);
	— De subregio's kenmerken zich door de verschillende preferente zorgverzekeraars (VGZ in Rijk van Nijmegen en Menzis in Rivierenland). Het zorgkantoor valt onder VGZ;
	— Inwoners van de regio zijn naar verhouding minder eenzaam en minder zwaar belast met mantelzorg dan het Nederlandse gemiddelde;
	— Tijdens de gesprekken wordt aangegeven dat het hogere ggz zorggebruik en de kosten (vanuit Zvw) mogelijk te verklaren is door de grootstedelijke problematiek van de stad Nijmegen en aantrekkingskracht (grensgebied (instroom migranten) en universiteit/hogeschool Nijmegen). Daarnaast zijn er opvallend veel kleine aanbieders actief in de regio die het aanbod vergroten, en mogelijk daarmee de vraag in de regio verhogen.

Bijlage D: 1. Context regio Nijmegen en Rivierenland

- De eerste tabel op deze pagina geeft inzicht in het aantal inwoners van de zorgkantorregio's, het aantal gemeente en een benadering van de mate van stedelijkheid (onderscheid naar grote, middelgrote en kleine gemeenten).
- De tweede tabel geeft inzicht in een aantal karakteristieken die een belangrijke input vormen voor het sociaal-maatschappelijke klimaat. De populatie waar deze percentages betrekking op hebben (noemer), is de totale populatie en niet sec mensen met psychische problematiek.



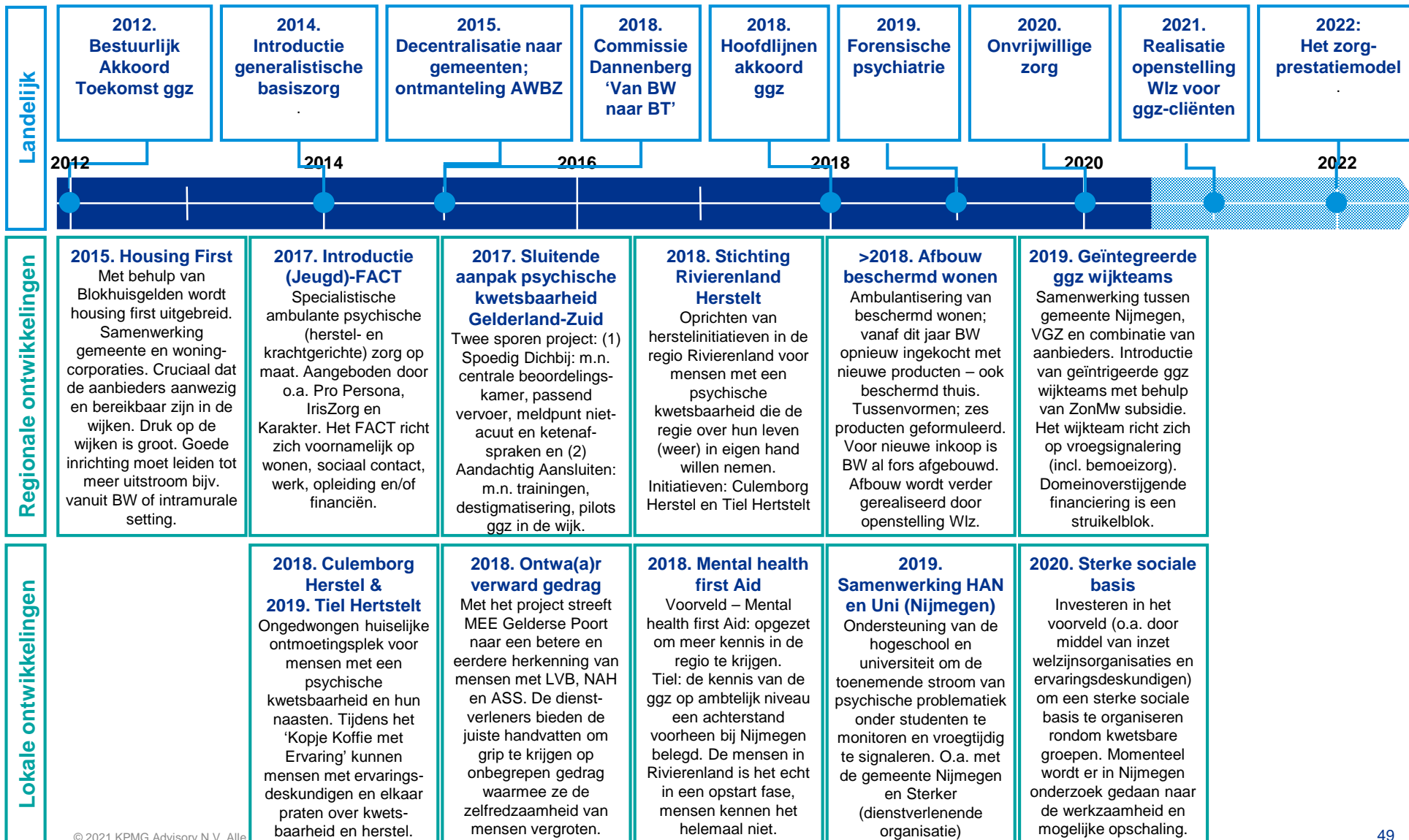
	Aantal inwoners per zorgkantorregio	Totaal aantal gemeentes per zorgkantorregio	Aantal centrumgemeente per zorgkantorregio	Waarvan # aantal Grote gemeente*	Waarvan # aantal Middelgrote gemeente*	Waarvan # aantal Kleine gemeente*
Zorgkantorregio Nijmegen&RL¹	532.456	14	1	1	1	12
<i>Gemiddelde per zorgkantorregio</i>	543.992	11	1	1	2	8
Vershil	-11.536	+3	-0	0	-1	+4



	Gewogen gemiddelde werkloosheidspercentage [%] [2019] ²	Gewogen gemiddelde besteedbaar inkomen per huishouden [x €1.000] [2017] ²	Gewogen gemiddelde eenzaamheid [%] [2016] ³	Gewogen gemiddelde mantelzorgverleners zwaar belast [%] [2016] ³
Zorgkantorregio Nijmegen&RL	3,2%	42	41,9%	12,4%
<i>Gemiddelde Nederland</i>	3,4%	43	42,9%	13,6%
Vershil	-0,2%	-0	-1,1%	-1,1%

Bron: (1) CBS voorlopige bevolkingsaantallen1-1-2020, (2) CBS MSD WMO, (3) Gezondheidsmonitor volwassenen (en ouderen), GGD'en, CBS en RIVM
 Toelichting: *Schaal: Groot: >100.000 inwoners, Middelgroot: >50.000 en <100.000 inwoners, Klein: <50.000 inwoners

Bijlage D: 2. Inzicht in de regionale en lokale ontwikkelingen van extramuralisering regio Nijmegen en Rivierenland



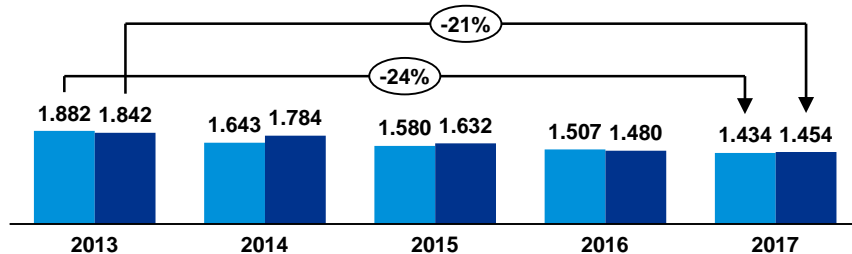
Bijlage D: 3. Een afbouw van de intramurale verblijfsdagen S-ggz en daarmee een verschuiving van zorg en ondersteuning naar ambulant en in de wijk



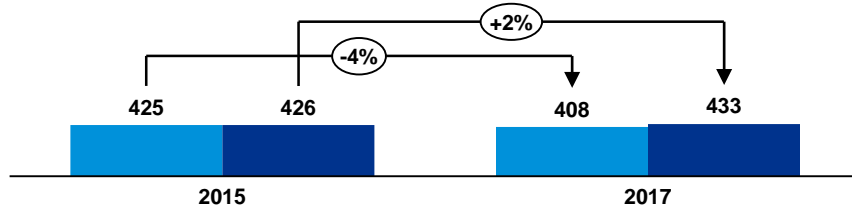
EERSTE INZICHT IN OMVANG EXTRAMURALISERINGSOPGAVE*

■ Gemiddelde Nederland ■ Zorgkantoorregio Nijmegen en Rivierenland

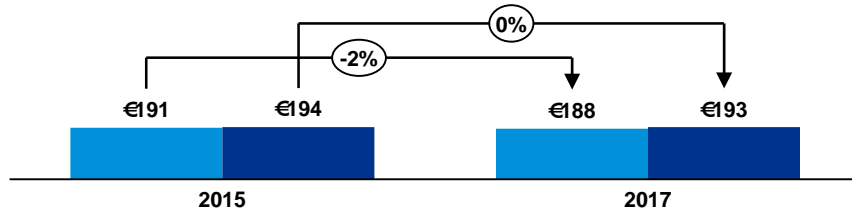
De zorgkantoorregio bouwt de intramurale verblijfsdagen S-ggz minder snel af dan het NL gemiddelde ^{1*}



Het gewogen gemiddelde ggz zorggebruik in de regio is gestegen in tegenstelling tot het NL gewogen gemiddelde dat is gedaald ²

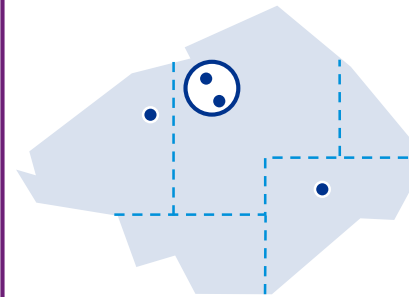


De gewogen gemiddelde Zvw-ggz kosten per 10.000 verzekerden in de regio is gedaald, maar licht hoger dan het NL gewogen gemiddelde ²



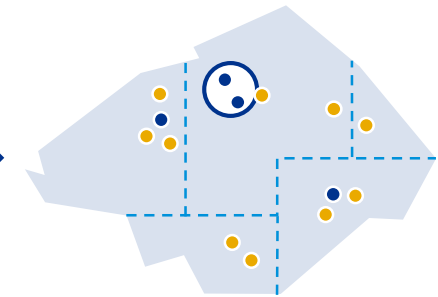
EERSTE INZICHT IN VORMGEVING EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

VOOR 2012



A. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in een regio voor 2012

HUIDIG



B. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in 2020. Zie volgende pagina voor de wijze waarop er invulling wordt gegeven aan de verschillende functies.

EERSTE INZICHT IN DE REGIONALE EN LOKALE EFFECTEN EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

- Regionale inrichting voor acute zorg bijv. door Spoedig Dichtbij.
- Toename van het regionale ambulante aanbod psychische zorg door o.a. de oprichting specialistische (FACT teams en geïntegreerde ggz wijkteams)
- BW maakt plaats voor beschermd thuis (zes tussenvormen)
- Lokale herstelinitiatieven in de regio voor mensen met een psychische kwetsbaarheid: Culemborg- en Tiel Hertstelt
- Lokale kennis- en bewustzijn initiatieven rondom de doelgroep voor inwoners en professionals bijv. door trainingsaanbod Mental health first Aid en Aandachtig Aansluiten

Bron: (1) Vektis - Inzicht in verblijfsdagen in de ggz-zorg, (2) Vektis - Zorggebruikers
 *Gelimiteerd: openbare data eerdere jaren ontbreekt, dit kan een vertekend beeld geven
 © 2021 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

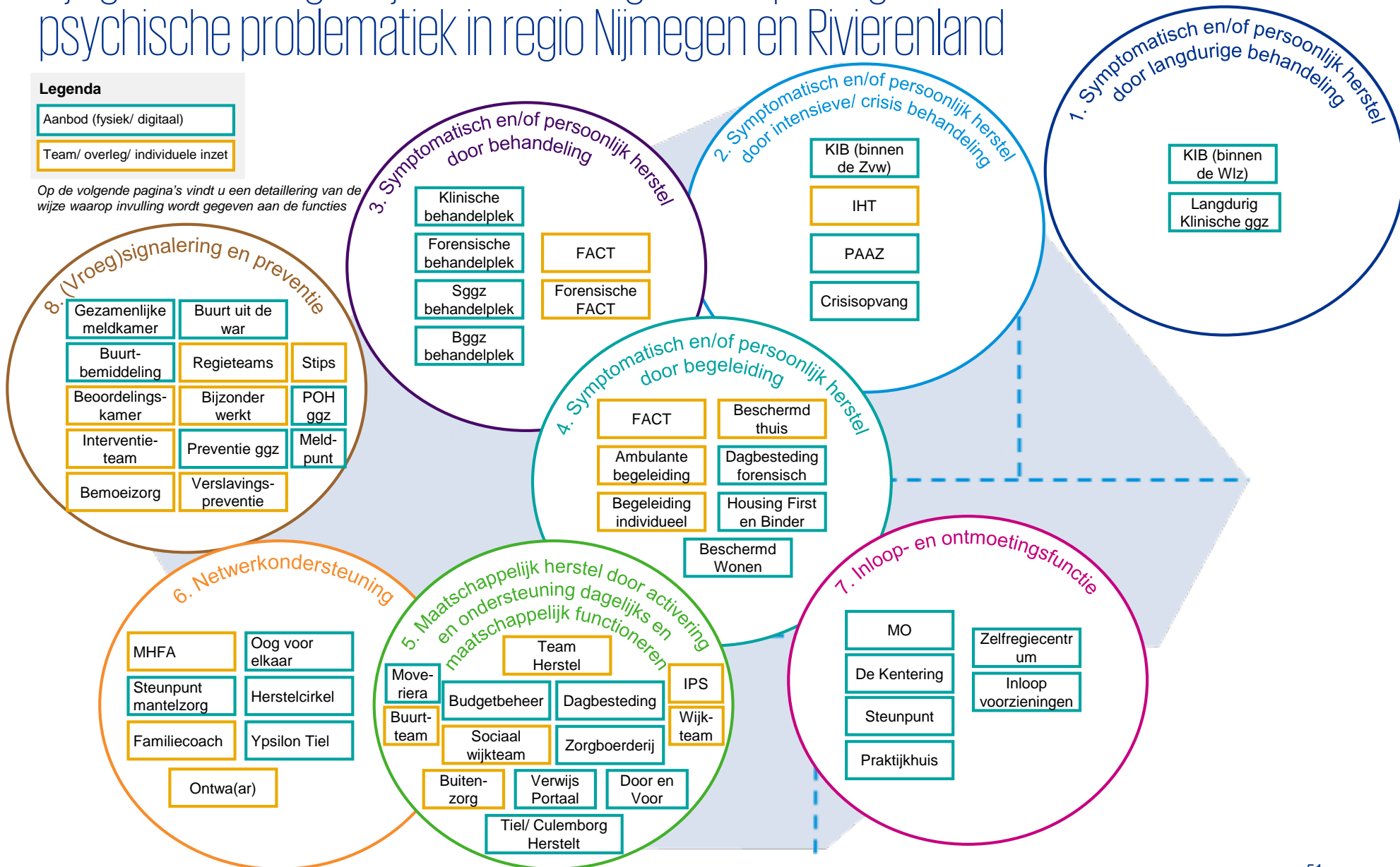
Bijlage D: 4. Huidige wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Nijmegen en Rivierenland

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Op de volgende pagina's vindt u een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de functies



Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Nijmegen en Rivierenland

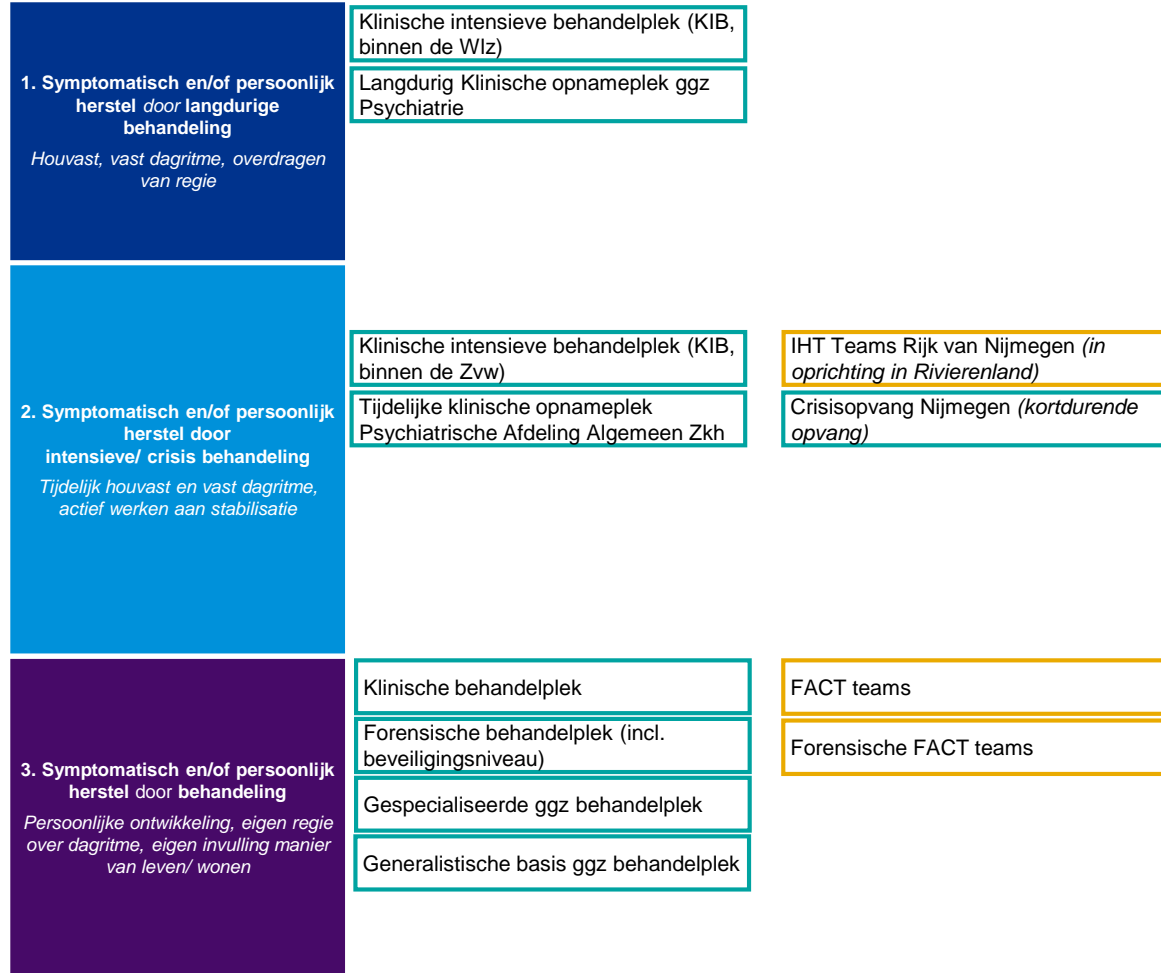
Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Nijmegen en Rivierenland

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Funcities* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]

4. Symptomatisch en/of persoonlijk herstel door begeleiding

Persoonlijke ontwikkeling, eigen regie over dagritme en zorg/ ondersteuning, eigen invulling leven/ wonen

Beschermd Wonen (*meerdere vormen waaronder ook voor forensische doelgroep*)

FACT teams

Individuele en groepsbegeleiding (*incl. dagbesteding*) (o.a. Nijmegen)

Dagbesteding forensische doelgroep

Housing First en Binder (*Magic Mix*) (Nijmegen)

Begeleiding individueel Wmo basis. PGB (o.a. Culemborg)

Beschermd thuis

Ambulante begeleiding forensische doelgroep

5. Maatschappelijk herstel door activering en ondersteuning dagelijks en maatschappelijk functioneren

Een dagelijkse structuur om op te kunnen leunen/ bouwen (middels zinvolle daginvulling), hulp in eigen omgeving, ertoe doen

Moveriera Gelderland Nijmegen (*training, hulpverlening en opvang*)

Budgetbeheer Rivierenland en Nijmegen (Iriszorg)

Team Herstel RIBW Nijmegen & Rivierenland

Dagbesteding

Tiel/ Culemborg Herstelt

Door en Voor (*cursus en voorlichting gericht op herstel en zelfregie*)

Zorgboerderij (*begeleiding, ondersteuning, respitzorg en dagbesteding*)

IPS (*specifieke re-integratietrajecten voor mensen met ggz*) (o.a. Nijmegen)

Verwijs Portaal (*vergelijkbaar met sociale wijkteams*) (Tiel)

Buitenzorg (huisartsenzorg voor dak- en thuislozen) (o.a. Nijmegen)

Sociaal wijkteam

Wijkteam (*indicatie en ambulante begeleiding*) (o.a. Nijmegen)

Buurtteam (*Brede Basis Teams*) (o.a. Nijmegen)

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Nijmegen en Rivierenland

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]

<p>6. Netwerkondersteuning <i>Veilige optie om op terug te vallen als het even niet meer lukt, weer sterk en zelfstandig worden</i></p>	Oog voor elkaar (<i>Regionale Sociale inclusiecampagne</i>)	Mental Health First Aid	Herstelcirkel Psychische Kracht (<i>Nijmegen-Noord</i>)
		Steunpunt mantelzorg (<i>niet specifiek voor ggz</i>)	
		Familiecoach	
		Ypsilon Tiel (<i>verenigt en ondersteunt familieleden en naasten</i>)	
<p>7. Inloop- en ontmoetingsfunctie <i>Aanspraak en het maken van een praatje, menselijk contact (naar behoefte), gezien worden, veilige plaats om naartoe te gaan</i></p>		Ontwa(ar) verward gedrag (<i>MEE Gelderse Poort</i>)	
		Maatschappelijke opvang	Zelfregiecentrum Nijmegen (<i>coaching, training en ontmoeting</i>)
		De Kentering (<i>cursussen, lotgenoten- en supportgroepen etc.</i>)	Kleinschalige inloopvoorzieningen (<i>o.a. Nijmegen</i>)
		Steunpunt Stemmen Horen (<i>Bureau Herstel RIBW cursusaanbod</i>)	
<p>8. (Vroeg)signalering en preventie <i>Eigen huis of verblijfsplaats, zelfstandig leven, mogelijkheid tot het krijgen van laagdrempelige hulp/ ondersteuning</i></p>	Praktijkhuis Ixta Noa (<i>ED en bijdrage aan positieve gezondheid.</i>)		
	Gezamenlijke meldkamer Arnhem - Nijmegen	Meldpunt Bijzondere Zorg (<i>Rijk van Nijmegen</i>)	Buurt uit de war
	POH ggz	Regieteams (opschaling vanuit wijkteams) (<i>o.a. Nijmegen</i>)	Buurtbemiddeling
	Beoordelingskamer (<i>ProPersona</i>)	Stips (<i>informatie en adviesteam</i>) (<i>o.a. Nijmegen</i>)	Vroegsignalering schulden en Financieel expert in de wijk (<i>Nijmegen</i>)
	Multidisciplinaire/ outreachend Interventieteam (<i>Nijmegen</i>)	Preventie ggz (<i>Indigo</i>) (<i>voorlichting en online cursussen</i>)	Bijzonder werkt (<i>vrijwilligerswerk voor o.a. mensen met PP</i>) (<i>Nijmegen</i>)
Bemoeizorg	Verslavingspreventie (<i>IrisZorg</i>)		

Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal




Bijlage D: Startfoto regio Utrecht

Bijlage D: 1. Context regio Utrecht

Introductie en leeswijzer

- Dit is de startfoto van de regio Utrecht. Deze bestaat uit 1) de context; 2) inzicht in regionale en lokale ontwikkelingen, 3) inzicht in de extramuralisering in de regio, 4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en 5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies.
- Functies helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod, maar helpen daarnaast ook voor gezamenlijke taal en normering op structuur (kwalitatief en waardegedreven kijken welke functies geborgd moeten zijn in een specifieke regio).

DEELNEMERS STARTFOTO	Voor de totstandkoming van de startfoto van zorgkantoorregio Utrecht is gesproken met de volgende mensen:		AANBIEDERSVELD
	Deelnemers zorgkantoorregio Utrecht		
	Naam organisatie	Naam deelnemer	
	Gemeente Utrecht	Marga Vink	
	Gemeente Zeist	Robbert Moorman	
	Lister	Jan Berndsen	
	Gemeente Nieuwegein	Lilian Petter	
	Gemeente Amersfoort	Arieke van Andel	
Altrecht	Gerard de Valk	Utrecht is één van de regio's met het grootste aantal aanbieders. Tijdens de gesprekken wordt aangegeven dat in vergelijking met de andere G4-regio's er in Utrecht meer een cultuur van samenwerken tussen de aanbieders is. Hieronder een eerste inzicht in de verschillende ggz zorg en ondersteuning aanbieders:	
Zilveren Kruis	Marieke Boele van Hensbroek	<ul style="list-style-type: none"> — Altrecht — ggz Centraal — Kwintes — Lister — Dokter Bosman — HSK — Mentaal Beter — PsyQ — Max Ernst — PsyMens — Arkin (Jellinek) — Indigo — Wij3.0 — Van der Hoeven kliniek — Fivoor — .. 	
			

ALGEMEEN	— Zorgkantoorregio Utrecht bestaat uit twee subregio's: Utrecht (met Utrecht als centrumgemeente, ook wel U16) en Eemland (met Amersfoort als centrumgemeente);
	— Zorgkantoorregio Utrecht bestaat uit vijf Wmo-regio's: Zuid-Oost Utrecht, Amersfoort/Eemland, Utrecht stad, Utrecht West en Utrecht Lekstroom;
	— Inwoners van de zorgkantoorregio Utrecht zijn naar verhouding minder eenzaam en hebben een hoger besteedbaar inkomen dan het Nederlands gemiddelde;
	— Utrecht stad heeft veel studenten en hoge bevolkingsdichtheid; de grootstedelijkheid van Utrecht stad trekt veel mensen met psychische problematiek aan;
	— Het gemiddeld hogere ggz zorggebruik is (deels) historisch te verklaren. In Utrecht stonden relatief veel intramurale instellingen. Na het afbouwen van de intramurale capaciteit zijn mensen uitgestroomd naar de wijken in de regio;
	— Een deel van de specialistische ggz (zoals voor mensen met eetstoornissen) heeft een landelijke functie. Het bereik/ de schaal van voorzieningen is van belang voor de interpretatie van zaken als wachttijden en -lijsten.

Bijlage D: 1. Context regio Utrecht

- De eerste tabel op deze pagina geeft inzicht in het aantal inwoners van de zorgkantorregio's, het aantal gemeente en een benadering van de mate van stedelijkheid (onderscheid naar grote, middelgrote en kleine gemeenten).
- De tweede tabel geeft inzicht in een aantal karakteristieken die een belangrijke input vormen voor het sociaal-maatschappelijke klimaat. De populatie waar deze percentages betrekking op hebben (noemer), is de totale populatie en niet sec mensen met psychische problematiek.



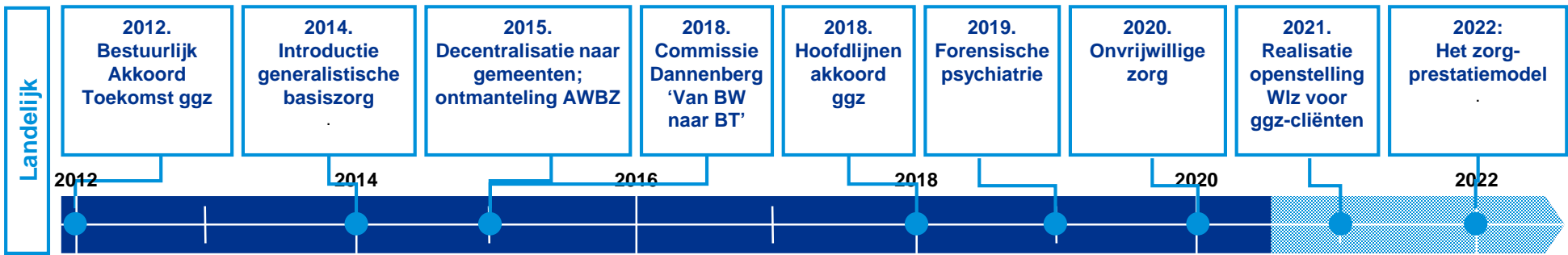
	Aantal inwoners per zorgkantorregio	Totaal aantal gemeentes per zorgkantorregio	Aantal centrumgemeente per zorgkantorregio	Waarvan # aantal Grote gemeente*	Waarvan # aantal Middelgrote gemeente*	Waarvan # aantal Kleine gemeente*
Zorgkantorregio Utrecht¹	1.331.955	25	2	2	6	17
<i>Gemiddelde per zorgkantorregio</i>	<i>543.992</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>8</i>
Vershil	+ 787.963	+ 14	+ 1	+ 1	+ 4	+ 9



	Gewogen gemiddelde werkloosheidspercentage [%] [2019] ²	Gewogen gemiddelde besteedbaar inkomen per huishouden [x €1.000] [2017] ²	Gewogen gemiddelde eenzaamheid [%] [2016] ³	Gewogen gemiddelde mantelzorgverleners zwaar belast [%] [2016] ³
Zorgkantorregio Utrecht	3,0%	47	40,6%	14,7%
<i>Gemiddelde Nederland</i>	<i>3,4%</i>	<i>43</i>	<i>42,9%</i>	<i>13,6%</i>
Vershil	- 0,4%	+ 4	- 2,3%	+ 1,1%

Bron: (1) CBS voorlopige bevolkingsaantallen1-1-2020, (2) CBS MSD WMO, (3) Gezondheidsmonitor volwassenen (en ouderen), GGD'en, CBS en RIVM
 Toelichting: *Schaal: Groot: >100.000 inwoners, Middelgroot: >50.000 en <100.000 inwoners, Klein: <50.000 inwoners

Bijlage D: 2. Inzicht in de regionale en lokale ontwikkelingen van extramuralisering regio Utrecht



Regionale ontwikkelingen	<p>2015. Werken in buurtteams (gestart in Utrecht stad) Introductie van integrale teams waarbij iedereen terecht kan met vragen over zorg en ondersteuning (bv. wonen/ verslaving/ geld). Bieden professionele en concrete hulp, ook verwijzing richting specialistische hulp.</p>	<p>2016. Introductie gebiedsteams Introductie van integrale teams waarbij rehabilitatie, crisiszorg, behandeling en hulp bij herstel geboden wordt vanuit één team. F-ACT, ACT en bemoeizorg zijn hiermee samengebracht in één integraal team.</p>	<p>2016. Opschaling herstelacademies Uitbreiding van het aantal herstelacademies vanuit de gedachte van Enik recovery college. Cliënten worden tijdig gewezen op voorziening, bijvoorbeeld op het moment dat zij gebruikmaken van beschermd wonen.</p>	<p>2018. Introductie product 'Gewoon thuis' Vorm van 'Beschermd thuis'; biedt 24/7 begeleiding en maakt gebruik van beeldbellen en hulp op afstand. Wordt onder andere ingezet in de gemeente Amersfoort en Soest door Kwintes (aanbieder begeleiding en opvang).</p>	<p>2018. Pilot ketenveldnorm Dit project wordt vanuit de NL ggz ondersteund. Fivoor is regiehouder voor ketenveldnorm in o.a. Midden-Nederland. De pilot is erop gericht om passende zorg te bieden aan mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben.</p>	<p>2020. Leerwerkplaats BW en MO Leerwerkplaats voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang in samenwerking met Movisie en de Hoge school Utrecht. Doel: regiobreed (U16) goede voorbeelden en werkwijzen delen.</p>	<p>> 2020. Regionaal en lokaal verweven van forensische zorg met Zvw en Wmo, borgen van verslavingszorg voor de EPA doelgroep en borgen herstelgericht werken binnen Wlz na openstelling Nog geen concrete projecten opgesteld.</p>
	Lokale ontwikkelingen	<p>2015/ 2016. Pilot EPA in de wijk (o.a. Utrecht en Zeist) Pilot naar wat er nodig is voor goede samenwerking voor EPA. Resultaat pilot: elkaar leren kennen en gezamenlijk casuïstiek-overleg. Maar ook conclusie dat keuze over regie (wie?) nodig is om partners bij elkaar te brengen.</p>	<p>2015. Inloopvoorziening inspiratiehuis (o.a. Nieuwegein) Gericht op persoonlijke ontwikkeling, peer-to-peer support, ontmoeting en activering. Daarnaast bevorderen van de inzet van ED'en. Initiatief is in ontwikkeling. Vergroten van vindbaarheid en link met Enik recovery college.</p>	<p>2017. Inrichten van 'regiegroepen' psychische kwetsbaarheid (o.a. A'foort) Coördinatie van gezamenlijke, lokale aanpak voor mensen met psychische kwetsbaarheid. Doel: vanuit de verschillende domeinen domeinoverstijgend denken en handelen.</p>	<p>2018. Proeftuin doorontwikkeling gebiedsteams (o.a. Utrecht) Doorontwikkeling van de gebiedsteams (gecombineerde teams vanuit Altrecht en de gemeente). Daarin wordt ook gekeken hoe een deel van de poliklinische zorg via gebiedsteams geleverd kan worden.</p>	<p>2018 en verder. Vergroten van acceptatie in de wijk (o.a. Nieuwegein en A'foort) Meerdere initiatieven om acceptatie in de wijk te verhogen, zoals Mental Health First Aid, samen zonder stigma bijeenkomsten en trainen van vrijwilligers om maatje te worden van iemand met ggz-problematiek.</p>	<p>2020 en verder. Concretisering van vroegsignalerings-functie (o.a. Nieuwegein) In gesprek met de verschillende partijen (o.a. inwoners in de wijk, welzijnsinstellingen, ggz-aanbieders, informeel netwerk) om tijdig de juiste zorg en ondersteuning te kunnen leveren.</p>

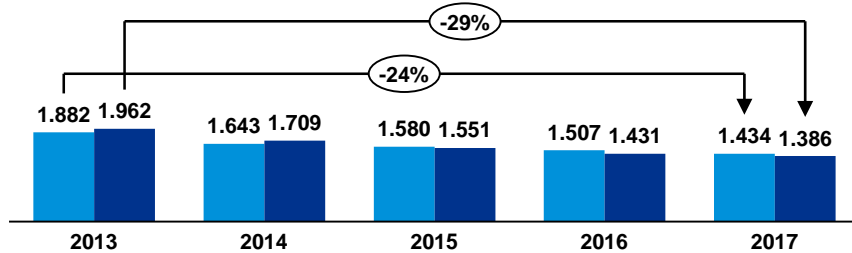
Bijlage D: 3. Een afbouw van de intramurale verblijfsdagen S-ggz en daarmee een verschuiving van zorg en ondersteuning naar ambulante en in de wijk



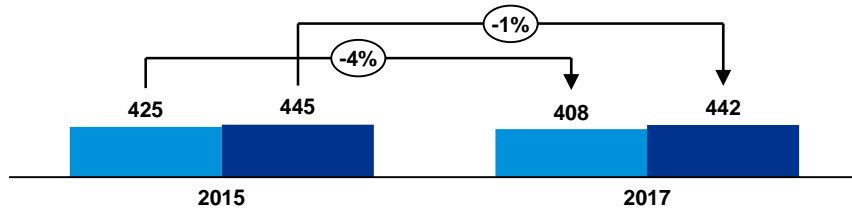
EERSTE INZICHT IN OMVANG EXTRAMURALISERINGSOPGAVE*

■ Gemiddelde Nederland ■ Zorgkantoorregio Utrecht

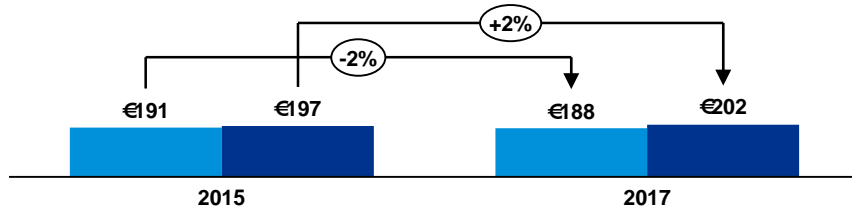
De zorgkantoorregio bouwt de intramurale verblijfsdagen S-ggz sneller af dan het NL gemiddelde ¹



Het gewogen gemiddelde ggz zorggebruik in de regio is gedaald, maar niet zo sterk als het NL gewogen gemiddelde ggz zorggebruik ²

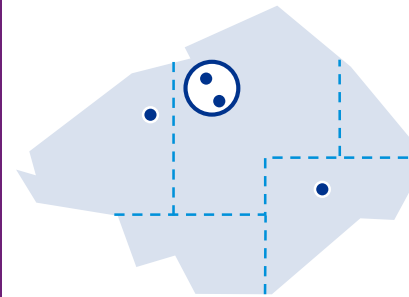


De gewogen gemiddelde Zvw-ggz kosten per 10.000 verzekerden in de regio is gestegen in tegenstelling tot het NL gewogen gemiddelde dat is gedaald²



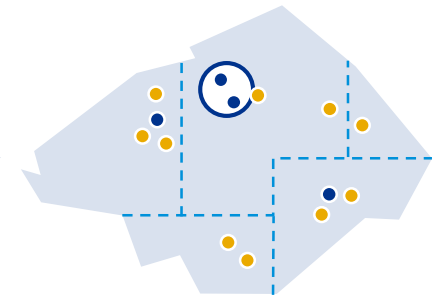
EERSTE INZICHT IN VORMGEVING EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

VOOR 2012



A. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in een regio voor 2012

HUIDIG



B. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in 2020. Zie volgende pagina voor de wijze waarop er invulling wordt gegeven aan de verschillende functies.

EERSTE INZICHT IN DE REGIONALE EN LOKALE EFFECTEN EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

- Ambulante (specialistische) behandeling en begeleiding in de wijk door o.a. de oprichting buurt-, gebieds- en wijkteams
- Domein- en specialisme overstijgende samenwerkingen (aanbieders, gemeenten, OM, politie etc.) bijv. Pilot Keten-veldnormen en EPA in de wijk
- Inzet op vroegsignalering om tijdig de juiste zorg en ondersteuning te bieden bijv. d.m.v. Bemoeizorg in gebiedsteams en inloop- en herstelhuizen
- Acceptatie in de wijken vergroten door trainings- en cursus aanbod rondom de doelgroep (bijv. MHFA)

Bron: (1) Vektis - Inzicht in verblijfsdagen in de ggz-zorg, (2) Vektis – Zorggebruikers
 *Gelimiteerd: openbare data eerdere jaren ontbreekt, dit kan een vertekend beeld geven
 © 2021 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

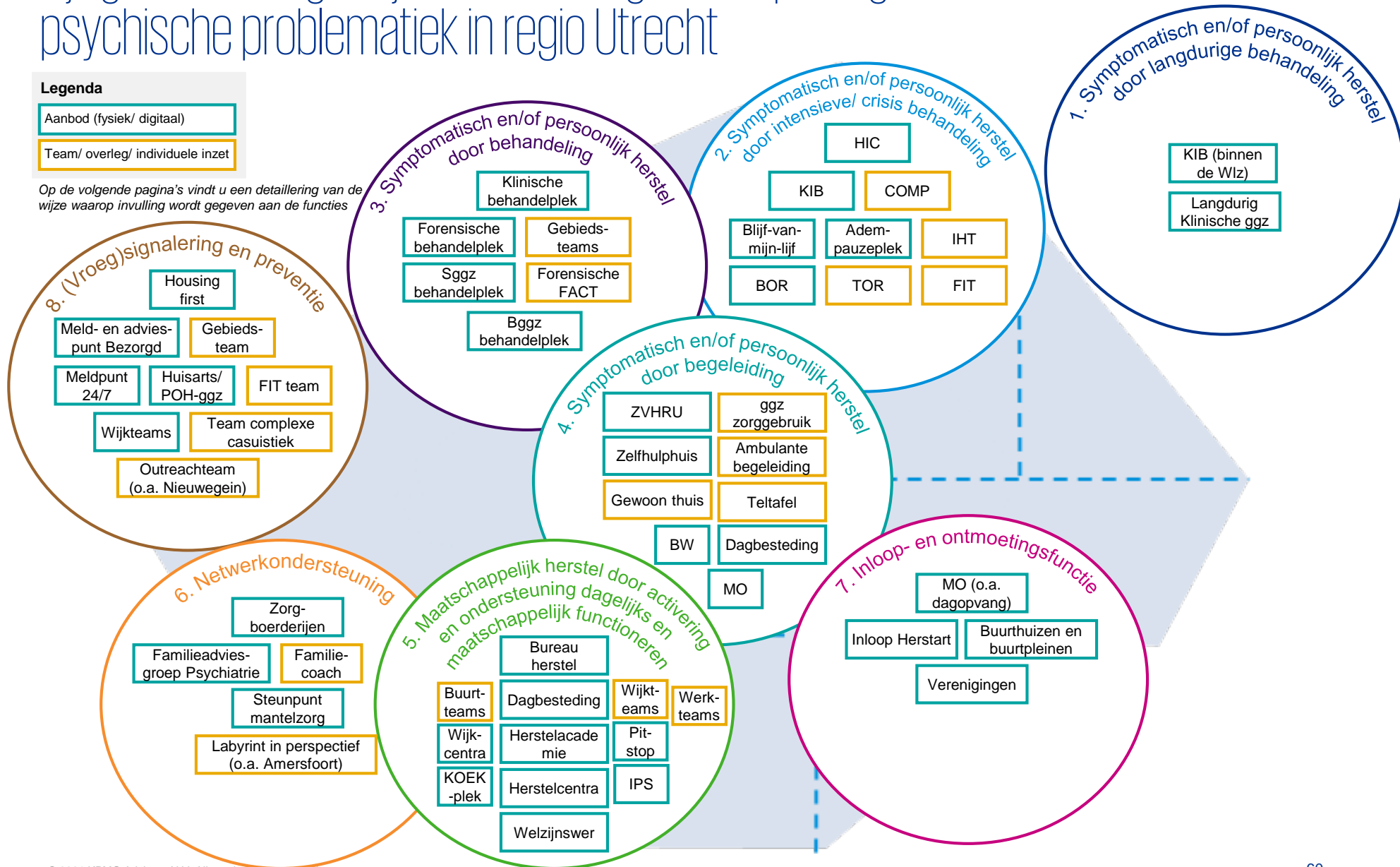
Bijlage D: 4. Huidige wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Utrecht

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Op de volgende pagina's vindt u een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de functies



Bijlage D: 5. Wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Utrecht

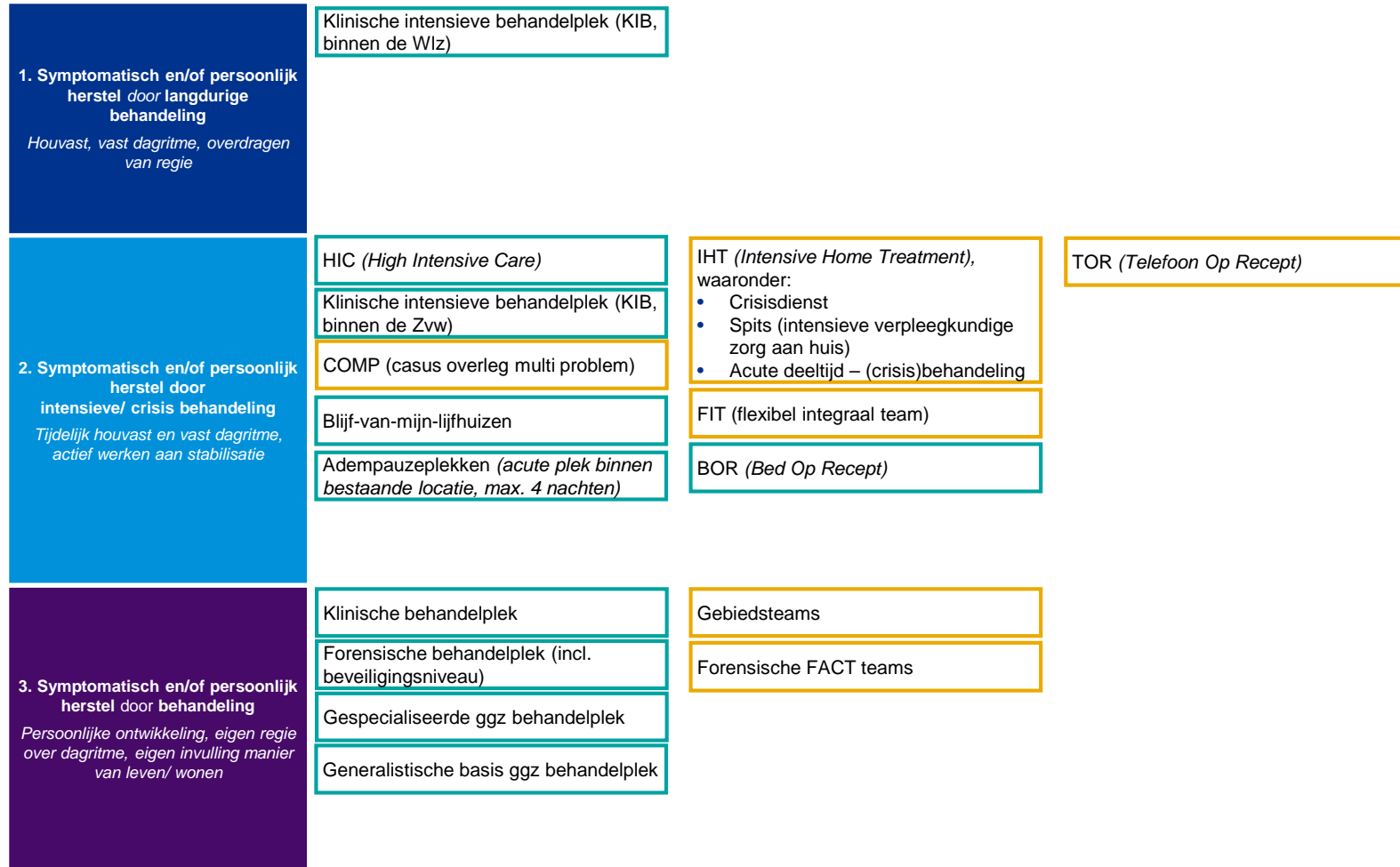
Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

Bijlage D: 5. Wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Utrecht

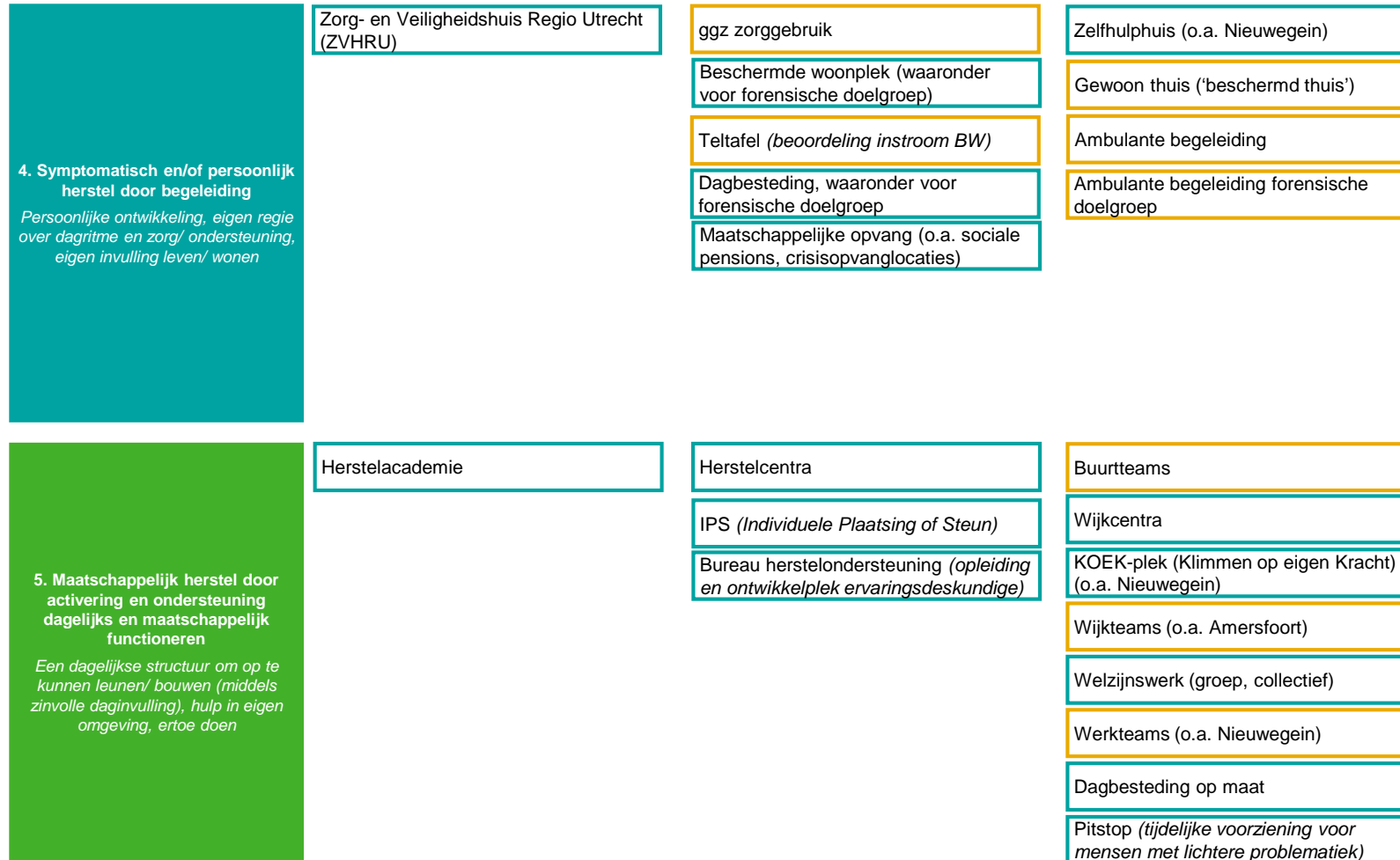
Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

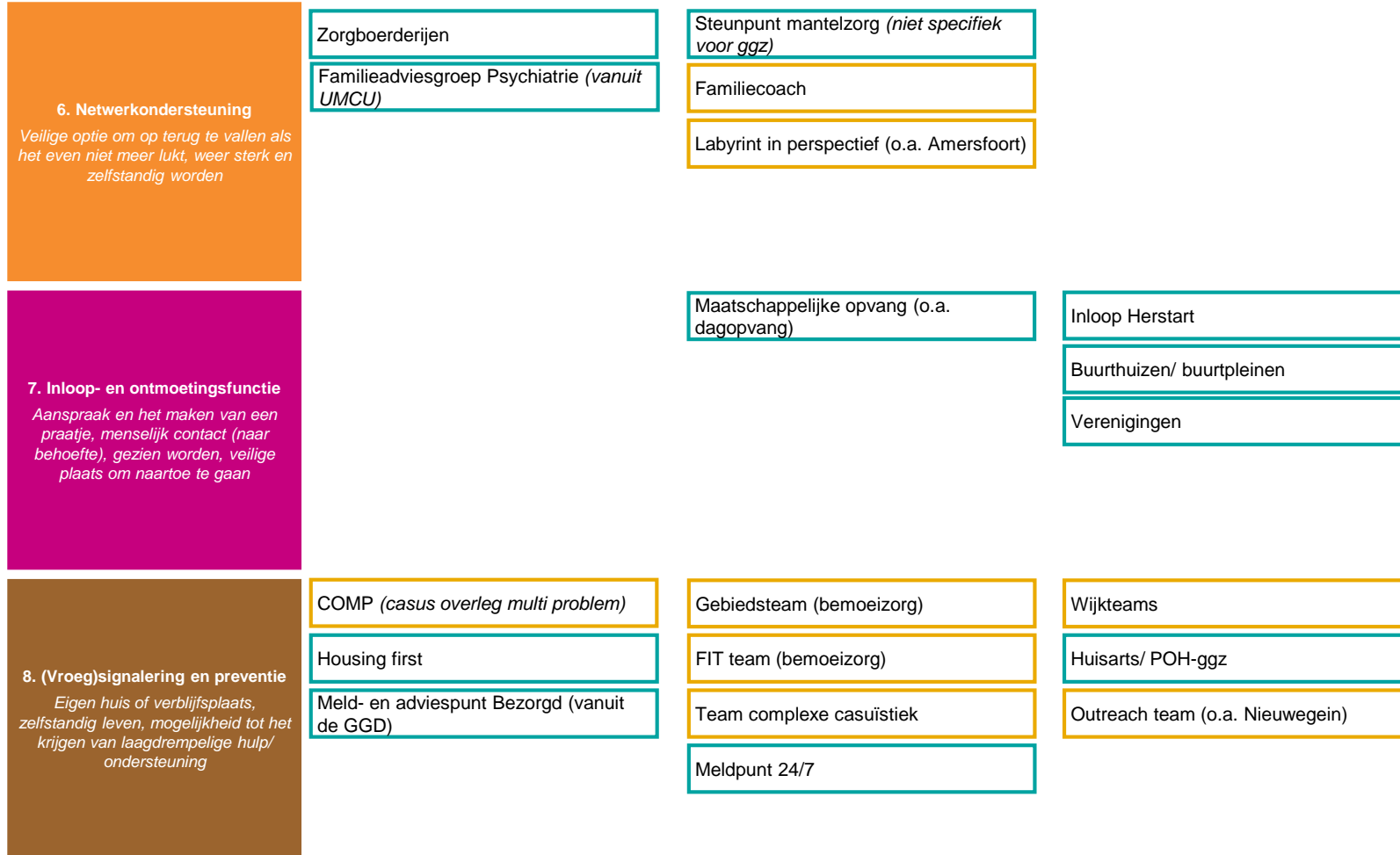
Bijlage D: 5. Wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Utrecht

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

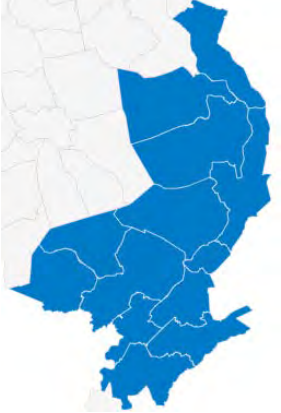
Lokaal

Bijlage D: Startfoto regio Noord- en Midden Limburg

Bijlage D: 1. Context regio Noord- en Midden Limburg

Introductie en leeswijzer

- Dit is de startfoto van de regio Noord- en Midden Limburg. Deze bestaat uit 1) de context; 2) inzicht in regionale en lokale ontwikkelingen, 3) inzicht in de extramuralisering in de regio, 4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en 5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies.
- Functies helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod, maar helpen daarnaast ook voor gezamenlijke taal en normering op structuur (kwalitatief en waardegedreven kijken welke functies geborgd moeten zijn in een specifieke regio).

DEELNEMERS STARTFOTO	Voor de totstandkoming van de startfoto van zorgkantoorregio Noord- en Midden Limburg is gesproken met de volgende mensen:		AANBIEDERSVELD
	Deelnemers zorgkantoorregio Noord- en Midden Limburg		
	Naam organisatie	Naam deelnemer	
	Gemeente Venray	Elleke Raedts	
	Gemeente Roermond	Daniëlle van Bilzen	
	Gemeente Weert	Saskia Doek en Merel Ghijsen	
	Gemeente Venlo	Mirjam Driessen en Tom Houben	
	MET ggz	Marina Rovers	
	Vincent van Gogh	Joyce Kleikers en Henk Verstappen	
	CZ	Nicole Smeets en Kai Hupkens	
VGZ	Desiree Drossaert en Rob Kox		
<p>Zorgkantoorregio NM-Limburg heeft twee preferente zorgaanbieders: MET ggz en Vincent van Gogh (VvG). VvG onderscheidt zich door de intramurale (klinische) ggz capaciteit binnen de zorgkantoorregio. MET ggz (fusie Riaggzuid en Mensana) levert van oudsher ambulante behandeling en begeleiding en BW. Hieronder een eerste inzicht in de verschillende ggz zorg en ondersteuning aanbieders:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> — MET ggz — Vincent van Gogh — Ruich — Laurentius zkn (PAAZ) — Moveoo 			
<ul style="list-style-type: none"> — Leger des Heils — Care-Plus — Inclusio — MEE — Synthese 			

ALGEMEEN	<ul style="list-style-type: none"> — Zorgkantoorregio Noord- en Midden-Limburg is vergelijkbaar met de gemiddelde zorgkantoorregio in aantal inwoners en gemeenten (zie tabel op volgende pagina); — Er bestaat een belangrijk onderscheid in subregio's: Noord Limburg (Beesel, Bergen (L), Horst aan de Maas, Peel en Maas, Venlo (centrumgemeente) en Venray) en Midden Limburg (Echt en Susteren, Leudal, Maasgouw, Nederweert, Roerdalen, Roermond en Weert); — De subregio's kenmerken zich door de preferente aanbieder per sub regio (MET ggz in Midden Limburg en Vincent van Gogh in Noord Limburg) én preferente zorgverzekeraar (CZ in Midden Limburg en VGZ in Noord Limburg). Het zorgkantoor valt onder VGZ; — Inwoners van de regio zijn naar verhouding eenzamer en hebben een lager besteedbaar inkomen dan het Nederlandse gemiddelde; — Het ggz zorggebruik en kosten liggen lager dan het Nederlandse gemiddelde. In de gesprekken wordt aangegeven dat dit mogelijk te verklaren is door de het investeren in netwerken, kennis en expertise delen aan de voorkant en door de inzet van innovatieve zorgconcepten. — Vincent van Gogh heeft in de afgelopen jaren veel klinische capaciteit afgebouwd. Hierdoor loopt de regio voorop in de afbouw van intramurale verblijfsdagen S-ggz.
----------	--

Bijlage D: 1. Context regio Noord- en Midden Limburg

- De eerste tabel op deze pagina geeft inzicht in het aantal inwoners van de zorgkantoorregio's, het aantal gemeente en een benadering van de mate van stedelijkheid (onderscheid naar grote, middelgrote en kleine gemeenten).
- De tweede tabel geeft inzicht in een aantal karakteristieken die een belangrijke input vormen voor het sociaal-maatschappelijke klimaat. De populatie waar deze percentages betrekking op hebben (noemer), is de totale populatie en niet sec mensen met psychische problematiek.



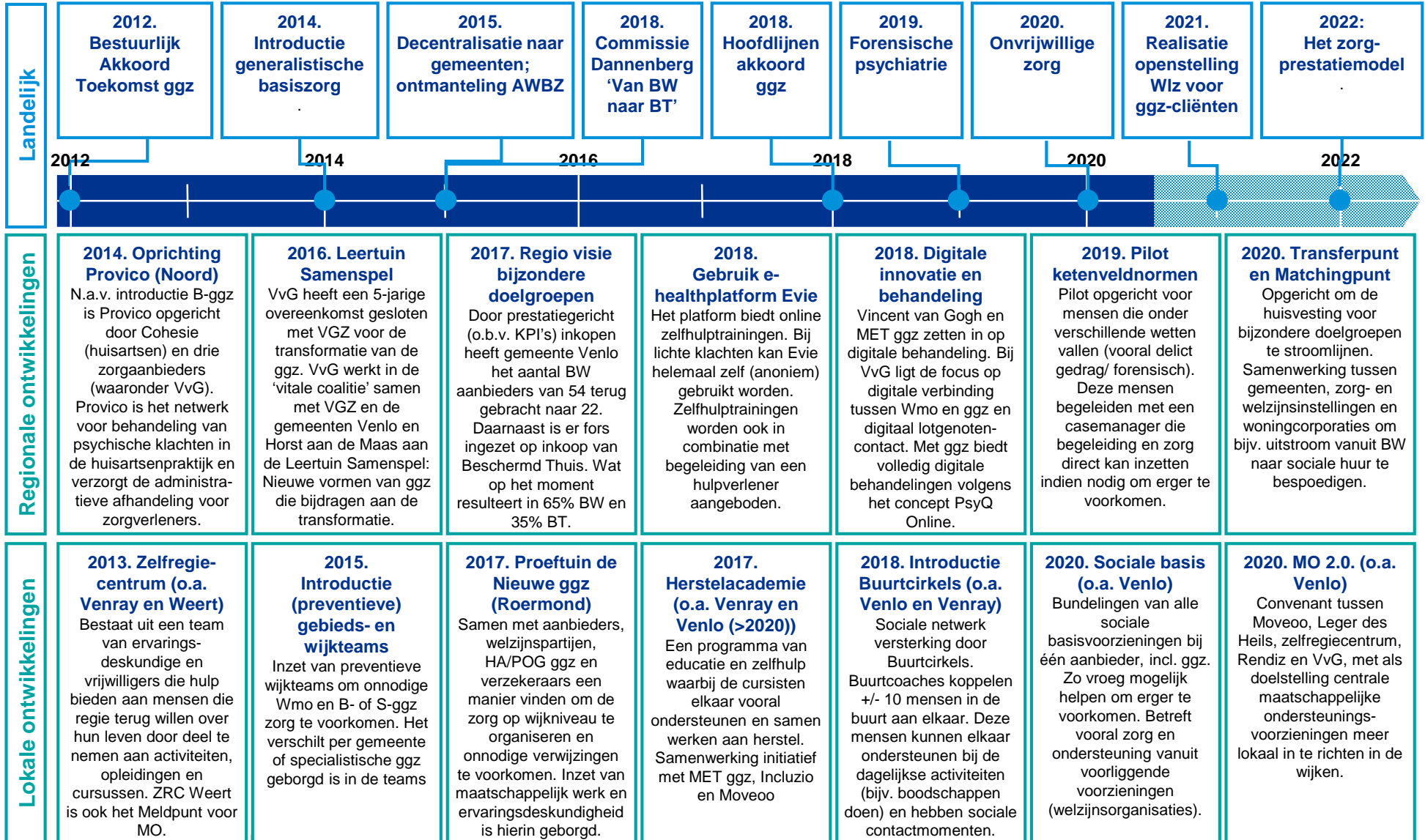
	Aantal inwoners per zorgkantoorregio	Totaal aantal gemeentes per zorgkantoorregio	Aantal centrumgemeente per zorgkantoorregio	Waarvan # aantal Grote gemeente*	Waarvan # aantal Middelgrote gemeente*	Waarvan # aantal Kleine gemeente*
Zorgkantoorregio NM-Limburg	495.249	13	1	1	2	10
<i>Gemiddelde per zorgkantoorregio</i>	543.992	11	1	1	2	8
Vershil	-48.743	+2	-0	0	+0	+2



	Gewogen gemiddelde werkloosheidspercentage [%] [2019] ²	Gewogen gemiddelde besteedbaar inkomen per huishouden [x €1.000] [2017] ²	Gewogen gemiddelde eenzaamheid [%] [2016] ³	Gewogen gemiddelde mantelzorgverleners zwaar belast [%] [2016] ³
Zorgkantoorregio NM-Limburg	2,9%	42	44,7%	12,4%
<i>Gemiddelde Nederland</i>	3,4%	43	42,9%	13,6%
Vershil	-0,5%	-1	1,8%	-1,1%

Bron: (1) CBS voorlopige bevolkingsaantallen1-1-2020, (2) CBS MSD WMO, (3) Gezondheidsmonitor volwassenen (en ouderen), GGD'en, CBS en RIVM
 Toelichting: *Schaal: Groot: >100.000 inwoners, Middelgroot: >50.000 en <100.000 inwoners, Klein: <50.000 inwoners

Bijlage D: 2. Inzicht in de regionale en lokale ontwikkelingen van extramuralisering regio Noord- en Midden Limburg



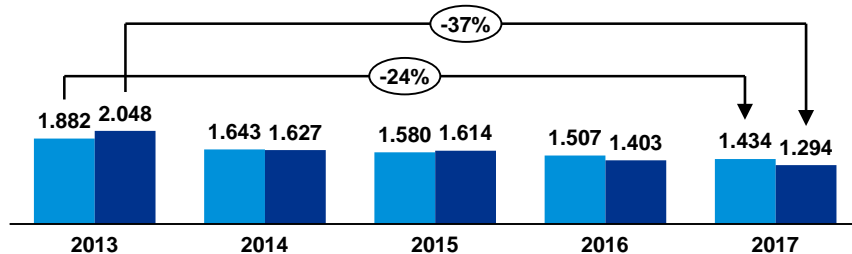
Bijlage D: 3. Een afbouw van de intramurale verblijfsdagen S-ggz en daarmee een verschuiving van zorg en ondersteuning naar ambulant en in de wijk



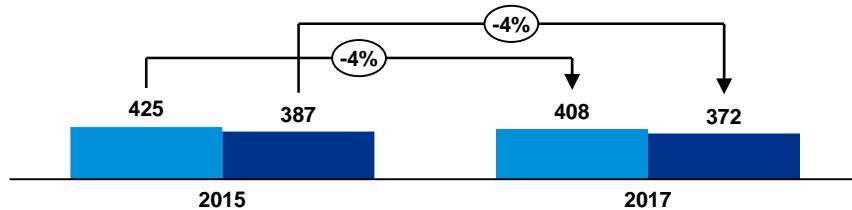
EERSTE INZICHT IN OMVANG EXTRAMURALISERINGSOPGAVE*

■ Gemiddelde Nederland ■ Zorgkantoorregio Noord- en Midden-Limburg

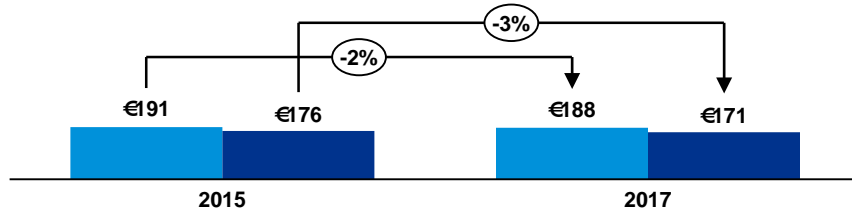
De zorgkantoorregio bouwt de intramurale verblijfsdagen S-ggz sneller af dan het NL gemiddelde ¹



Het gewogen gemiddelde ggz zorggebruik in de regio laat een vergelijkbare daling zien met het NL gewogen gemiddelde maar licht wel lager ²

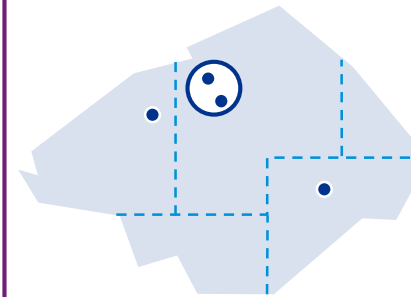


De gewogen gemiddelde Zvw-ggz kosten per 10.000 verzekerden in de regio licht lager en is sterker gedaald dan het NL gewogen gemiddelde ²



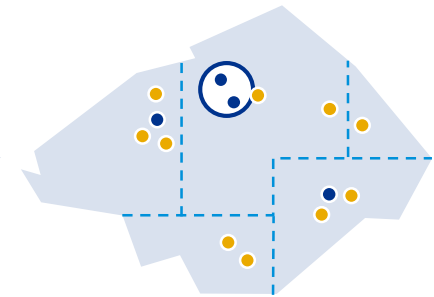
EERSTE INZICHT IN VORMGEVING EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

VOOR 2012



A. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in een regio voor 2012

HUIDIG



B. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in 2020. Zie volgende pagina voor de wijze waarop er invulling wordt gegeven aan de verschillende functies.

EERSTE INZICHT IN DE REGIONALE EN LOKALE EFFECTEN EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

- **Oprichting (preventieve) gebieds- en wijkteams** om onnodige ggz zorg te voorkomen; vroegsignalering.
- **Ontwikkelen van nieuwe vormen van ggz in de wijk** door samen te werken, bijv. Leertuin Samenspel en Proeftuin Nieuwe ggz.
- **Prestatiegericht inkoopbeleid voor BW** (helpt minder aanbieders) en meer inkoop **BT**
- **Sociale basis op orde** door net-werk versterking (bijv. buurtcirkels), om erger te voorkomen.
- **Inzetten op digitale innovatie** om verbinding tussen Wmo en ggz te realiseren; behandeling, zelfhulp-trainingen etc. (bijv. Evie Platform)

Bron: (1) Vektis - Inzicht in verblijfsdagen in de ggz-zorg, (2) Vektis – Zorggebruikers
 *Gelimiteerd: openbare data eerdere jaren ontbreekt, dit kan een vertekend beeld geven
 © 2021 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

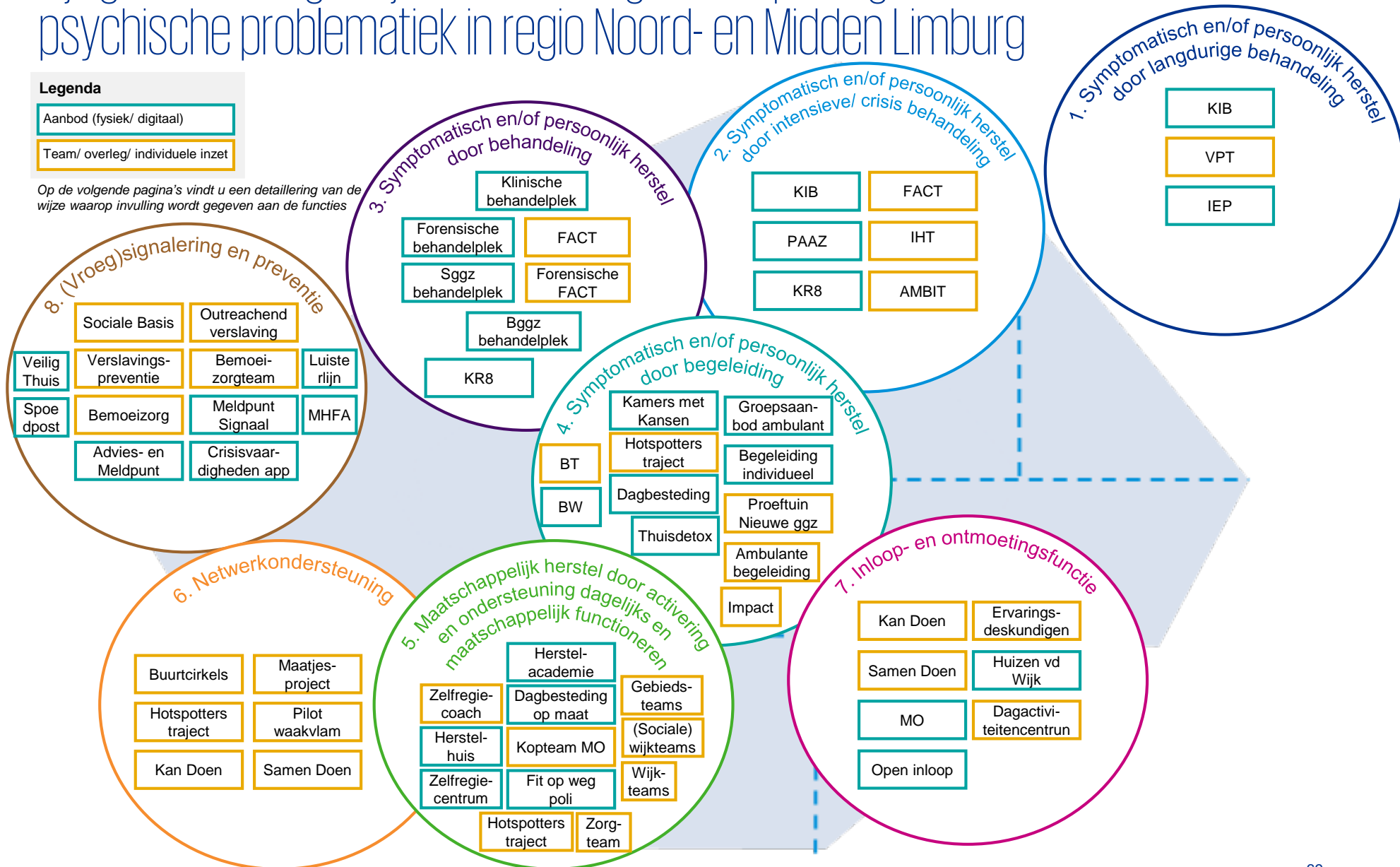
Bijlage D: 4. Huidige wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Noord- en Midden Limburg

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Op de volgende pagina's vindt u een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de functies



Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Noord- en Midden Limburg

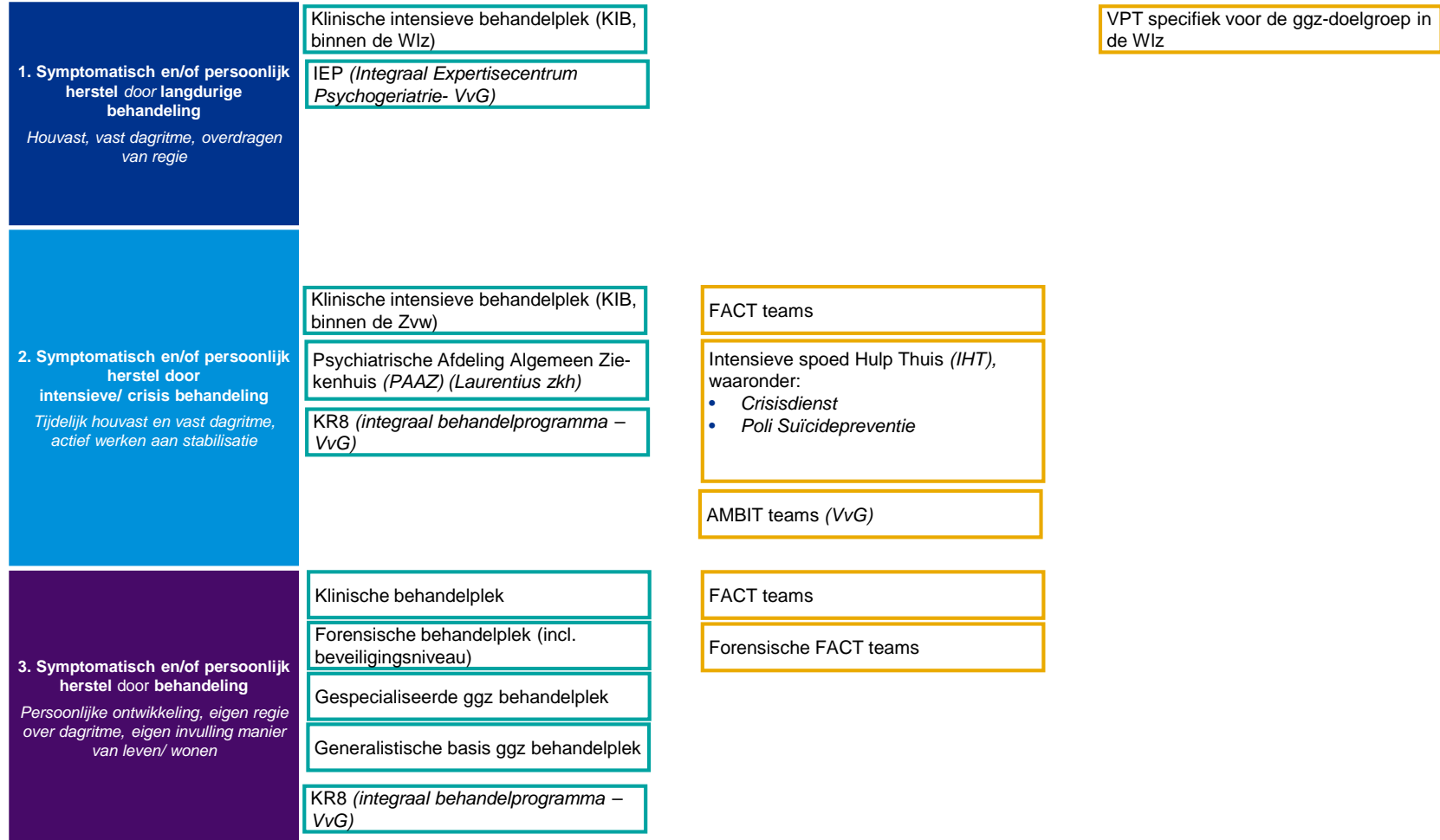
Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Noord- en Midden Limburg

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]

4. Symptomatisch en/of persoonlijk herstel door begeleiding

Persoonlijke ontwikkeling, eigen regie over dagritme en zorg/ ondersteuning, eigen invulling leven/ wonen

- Kamers met Kansen (o.a. Venray, Weert en Venlo)
- Beschermde woonplek (waaronder voor forensische doelgroep)
- Hotspotters traject
- Dagbesteding, waaronder voor forensische doelgroep
- Thuisdetox (behandeling in de eigen omgeving- VvG)
- Impact (Integrated Mobile Professionals in Addiction and Comorbidities Team)

- Groepsaanbod ambulant (maatwerk)
- Begeleiding individueel
- Proeftuin de Nieuwe ggz
- Beschermd thuis
- Ambulante begeleiding
- Ambulante begeleiding forensische doelgroep

5. Maatschappelijk herstel door activering en ondersteuning dagelijks en maatschappelijk functioneren

Een dagelijkse structuur om op te kunnen leunen/ bouwen (middels zinvolle daginvulling), hulp in eigen omgeving, ertoe doen

- Herstelacademie (o.a. Venlo en Venray)

- Herstelhuis (team met ED incl. overnachting) (o.a. Weert en Venray)
- Zelfregiecentrum (Weert) (o.a. inloopfunctie)
- Dagbesteding op maat
- Gebiedsteams (o.a. Roermond)
- Zelfregiecoach (VvG)
- Fit op weg poli (VvG)
- Hotspotters traject

- Zorgteam (o.a. Roermond)
- Wijkteams (o.a. Venray)
- Kopteam Maatschappelijke ondersteuning (Horst aan de Maas)
- (Sociale) wijkteams (o.a. Venlo)

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Noord- en Midden Limburg

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Funcities* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]

6. Netwerkkondersteuning
Veilige optie om op terug te vallen als het even niet meer lukt, weer sterk en zelfstandig worden

7. Inloop- en ontmoetingsfunctie
Aanspraak en het maken van een praatje, menselijk contact (naar behoefte), gezien worden, veilige plaats om naartoe te gaan

8. (Vroeg)signalering en preventie
Eigen huis of verblijfsplaats, zelfstandig leven, mogelijkheid tot het krijgen van laagdrempelige hulp/ ondersteuning

Buurtcirkels

Hotspotters traject

Project: Kan Doen (Venlo)

Project: Samen Doen (Horst aan de Maas)

Project: Kan Doen (Venlo)

Project: Samen Doen (Horst aan de Maas)

Maatschappelijke opvang

Open Inloop in subregio Midden-Limburg (MET ggz)

Maatjesproject Venray

Pilot waakvlam contacten

Pilot Ervaringsdeskundigen in de wijk

Huizen van de Wijk (o.a. Venlo)

Dagactiviteitencentrum (o.a. Venlo)

Sociale Basis (voorliggende voorzieningen)

Veilig Thuis noord en midden Limburg (advies- en meldpunt huiselijk geweld)

Bemoeizorgteam Noord-Limburg (Oggz)

Spoedpost (ggz-triagist gedurende de avond, nacht en het weekeinde)

Crisisvaardigheden applicatie (VvG)

Verslavingspreventie (bemoeizorg)

Bemoeizorg (Vangnet overleggen)

Mental Health First Aid

Advies- en Meldpunt mensen verward gedrag (subregio Midden-Limburg)

Meldpunt Signaal (subregio Noord-Limburg)

Outreachend verslavingszorg (o.a. Roermond)

Luisterlijn (o.a. Venlo)

Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

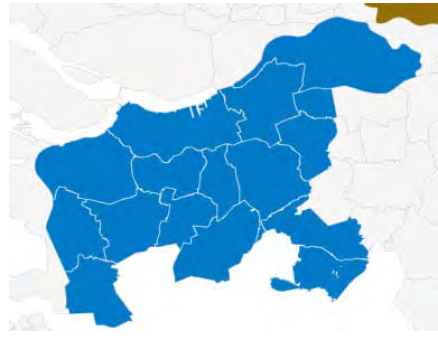
Lokaal

Bijlage D: Startfoto regio West- Brabant

Bijlage D: 1. Context regio West-Brabant

Introductie en leeswijzer


- Dit is de startfoto van de regio West-Brabant. Deze bestaat uit 1) de context; 2) inzicht in regionale en lokale ontwikkelingen, 3) inzicht in de extramuralisering in de regio, 4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en 5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies.
- Functies helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod, maar helpen daarnaast ook voor gezamenlijke taal en normering op structuur (kwalitatief en waardegedreven kijken welke functies geborgd moeten zijn in een specifieke regio).


DEELNEMERS STARTFOTO	Voor de totstandkoming van de startfoto van zorgkantoorregio West-Brabant is gesproken met de volgende mensen:		AANBIEDERSVELD
	Deelnemers zorgkantoorregio West-Brabant		
	Naam organisatie	Naam deelnemer	
	CZ	Femke van de Pol	
	Gemeente Bergen op Zoom	Milou Hamels	
	Gemeente Ettenleur	Joyce Laurijssen en Jaap Malcontent	
	Gemeente Breda	Ellen Krijnen en Natasja van Meer	
Gemeente Altena	Bram Koolstra		
ggz Breburg	Gertie Linssen		
Zorgkantoorregio West-Brabant heeft twee grote zorgaanbieders; ggz Breburg en ggz Westelijk Noord-Brabant. ggz Breburg heeft in de afgelopen jaren een grote slag geslagen op het afbouwen van de Sggz capaciteit. In samenwerking met de regio gemeenten en andere aanbieders wordt er gekeken hoe deze afbouw kan worden opgevangen door de ambulante begeleiding en –behandeling. Hieronder een eerste inzicht in de verschillende ggz zorg en ondersteuning aanbieders:			
<ul style="list-style-type: none"> — ggz Breburg — ggz WNB — De Viersprong — Novadic Kentron — Denk — RIBW Brabant 			

ALGEMEEN	— Zorgkantoorregio West-Brabant heeft meer inwoners dan de gemiddelde zorgkantoorregio en heeft twee centrumgemeenten (Breda en Bergen op Zoom) (zie tabel op volgende pagina). De centrumgemeenten hebben de verantwoordelijkheid voor beschermd wonen (tot 2021), maatschappelijke opvang, Oggz en verslavingszorg.
	— De regio is opgedeeld in twee sub-regio's met ieder een eigen preferente aanbieders: West Brabant West (ggz WNB) en Midden West Brabant (ggz Breburg).
	— Binnen de zorgkantoorregio West-Brabant werken de gemeenten Etten-Leur, Halderberge, Moerdijk, Roosendaal, Rucphen en Zundert samen in 'De6-gemeenten' o.a. op het gebied van sociaal domein (ook wel Wmo regio genoemd).
	— De drugsproblematiek in de regio West-Brabant is uitzonderlijk hoog en krijgt extra aandacht vanuit gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraar(s).
	— De regio kenmerkt zich ook door hoge mate van vergrijzing die veel ggz problematiek met zich mee brengt. Dit is vooral in de verpleeghuiszorg zichtbaar.
	— Inwoners van de regio zijn naar verhouding eenzamer maar hebben een hoger besteedbaar inkomen dan het Nederlands gemiddelde.
— Het ggz zorggebruik ligt lager dan het Nederlands gemiddelde, Lagere ggz-Zvw kosten dan het Nederlands gemiddelde	

Bijlage D: 1. Context regio West-Brabant

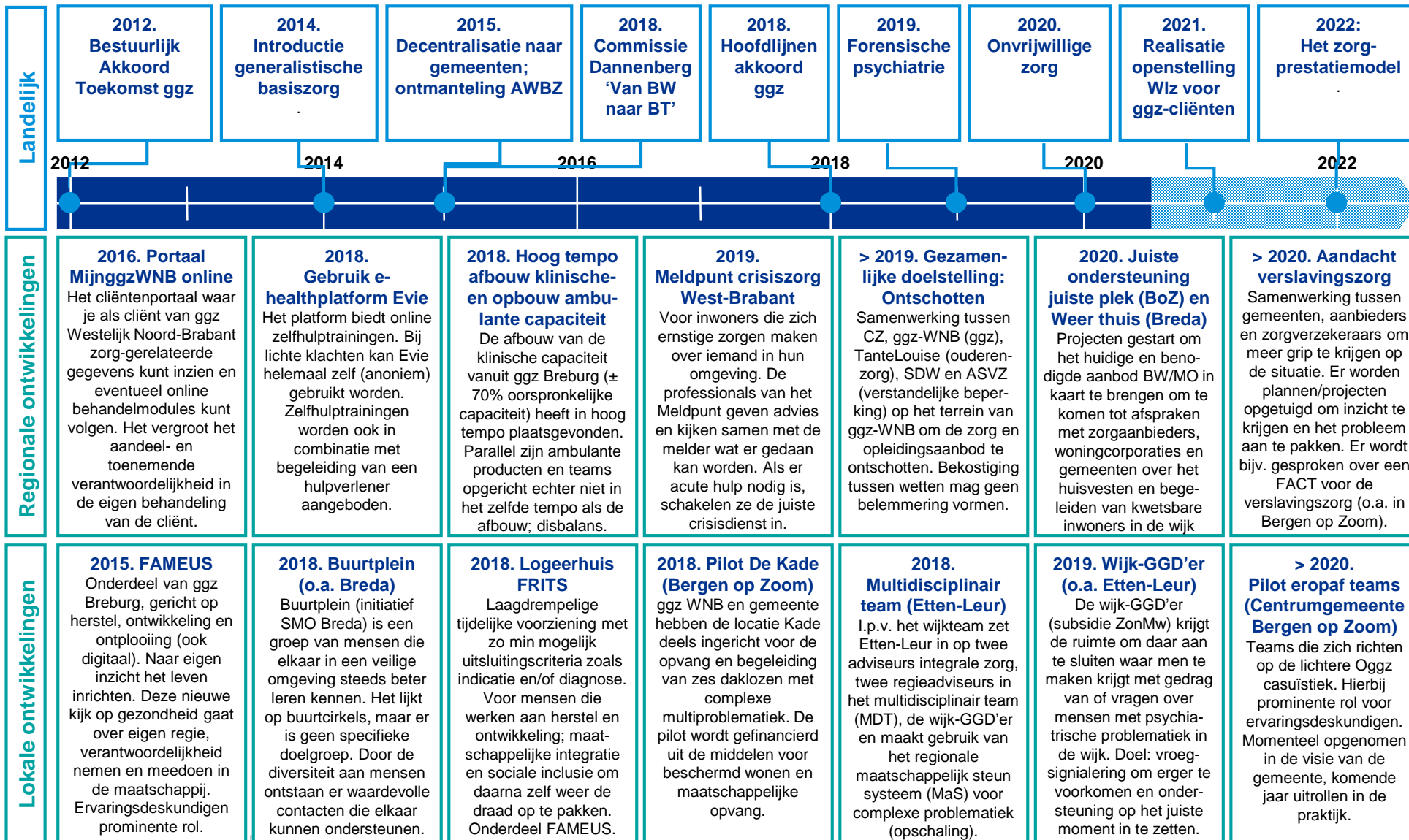
- De eerste tabel op deze pagina geeft inzicht in het aantal inwoners van de zorgkantorregio's, het aantal gemeente en een benadering van de mate van stedelijkheid (onderscheid naar grote, middelgrote en kleine gemeenten).
- De tweede tabel geeft inzicht in een aantal karakteristieken die een belangrijke input vormen voor het sociaal-maatschappelijke klimaat. De populatie waar deze percentages betrekking op hebben (noemer), is de totale populatie en niet sec mensen met psychische problematiek.

	Aantal inwoners per zorgkantorregio	Totaal aantal gemeentes per zorgkantorregio	Aantal centrumgemeente per zorgkantorregio	Waarvan # aantal Grote gemeente*	Waarvan # aantal Middelgrote gemeente*	Waarvan # aantal Kleine gemeente*
Zorgkantorregio West-Brabant	708.936	16	2	1	4	11
<i>Gemiddelde per zorgkantorregio</i>	543.992	11	1	1	2	8
Vershil	+164.944	+5	+1	0	+2	+3

	Gewogen gemiddelde werkloosheidspercentage [%] [2019] ²	Gewogen gemiddelde besteedbaar inkomen per huishouden [x €1.000] [2017] ²	Gewogen gemiddelde eenzaamheid [%] [2016] ³	Gewogen gemiddelde mantelzorgverleners zwaar belast [%] [2016] ³
Zorgkantorregio West-Brabant	3,2%	43	43,4%	14,0%
<i>Gemiddelde Nederland</i>	3,4%	43	42,9%	13,6%
Vershil	-0,2%	+1	0,5%	0,4%

Bron: (1) CBS voorlopige bevolkingsaantallen1-1-2020, (2) CBS MSD WMO, (3) Gezondheidsmonitor volwassenen (en ouderen), GGD'en, CBS en RIVM
 Toelichting: *Schaal: Groot: >100.000 inwoners, Middelgroot: >50.000 en <100.000 inwoners, Klein: <50.000 inwoners

Bijlage D: 2. Inzicht in de regionale en lokale effecten van extramuralisering regio West Brabant



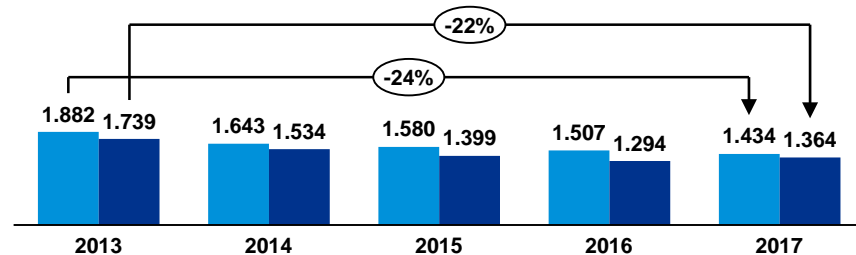
Bijlage D: 3. Een afbouw van de intramurale verblijfsdagen S-ggz en daarmee een verschuiving van zorg en ondersteuning naar ambulant en in de wijk



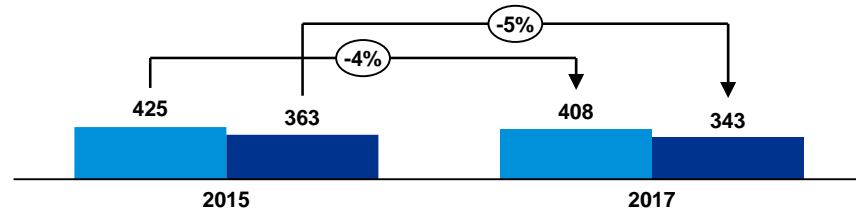
EERSTE INZICHT IN OMVANG EXTRAMURALISERINGSOPGAVE*

■ Gemiddelde Nederland ■ West-brabant

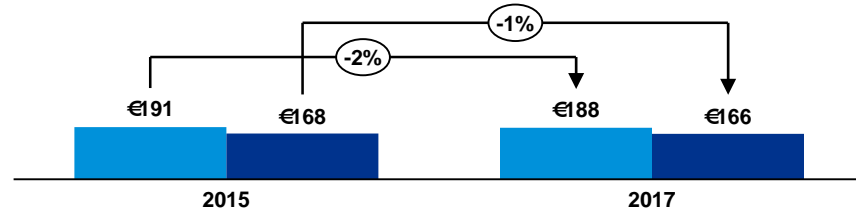
Het aantal S-ggz verblijfsdagen licht lager dan het NL gemiddelde, maar de zorgkantoorregio bouwt de intramurale verblijfsdagen minder snel af ¹



Het gewogen gemiddelde ggz zorggebruik in de regio is sterker gedaald dan het NL gewogen gemiddelde en licht ook lager ²

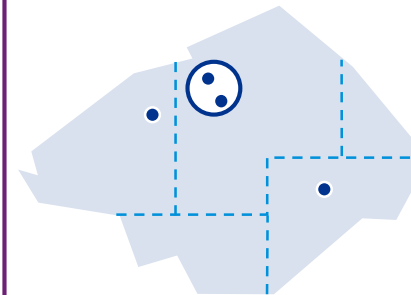


De gewogen gemiddelde Zvw-ggz kosten per 10.000 verzekerden in de regio licht lager dan het NL gewogen gemiddelde, maar is minder snel gedaald ²



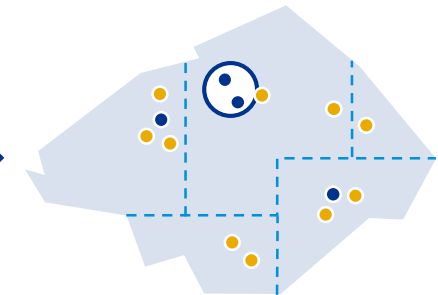
EERSTE INZICHT IN VORMGEVING EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

VOOR 2012



A. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in een regio voor 2012

HUIDIG



B. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in 2020. Zie volgende pagina voor de wijze waarop er invulling wordt gegeven aan de verschillende functies.

EERSTE INZICHT IN DE REGIONALE EN LOKALE EFFECTEN EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

- **Forse afbouw van de klinische ggz-capaciteit**, reductie van ± 70% van oorspronkelijke capaciteit.
- Inzetten op **huisvesting** (vernieuwen MO/BW) en **begeleiding** (straat-, buurt- en wijkteams) van kwetsbare mensen **in de wijk**.
- **Digitale** (bijv. Evie-Platform) en **fysieke** (bijv. FAMEUS) **herstelinitiatieven** gericht op zelf regie, ontwikkeling en ontplooiing.
- Ontwikkelen van een **regionaal maatschappelijk steun systeem** voor complexe casus.
- **Regionale inrichting voor acute zorg** bijv. door Meldpunt crisiszorg.

Bron: (1) Vektis - Inzicht in verblijfsdagen in de ggz-zorg, (2) Vektis - Zorggebruikers
 *Gelimiteerd: openbare data eerdere jaren ontbreekt, dit kan een vertekend beeld geven
 © 2021 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

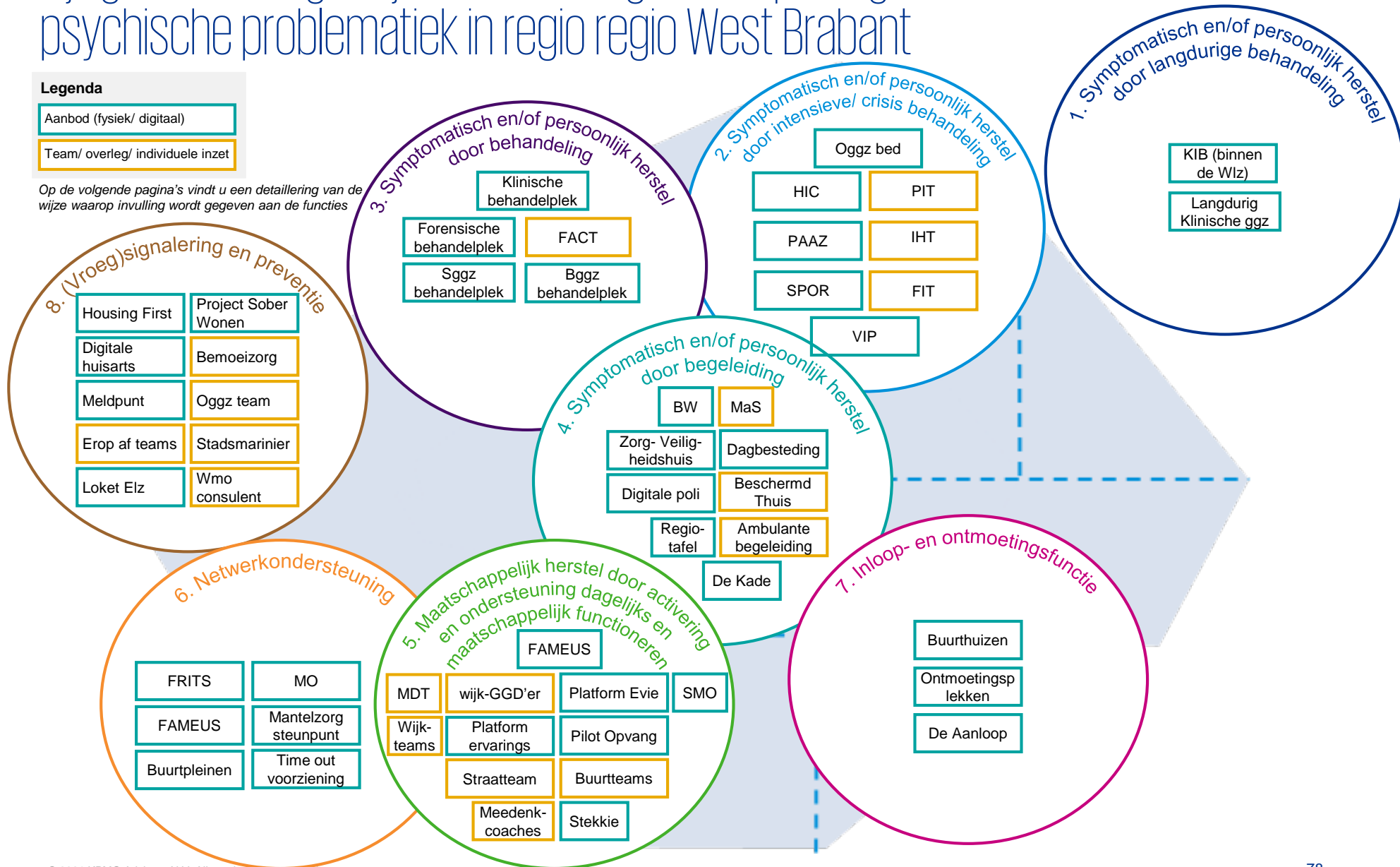
Bijlage D: 4. Huidige wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio regio West Brabant

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Op de volgende pagina's vindt u een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de functies



Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio West Brabant

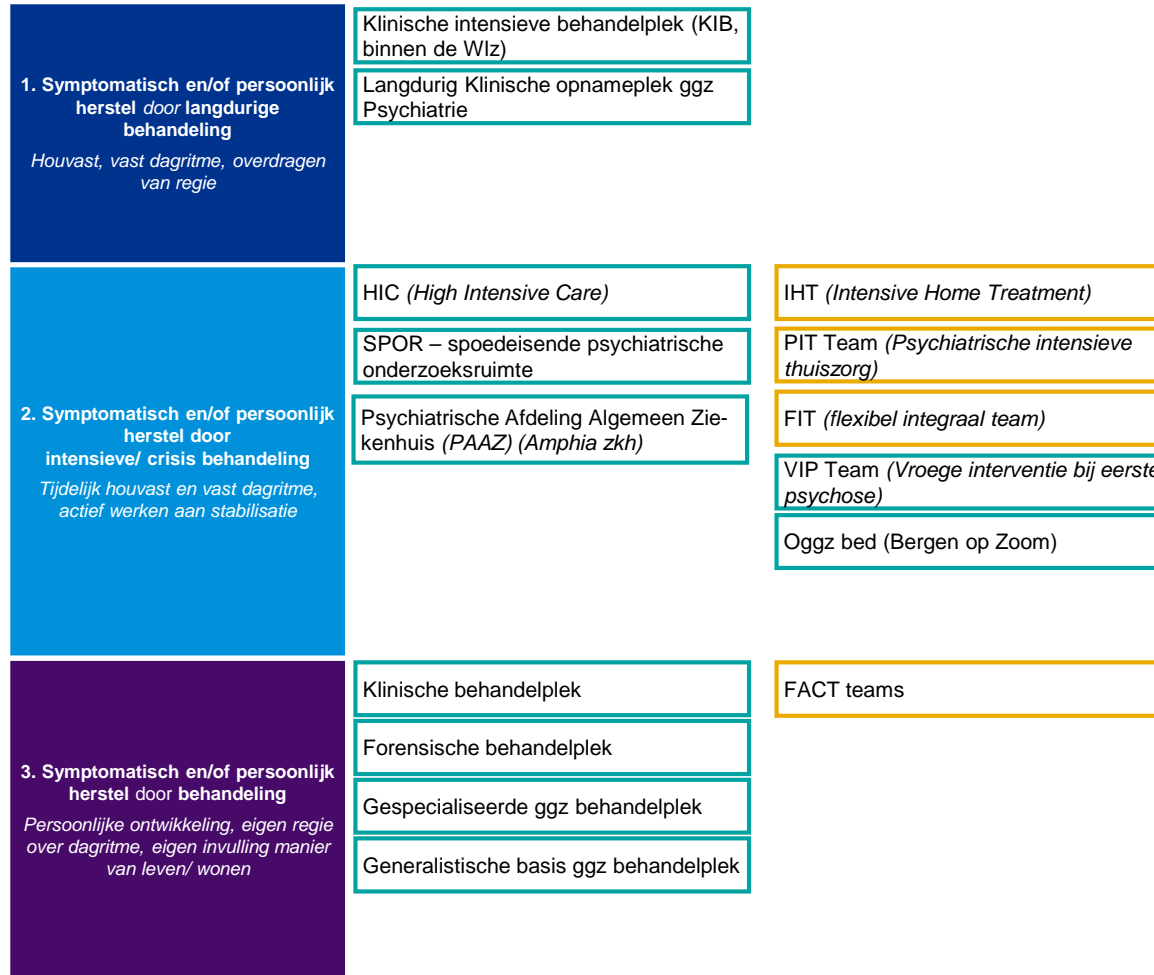
Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio West Brabant

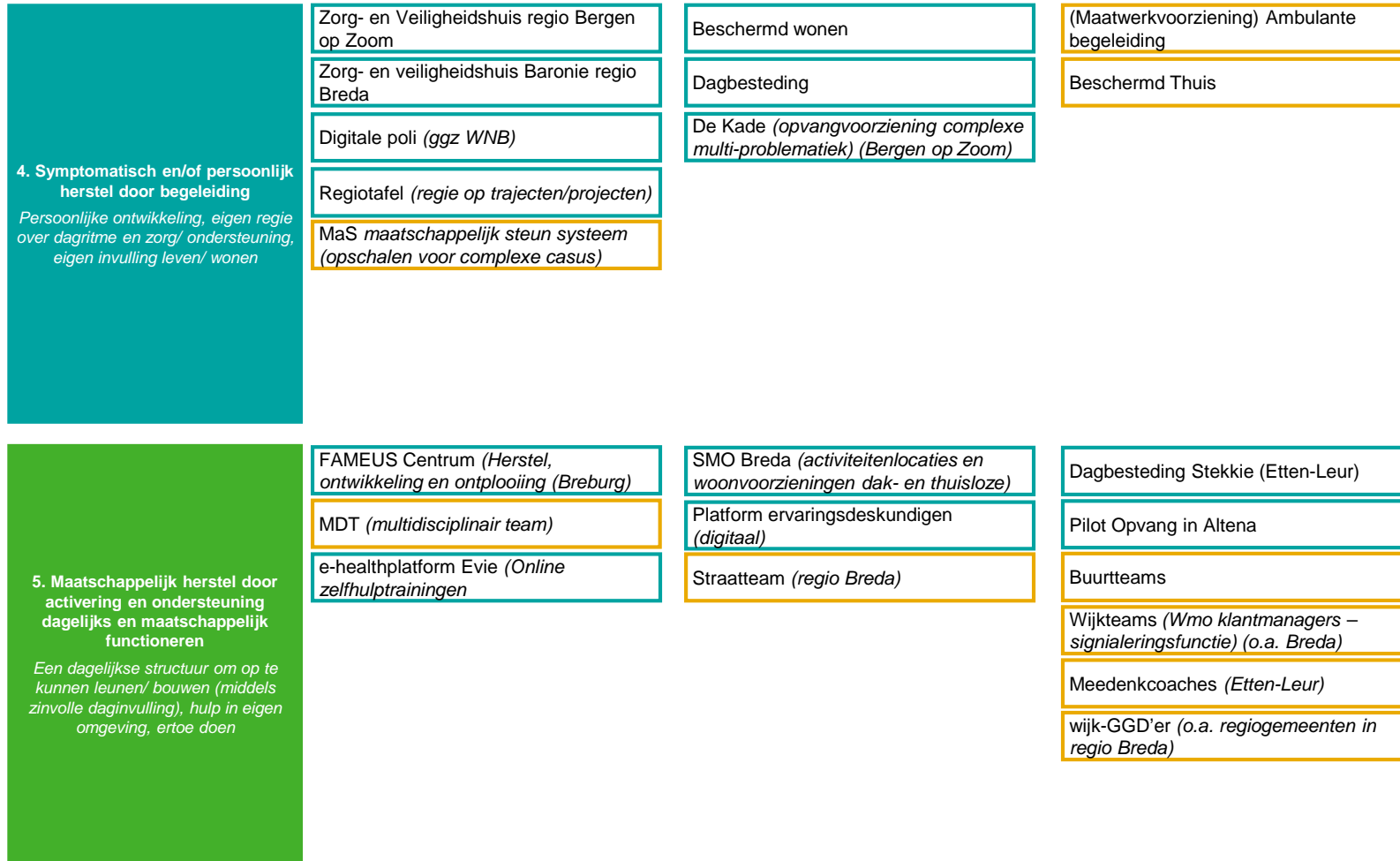
Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen

[nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio West Brabant

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Funcities* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]

<p>6. Netwerkondersteuning</p> <p><i>Veilige optie om op terug te vallen als het even niet meer lukt, weer sterk en zelfstandig worden</i></p>	<p>Logeerhuis FRITS (<i>werken aan rust en herstel voor korte periode</i>)</p>	<p>MO crisiswoning(en) in de wijk (<i>Breda</i>)</p>	<p>Pilot Time out voorziening (<i>Bergen op Zoom</i>)</p>
	<p>FAMEUS Centrum (<i>Herstel, ontwikkeling en ontplooiing (Breburg)</i>)</p>	<p>Mantelzorg steunpunt (<i>Bergen op Zoom</i>)</p>	<p>Buurtpleinen (<i>o.a Breda</i>)</p>
<p>7. Inloop- en ontmoetingsfunctie</p> <p><i>Aanspraak en het maken van een praatje, menselijk contact (naar behoefte), gezien worden, veilige plaats om naartoe te gaan</i></p>		<p>Inloopfunctie ggz (<i>diverse locaties in regio BoZ</i>)</p>	<p>Buurthuizen</p>
			<p>Ontmoetingsplekken Surplus (<i>o.a. Etten-Leur en Breda</i>)</p>
<p>8. (Vroeg)signalering en preventie</p> <p><i>Eigen huis of verblijfsplaats, zelfstandig leven, mogelijkheid tot het krijgen van laagdrempelige hulp/ ondersteuning</i></p>	<p>Project Housing First (<i>tot 2021 Begen op Zoom</i>)</p>	<p>Project Sober Wonen (<i>tot 2021 Bergen op Zoom</i>)</p>	<p>Wmo consulent per wijk (<i>Etten-Leur</i>)</p>
	<p>Digitale huisarts</p>	<p>Bemoeizorg (<i>zorgwekkende zorgmijders te motiveren</i>) (<i>Breda</i>)</p>	<p>Loket Elz (<i>het startpunt voor welzijn, zorg en wonen</i>) (<i>Etten-Leur</i>)</p>
	<p>Meldpunt crisiszorg (veilig thuis)</p>	<p>Oggz team (<i>zorgwekkende zorgmijders te motiveren</i>) (<i>BoZ</i>)</p>	<p>Stadsmarinier (<i>aanspreekpunt en netwerkpartners veiligheid</i>) (<i>o.a. Breda</i>)</p>
	<p>Meldpunt crisiszorg West Brabant</p>	<p>Maatschappelijk werk (<i>WijZijn Traversegroep BoZ</i>)</p>	
	<p>Meldpunt zorg en overlast (GGD)</p>	<p>Pilot erop af teams (<i>BOZ</i>)</p>	

Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal




Bijlage D: Startfoto regio Friesland

Bijlage D: 1. Context regio Friesland

Introductie en leeswijzer

- Dit is de startfoto van de regio Friesland. Deze bestaat uit 1) de context; 2) inzicht in regionale en lokale ontwikkelingen, 3) inzicht in de extramuralisering in de regio, 4) inzicht in de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies en 5) een detaillering van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan functies.
- Functies helpen om de stap te maken van de hulpvraag van iemand met psychische problematiek naar aanbod, maar helpen daarnaast ook voor gezamenlijke taal en normering op structuur (kwalitatief en waardegedreven kijken welke functies geborgd moeten zijn in een specifieke regio).

DEELNEMERS STARTFOTO	Voor de totstandkoming van de startfoto van zorgkantoorregio Friesland is gesproken met de volgende mensen:		AANBIEDERSVELD
	Deelnemers zorgkantoorregio Friesland		
	Naam organisatie	Naam deelnemer	
	Sociaal Domein Fryslân	Matthijs de Vries en Irene Gaspers	
	ggz Friesland / Mind-up	Anna Jongstra en Jelke Sloterdijk	
	Gemeente Leeuwarden	Machteld Aartsen	
	Gemeente Heerenveen	Rutger Kuipers en Titia Woudwijk	
Zilveren Kruis/ De Friesland	Marieke van den Heuvel en Marijke Sybrandy		
ZIENN	Lara de Bruin		
Het aanbiedersveld in Friesland is overzichtelijk met een beperkt aantal aanbieders. Hieronder een eerste inzicht in de verschillende ggz zorg en ondersteuning aanbieders:			
<ul style="list-style-type: none"> — ggz Friesland — MindUp (onderdeel ggz Friesland) — Limor — ZIENN (zorgkantoorregio overstijgend) — Friesland begeleid wonen — Domum zorg — Pi-groep (zorgkantoorregio overstijgend) — Leger des Heils (zorgkantoorregio overstijgend) — VNN (specifiek verslaving, zorgkantoorregio overstijgend) 			

ALGEMEEN	<ul style="list-style-type: none"> — Het aantal inwoners en het aantal middelgrote- en kleine gemeenten in zorgkantoorregio Friesland ligt boven het gemiddelde (zie onderstaande tabel); — Inwoners van de regio hebben een lager besteedbaar inkomen dan het Nederlandse gemiddelde; — Het ggz zorggebruik (vanuit de Zvw) ligt lager dan het gemiddelde in Nederland. Ook de gemiddelde kosten liggen lager; — Het marktaandeel van Zilveren Kruis/ De Friesland (zorgverzekeraar) en ggz Friesland (aanbieder) in de zorgkantoorregio Friesland is erg groot. Tijdens de gesprekken wordt dit genoemd als een van de redenen waardoor de lijnen tussen deze aanbieder en zorgverzekeraar kort zijn.
-----------------	---

Bijlage D: 1. Context regio Friesland

- De eerste tabel op deze pagina geeft inzicht in het aantal inwoners van de zorgkantorregio's, het aantal gemeente en een benadering van de mate van stedelijkheid (onderscheid naar grote, middelgrote en kleine gemeenten).
- De tweede tabel geeft inzicht in een aantal karakteristieken die een belangrijke input vormen voor het sociaal-maatschappelijke klimaat. De populatie waar deze percentages betrekking op hebben (noemer), is de totale populatie en niet sec mensen met psychische problematiek.



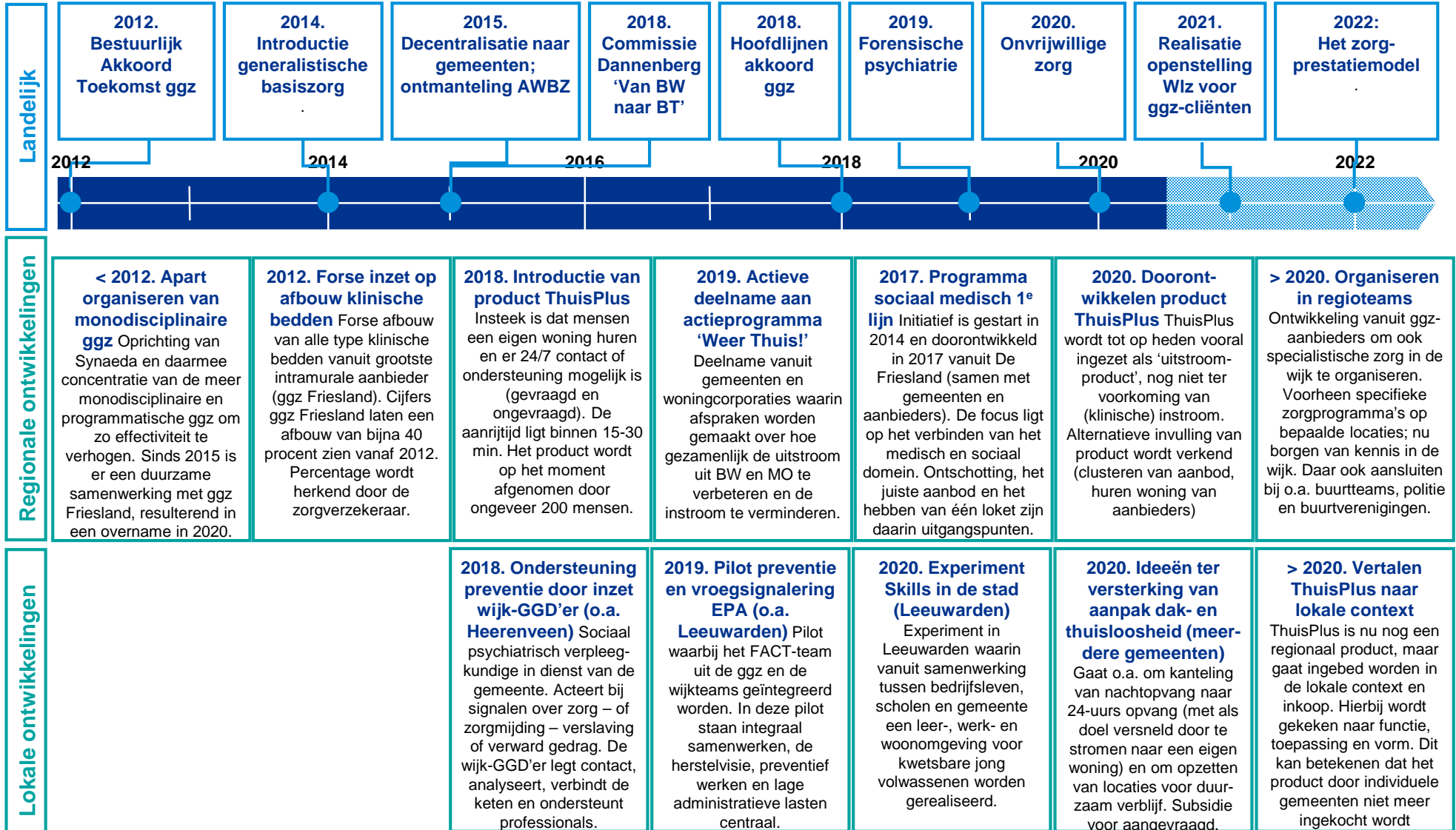
	Aantal inwoners per zorgkantorregio	Totaal aantal gemeentes per zorgkantorregio	Aantal centrumgemeente per zorgkantorregio	Waarvan # aantal Grote gemeente*	Waarvan # aantal Middelgrote gemeente*	Waarvan # aantal Kleine gemeente*
Zorgkantorregio Friesland	649.962	18	1	1	4	13
<i>Gemiddelde per zorgkantorregio</i>	543.992	11	1	1	2	8
Vershil	+105.970	+7	0	0	+2	+5



	Gewogen gemiddelde werkloosheidspercentage [%] [2019] ²	Gewogen gemiddelde besteedbaar inkomen per huishouden [x €1.000] [2017] ²	Gewogen gemiddelde eenzaamheid [%] [2016] ³	Gewogen gemiddelde mantelzorgverleners zwaar belast [%] [2016] ³
Zorgkantorregio Friesland	3,4%	39	42,0%	8,8%
<i>Gemiddelde Nederland</i>	3,4%	43	42,9%	13,6%
Vershil	0,0%	-4	-1,0%	-4,8%

Bron: (1) CBS voorlopige bevolkingsaantallen1-1-2020, (2) CBS MSD WMO, (3) Gezondheidsmonitor volwassenen (en ouderen), GGD'en, CBS en RIVM
 Toelichting: *Schaal: Groot: >100.000 inwoners, Middelgroot: >50.000 en <100.000 inwoners, Klein: <50.000 inwoners

Bijlage D: 2. Inzicht in de regionale en lokale effecten van extramuralisering regio Friesland



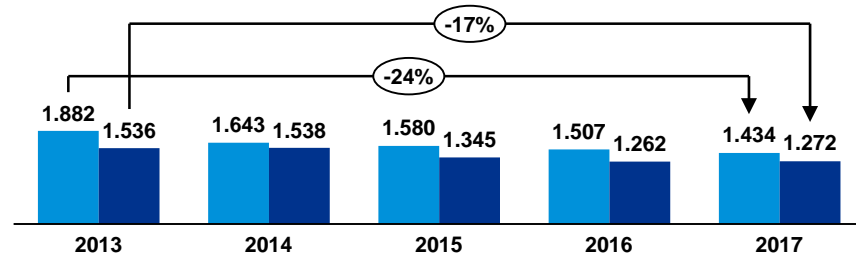
Bijlage D: 3. Een afbouw van de intramurale verblijfsdagen S-ggz en daarmee een verschuiving van zorg en ondersteuning naar ambulante en in de wijk



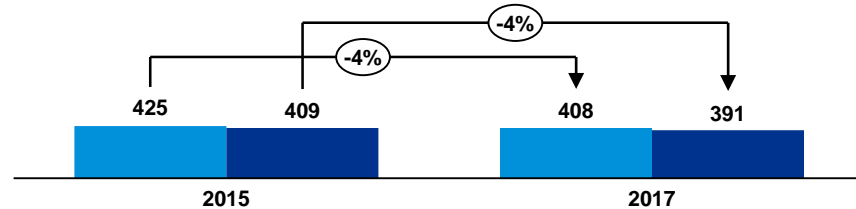
EERSTE INZICHT IN OMVANG EXTRAMURALISERINGSOPGAVE*

■ Gemiddelde Nederland ■ Friesland

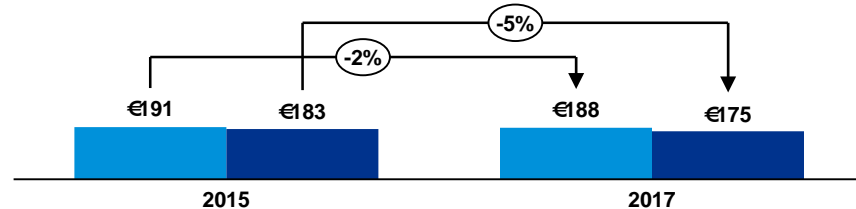
Het aantal S-ggz verblijfsdagen licht lager dan het NL gemiddelde, maar de zorgkantoorregio bouwt de intramurale verblijfsdagen minder snel af ¹



Het gewogen gemiddelde ggz zorggebruik in de regio laat een vergelijkbare daling zien met het NL gewogen gemiddelde maar licht wel lager ²

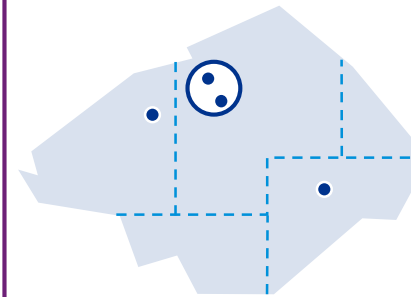


De gewogen gemiddelde Zvw-ggz kosten per 10.000 verzekerden in de regio licht lager en is sterker gedaald dan het NL gewogen gemiddelde ²



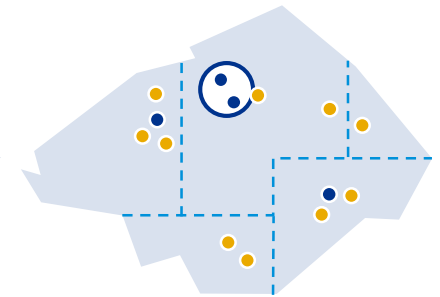
EERSTE INZICHT IN VORMGEVING EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

VOOR 2012



A. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in een regio voor 2012

HUIDIG



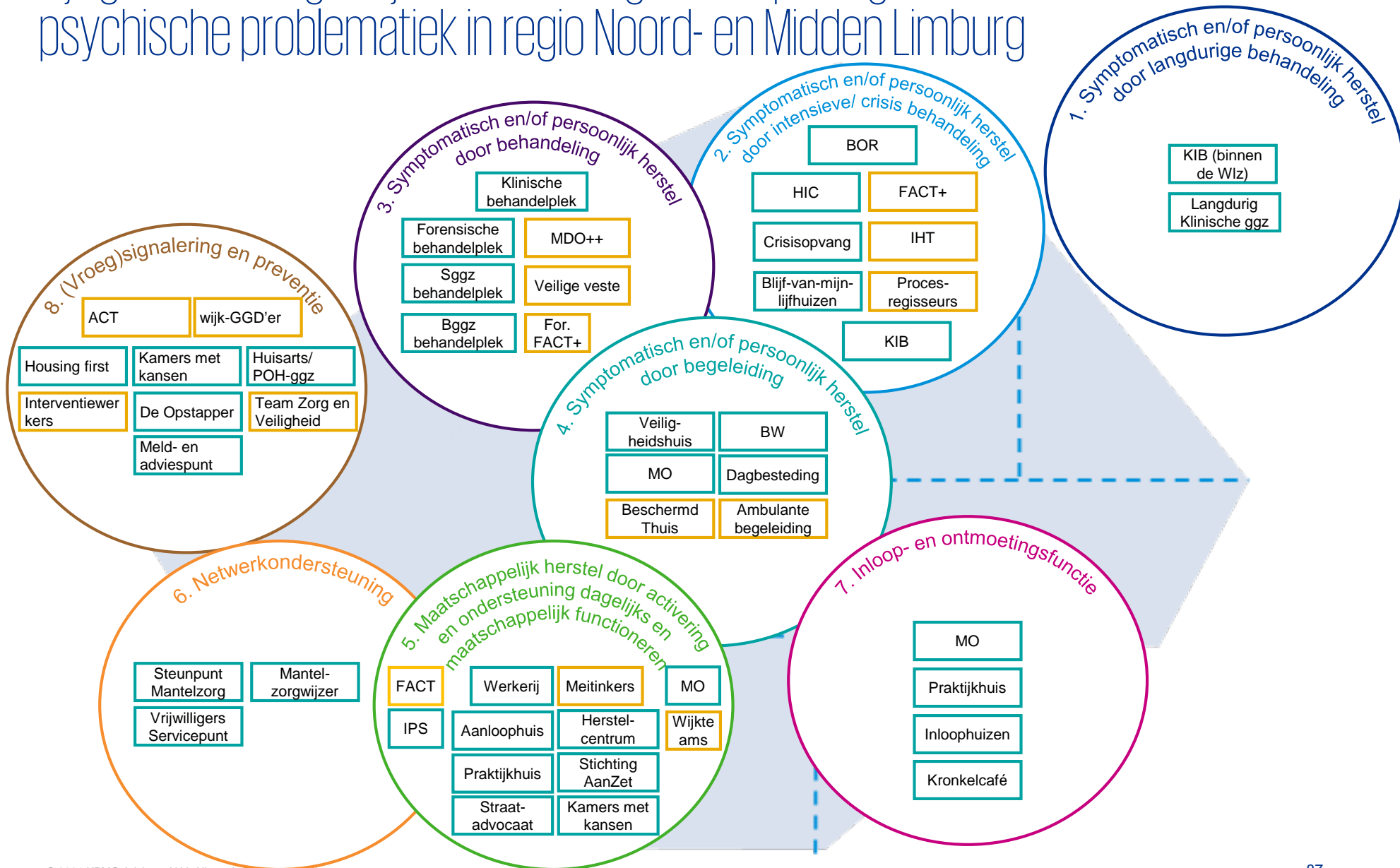
B. Visuele weergave van het fictieve zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met psychische problematiek in 2020. Zie volgende pagina voor de wijze waarop er invulling wordt gegeven aan de verschillende functies.

EERSTE INZICHT IN DE REGIONALE EN LOKALE EFFECTEN EXTRAMURALISERINGSOPGAVE

- **Forse afbouw klinische ggz-capaciteit**, gemiddelde reductie van aanbieders is ± 40% ten opzichte van 2012.
- **Voorkomen van instroom** en aandacht voor **uitstroom BW en MO naar huis**, bijv. door 'Weer Thuis' en 'ThuisPlus'
- **Inzet op verbinding tussen medisch- en sociaal domein**; het doel is ontschotting om juiste aanbod te realiseren.
- **Organiseren van specialistische ggz zorg in de wijk** door FACT-team uit de ggz en de regio-, wijkteams geïntegreerd worden.

Bron: (1) Vektis - Inzicht in verblijfsdagen in de ggz-zorg, (2) Vektis - Zorggebruikers
 *Gelimiteerd: openbare data eerdere jaren ontbreekt, dit kan een vertekend beeld geven
 © 2021 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Bijlage D: 4. Huidige wijze van invulling aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Noord- en Midden Limburg



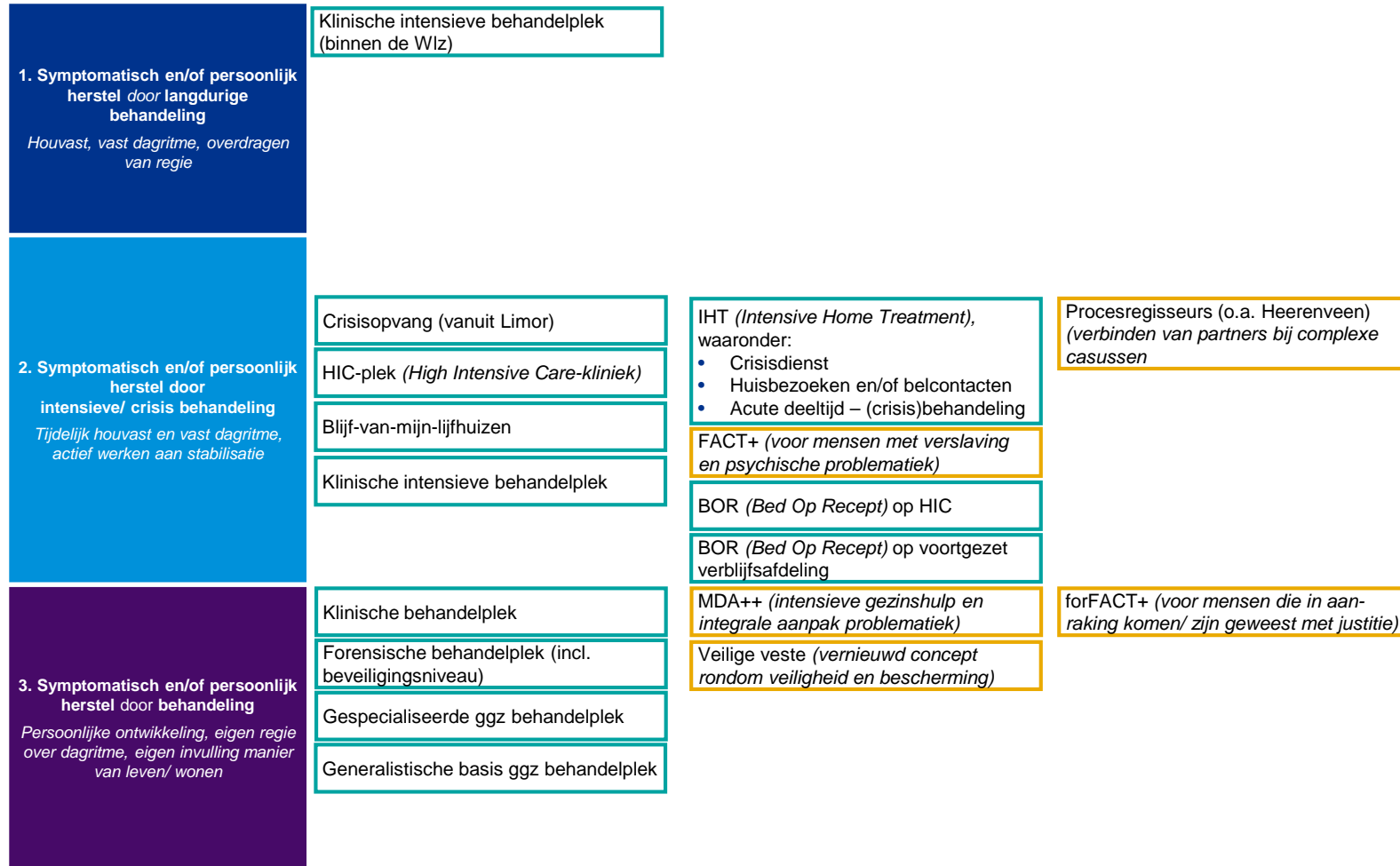
Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Friesland

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]



Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Friesland

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]

4. Symptomatisch en/of persoonlijk herstel door begeleiding

Persoonlijke ontwikkeling, eigen regie over dagritme en zorg/ ondersteuning, eigen invulling leven/ wonen

Veiligheidshuis Fryslân

Beschermde woonplek (waaronder voor forensische doelgroep)

Dagbesteding, waaronder voor forensische doelgroep

Maatschappelijke opvang (o.a. sociale pensions, crisisopvanglocaties)

Ambulante begeleiding

Beschermd thuis (*ThuisPlus* product)

Ambulante begeleiding forensische doelgroep

5. Maatschappelijk herstel door activering en ondersteuning dagelijks en maatschappelijk functioneren

Een dagelijkse structuur om op te kunnen leunen/ bouwen (middels zinvolle daginvulling), hulp in eigen omgeving, ertoe doen

FACT

IPS (*Individuele Plaatsing of Steun*)

Kamers met kansen (*tijdelijke woonplek met coaching*)

Maatschappelijke opvang

Dagactiviteitencentrum (vanuit ZIENN)

Werkerij (*voor jong volwassenen, intensieve coaching richting werk*)

Meitinkers (o.a. Heerenveen) (*toegang naar o.a. Wmo, werk en schuldhulp*)

Herstelcentrum Friesland (o.a. Leeuwarden)

Stichting AanZet (o.a. Leeuwarden en Heerenveen)

Wijkteams (o.a. Leeuwarden)

Stichting Straatadvocaat (o.a. Leeuwarden)

Aanloophuis (o.a. Leeuwarden)

Praktijkhuis Ixta Noa Leeuwarden (*gericht op herstel vanuit ED*)

Bijlage D: 5. Wijze van invulling geven aan hulpvraag van mensen met psychische problematiek in regio Friesland

Legenda

Aanbod (fysiek/ digitaal)

Team/ overleg/ individuele inzet

Functies* op hoofdlijnen [nummer 1 tot en met 8]

6. Netwerkondersteuning
Veilige optie om op terug te vallen als het even niet meer lukt, weer sterk en zelfstandig worden

Steunpunt Mantelzorg

Mantelzorgwijzer (o.a. Leeuwarden – digitaal)

Vrijwilligers Servicepunt (o.a. Heerenveen)

7. Inloop- en ontmoetingsfunctie
Aanspraak en het maken van een praatje, menselijk contact (naar behoefte), gezien worden, veilige plaats om naartoe te gaan

Maatschappelijke opvang (o.a. dagopvang)

Praktijkhuis Ixta Noa Leeuwarden (gericht op herstel vanuit ED)

Inloophuizen MindUp (o.a. Leeuwarden en Heerenveen)

Kronkelcafé (o.a. Heerenveen)

8. (Vroeg)signalering en preventie
Eigen huis of verblijfsplaats, zelfstandig leven, mogelijkheid tot het krijgen van laagdrempelige hulp/ ondersteuning

Meld- en adviespunt verward gedrag (vanuit de GGD)

ACT

wijk-GGD'er (o.a. Heerenveen)

Housing first

Kamers met kansen (tijdelijke woonplek met coaching)

Huisarts/ POH-ggz

Team Zorg en Veiligheid (o.a. Heerenveen)

De Opstapper (o.a. Heerenveen) (voorziening bemoeizorg)

Interventiewerkers (o.a. Leeuwarden, vanuit ZIENN)

Regionaal

As op basis van inkoop en nabijheid

Lokaal



Bijlage E en F

Externe bijlage E: Gedetailleerde toets op zeggingskracht en administratieve lasten voor totale set aan individuele indicatoren - zie PDF

Het overzicht geeft inzicht in de toets op zeggingskracht en administratieve lasten voor totale set aan individuele indicatoren. Het betreft zowel de **concept indicatoren** als de **voorgestelde indicatoren**. De kwalitatieve structuurindicatoren en uitkomstindicatoren (categorie: effecten extramuralisering en (ervaren) gezondheid) zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Gezien de omvang van de totale set aan indicatoren is ervoor gekozen het document als externe bijlage op te nemen.

Hieronder vindt u een beknopte uitleg per thema en kolom voor de gedetailleerde toets op individuele indicatoren.

Indicator

- Kolom A: naam van de indicator.
- Kolom B: omschrijving van de voorgestelde definitie van de indicator.
- Kolom C: onderscheid naar elementen van de indicatoren: regionale context, structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Relevantie

- Kolom D: uitkomst van de score op zeggingskracht: Hoog, Gemiddeld en Laag.

Haalbaarheid

- Kolom E: uitkomst van de score op administratieve lasten: Hoog, Gemiddeld en Laag.
- Kolom F: aanlevering van de brongegevens door: Zorginstelling, Uitvoeringsdienst, (centrum)gemeente, huisarts, College B&W en Burger.

Score

- Kolom G: uitkomst van de score op basis van de combinatie van administratieve lasten en zeggingskracht.
- Kolom H: voorstel om indicator op te nemen in de voorgestelde set aan indicatoren op basis van individuele toetsing:
 1. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator opnemen in de monitor
 2. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op korte termijn (tot 1 jaar) opnemen in de monitor
 3. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator op de ontwikkelagenda plaatsen en op (middel)lange (tussen 1 en 3 jaar) termijn opnemen in de monitor
 4. Voorstel op basis van individuele toetsing: indicator niet opnemen in de monitor

Broninformatie

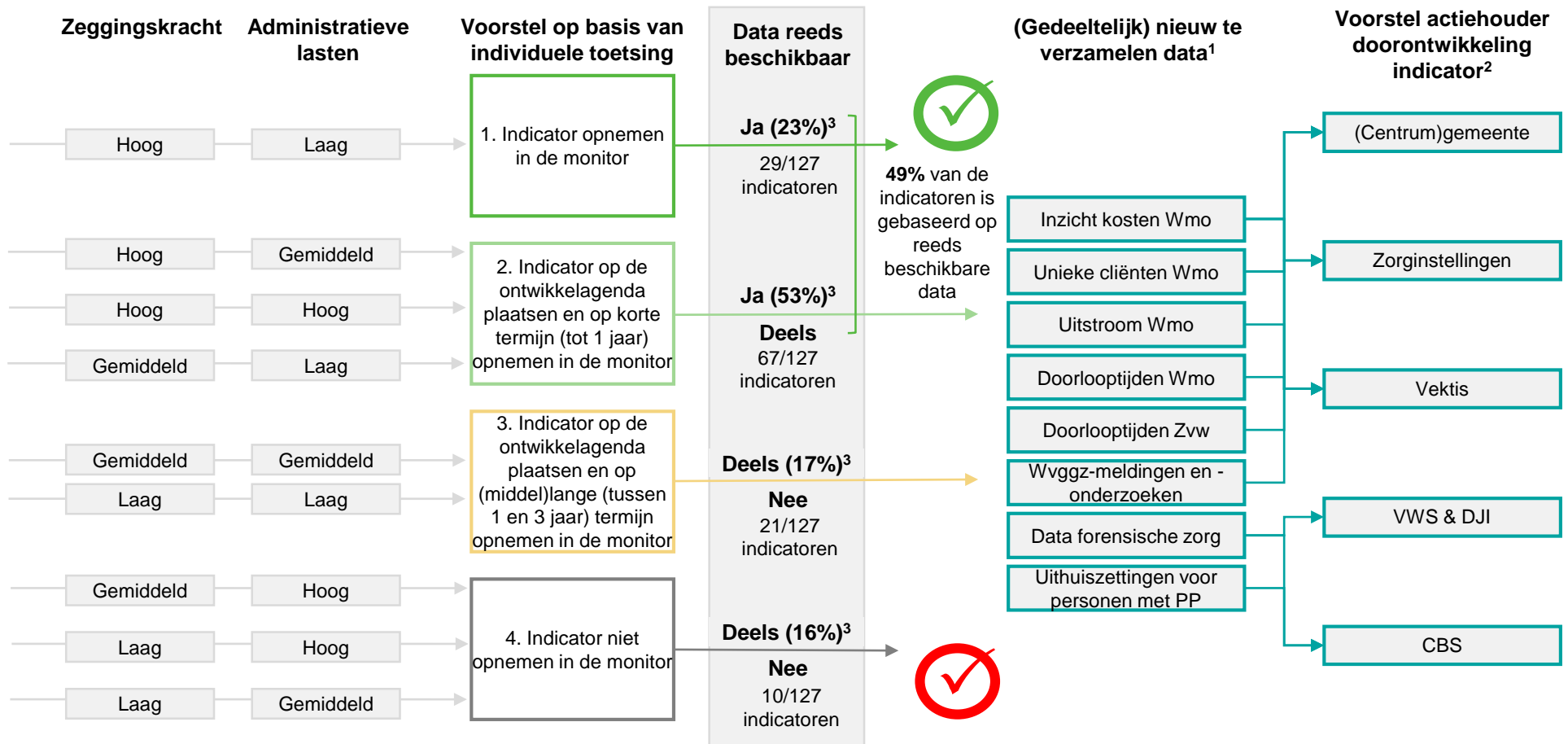
- Kolom I: beschikbaarheid van de data: ja, nee, deels en onbekend.
- Kolom J: naam van de databron.

Actiehouder

- Kolom K: voorstel actiehouder doorontwikkeling indicator indien data deels- of niet beschikbaar is (zie Kolom I).

Zeggingskracht (relevantie)	Hoog	1	2	2
	Gemiddeld	2	3	4
	Laag	3	4	4
		Laag	Gemiddeld	Hoog
		Administratieve lasten (haalbaarheid)		

Externe bijlage E: Gedetailleerde toets op zeggingskracht en administratieve lasten voor totale set aan individuele indicatoren - zie PDF



(1) Voor een gedetailleerd overzicht zie externe bijlage E (PDF) (2) In combinatie met één of meerdere partijen: VNG, Vektis, KhonRaad en VNG (3) In totaal komen we uit op 127 indicatoren. Belangrijk hierbij te vermelden is dat dit inclusief de indicatoren voor de regionale context zijn, en dat de indicatoren op een gedetailleerd niveau zijn weergegeven. De indicator # klinische bedden Zw bestaat bijvoorbeeld uit vier meer gedetailleerde indicatoren: # klinische bedden Zw totaal, aantal klinische bedden S-GGZ 1 tot 1 jaar, # klinische bedden S-GGZ 1 tot 3 jaar en # klinische bedden crisis.

Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam

Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam						
Indicator	Specificatie indicator	Waarde 2017	Waarde 2018	% stijging/ daling	Bron	Opmerking
# cliënten (Zvw – ambulante)	# cliënten ambulante behandeling totaal (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio per jaar	768,0	792,5	3,2%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Totaal # cliënten Zvw die een behandeling hebben in de BG-ggz of S-ggz. Dit aantal is excl. cliënten ambulante behandeling POH-GGZ. Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten (Zvw – ambulante)	# cliënten ambulante behandeling GB-GGZ (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio per jaar	336,2	367,2	9,2%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten (Zvw – ambulante)	# cliënten ambulante behandeling S-GGZ (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio per jaar	431,8	425,3	-1,5%	Vektis (Regionale data over patiënten en verblijfsdagen)	Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.
# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	# cliënten totaal (Wmo) per 10.000 inwoners per centrumgemeente per jaar	435,4	437,0	0,4%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten BW (Wmo)	# cliënten met beschermd wonen (Wmo) per 10.000 inwoners per centrumgemeente per jaar	34,2	38,7	13,2%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	# cliënten met ambulante ondersteuning (Wmo) per 10.000 inwoners per gemeente per jaar	106,4	117,3	10,2%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.

Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam

Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam						
Indicator	Specificatie indicator	Waarde 2017	Waarde 2018	% stijging/ daling	Bron	Opmerking
# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	# cliënten met dagbesteding (Wmo) per 10.000 inwoners per gemeente per jaar	79,2	68,5	-13,5%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	# cliënten met hulp bij huishouden (Wmo) per 10.000 inwoners per gemeente per jaar	206,8	198,3	-4,1%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	# cliënten in maatschappelijke (crisis)opvang (Wmo) per 10.000 inwoners per centrumgemeente per jaar	27,0	32,1	19,0%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# cliënten (Zvw – klinisch)	# cliënten klinische behandeling totaal (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio per jaar	45,4	45,3	-0,2%	Vektis (Open data Zorgverzekeringswet 2017 en 2018)	Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.
# cliënten (Zvw – klinisch)	# cliënten S-GGZ behandeling met verblijf (tot 1 jaar) (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio per jaar	32,7	32,4	-0,8%	Vektis (Open data Zorgverzekeringswet 2017 en 2018)	Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.
# cliënten (Zvw – klinisch)	# cliënten S-GGZ met verblijf (tussen 1 - 3 jaar)(Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio per jaar	1,9	1,9	-1,3%	Vektis (Open data Zorgverzekeringswet 2017 en 2018)	Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.

Gebruikte data gemeente/ zorgkantoorregio Amsterdam

Gebruikte data gemeente/ zorgkantoorregio Amsterdam						
Indicator	Specificatie indicator	Waarde 2017	Waarde 2018	% stijging/ daling	Bron	Opmerking
# cliënten (Zvw – klinisch)	# cliënten crisis met verblijf (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantoorregio per jaar	10,8	11,1	1,9%	Vektis (Open data Zorgverzekeringswet 2017 en 2018)	Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.
# cliënten (Wlz – ggz-B)	# cliënten langdurige behandeling (Wlz) per 10.000 inwoners per zorgkantoorregio per jaar	2,0	1,5	-24,8%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# gemiddelde kosten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	Gemiddelde kosten (€) totaal (Wmo) per 10.000 inwoners per centrumgemeente	5814,3	6078,4	4,5%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Gemiddelde kosten totaal, exclusief kosten beschermd wonen. Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# gemiddelde kosten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	Gemiddelde kosten (€) ambulante ondersteuning (Wmo) per 10.000 inwoners er gemeente	6255,7	7006,0	12,0%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# gemiddelde kosten (Wmo – ambulante) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	Gemiddelde kosten (€) dagbesteding (Wmo) per 10.000 inwoners per gemeente	4776,3	4845,0	1,4%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.

Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam

Gebruikte data gemeente/ zorgkantorregio Amsterdam						
Indicator	Specificatie indicator	Waarde 2017	Waarde 2018	% stijging/ daling	Bron	Opmerking
# gemiddelde kosten (Wmo – ambulant) – onderscheid naar hulp bij HH, ambulante ondersteuning, DB, BW en MO	Gemiddelde kosten (€) hulp bij huishouden (Wmo) per 10.000 inwoners per gemeente	6410,8	6384,3	-0,4%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# gemiddelde kosten (Zvw – klinisch)	Gemiddelde kosten (€) S-GGZ met verblijf (tussen 1 - 3 jaar) (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio	1311,7	1493,2	13,8%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
# gemiddelde kosten (Wlz – ggz-B)	Gemiddelde kosten (€) langdurige behandeling (Wlz) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio	1569,6	1354,2	-13,7%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam.
Uitstroom ambulante begeleiding (Wmo)	# cliënten uitstroom totaal (Wmo) per 10.000 inwoners per centrumgemeente	343,1	282,1	-17,8%	CBS	
# klinische bedden (Wlz – ggz-B)	# langdurige klinische bedden (Wlz) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio	1,9	1,5	-17,8%	Vektis (Regionale data over patiënten en verblijfsdagen)	Proxy is het aantal verblijfsdagen in een jaar gedeeld door 365 dagen (aannee is volledige bezetting). Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.
# klinische bedden (Zvw)	# klinische bedden totaal (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio	6,6	6,9	4,5%	Vektis (Regionale data over patiënten en verblijfsdagen)	Proxy is het aantal verblijfsdagen in een jaar gedeeld door 365 dagen (aannee is volledige bezetting). Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.
# klinische bedden (Zvw)	# crisis bedden (Zvw) per 10.000 inwoners per zorgkantorregio	0,6	0,6	6,9%	Vektis (Regionale data over patiënten en verblijfsdagen)	Gezien ontbrekende waarde voor 2018 hier gekeken naar beweging 2016 - 2017.

Gebruikte data gemeente/ zorgkantoorregio Amsterdam

Gebruikte data gemeente/ zorgkantoorregio Amsterdam						
Indicator	Specificatie indicator	Waarde 2017	Waarde 2018	% stijging/ daling	Bron	Opmerking
# plekken MO – crisis en nood (Wmo)	# maatschappelijke (crisis)opvang totaal (passantenverblijven, noodopvang en 24-uursvoorzieningen en vrouwen- en mannenopvang) per 10.000 inwoners per centrumgemeente	19,5	21,6	11,0%	Data aangeleverd door de gemeente Amsterdam	Data heeft betrekking op cliënten gemeente Amsterdam. Genoemd aantal is exclusief forensisch.
# cliënten met E33-melding	# overlastmeldingen per door personen met psychische problematiek 10.000 inwoners per zorgkantoorregio	75,1	81,4	8,5%	Politie database Amsterdam en Diemen (data.politie.nl)	Aantal unieke cliënten met een E33-melding is niet beschikbaar via de openbare database. Dit betreft het totaal aantal E33-meldingen.
# overlastmeldingen	# overlastmeldingen totaal per 10.000 inwoners per zorgkantoorregio	197,2	208,3	5,7%	Politie database Amsterdam en Diemen (data.politie.nl)	



Karin Lemmens
Director KPMG Health
Mob: + 31 6 12 51 36 83
Lemmens.Karin@kpmg.nl

Jorien Vink
Manager KPMG Health
Mob: + 31 6 13 97 56 61
Vink.Jorien@kpmg.nl

Floris Baartmans
Senior consultant KPMG Health
Mob: + 31 6 24 40 63 50
Baartmans.Floris@kpmg.nl



© 2021 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG-organisatie.