

CONCEPT

Integrale aanpak EPA Vorbereidingsfase

Conceptversie 3.0

Leeuwarden, 30 mei 2019

INHOUDSOPGAVE | Integrale aanpak EPA

• Aanleiding	2
• Achtergrond pilot	5
• Voorbereiding pilot	16
• Werkwijze	21
• Bekostiging	36
• Wetenschappelijk onderzoek	50
• Hoe verder	53

AANLEIDING | GGZ Friesland, De Friesland Zorgverzekeraar en de gemeenten Súdwest-Fryslân, Leeuwarden en Smallingerland bereiden een pilot voor de EPA doelgroep voor

- Naast ernstige psychiatrische problematiek is bij de EPA doelgroep vaak sprake van problemen in allerlei andere leefgebieden. Deze cliënten kunnen vaak niet functioneren zonder een steunsysteem, hiervoor zijn cliënten aangewezen op voorzieningen vanuit de gemeente zoals dagbesteding, werk en/of wonen. In de afgelopen jaren is het vermoeden ontstaan dat de zorg en ondersteuning aan de EPA doelgroep integraal en geboden dient te worden. Op die manier kan effectiever en efficiënter aan het toekomstperspectief van deze cliënten gewerkt worden
- In 2018 is dit vermoeden nader onderzocht, daaruit is een business case voortgekomen. Uit deze business case is gebleken dat voor de overgrote meerderheid van de EPA cliënten inderdaad sprake is van betrokkenheid van de GGZ en de gemeenten. Op basis van gesprekken met behandelaren, maatschappelijk werkers en inhoudelijk experts zijn de contouren van een nieuwe werkwijze voor deze doelgroep uitgewerkt. Uit de doorrekeningen blijkt dat het besparingspotentieel erg groot is
- Naar aanleiding van de businesscase zijn de deelnemende partijen overeengekomen dat er een nieuwe integrale aanpak zou moeten worden uitgewerkt. In dat kader hebben de betrokken partijen de handen in een geslagen om gezamenlijk een pilot voor te bereiden waarbij integrale samenwerking en herstelgericht werken centraal staan

LEESWIJZER | Dit document is de eerste uitwerking van de voorbereiding op de pilot, in deze versie liggen nog een aantal keuzes voor

- In dit document zijn de resultaten van de voorbereiding op de pilot uitgewerkt.
- In dit document wordt achtereenvolgens ingegaan op de werkwijze, de organisatie van de teams, de bekostiging en daarbij behorende rechtmatigheidseisen, wetenschappelijk onderzoek en het vervolg
- Voordat er ingegaan wordt op de pilot zelf wordt eerst kort toegelicht waarom het belangrijk is dat er een pilot van de grond komt

ACHTERGROND
PILOT

ACHTERGROND | Het is algemeen bekend dat de problematiek van de EPA doelgroep complex en meervoudig is, in de business case is hier maat en getal aan gegeven

- De doelgroep met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen betreft een doelgroep met zeer complexe problematiek. Het is algemeen bekend dat dit een doelgroep betreft waarvoor de problemen niet alleen psychiatrisch van aard zijn, maar ook hun weerga hebben op het welzijn en maatschappelijk functioneren van deze cliënten. Passende huisvesting, voldoende werk- en/of inkomen, zelfredzaamheid en een gevoel van een betekenisvol leven zijn veel voorkomende uitdagingen voor deze doelgroep
- Deze doelgroep is soms jaren in zorg en het is niet ongebruikelijk is dat het hier om meerdere decennia gaat. Het volledig genezen is voor deze doelgroep in veel gevallen moeilijk. In dat kader wordt gewerkt vanuit de herstelgedachte, waarbij in de aanpak wordt toegewerkt naar een betekenisvol leven vanuit het perspectief van de cliënt
- In 2018 is een business case uitgewerkt waarbij is getracht om bovenstaande aannames cijfermatig te toetsen. Vervolgens is het ziekteverloop van de doelgroep in kaart gebracht en is uitgewerkt waar het “mis” ging. Op basis van deze analyse zijn uitgangspunten voor een nieuwe aanpak uitgewerkt waarbij het voorkomen situaties, vroeg signaleren en aanpakken van deze situaties centraal staat
- De gevolgen van deze aanpak en de daarbij behorende aannames zijn doorerekend in de vorm van een business case. In de hierop volgende sheets zijn de uitgangspunten en berekeningen samengevat

ACHTERGROND | De kwantitatieve analyse is uitgevoerd op basis van geanonimiseerde gegevens aangeleverd door drie gemeenten, Vektis en GGZ Friesland

- Uit de database van GGZ Friesland zijn 300 cliënten geselecteerd. Deze 300 cliënten zijn gelijkelijk verdeeld over de gemeenten Súdwest-Fryslân, Leeuwarden en Smallingerland. Van deze groep zijn 150 cliënten willekeurig uit het gehele cliëntenbestand van GGZ Friesland gehaald (50 per gemeente). De overige 150 cliënten zijn willekeurig uit de FACT populatie getrokken (50 per gemeente). Voor deze cliënten is de behandelhistorie van GGZ Friesland in kaart gebracht, inclusief indicatie en kosten per jaar
- De gemeenten Leeuwarden, Smallingerland, Leeuwarden en Súdwest-Fryslân hebben voor deze cliënten opgeleverd welke kosten zij maken voor deze doelgroep. Dit omvat alle uitgaven op persoonsniveau op de domeinen werk en inkomen, wonen en hulpverlening. Het gaat daarbij om Wmo, participatiewet, bijstand en beschermd wonen (Informatie over uitkeringen is niet beschikbaar, dit gaat via het UWV).
- Via Vektis (vignettenstudie) zijn alle uitgaven vanuit de WLZ en ZVW voor de EPA doelgroep in de drie betrokken gemeenten uitgevraagd.
- Aan de hand van interviews met psychiaters en (klinisch)-psychologen is er ingezoomd op de EPA doelgroep, op basis hiervan is een voorlopig beeld geschetst van het behandelverloop van een EPA cliënt
- In een bijeenkomst met medewerkers van de gebiedsteams (Leeuwarden, Súdwest-Fryslân en Smallingerland) en FACT teams (GGZ Friesland) is het in document geschetste beeld van het behandelverloop getoetst aan de praktijk. Tijdens deze bijeenkomst is het geschetste beeld bevestigd. Ook de uitgangspunten in de business case rondom de inzet van uren om integrale samenwerking te bewerkstelligen zijn geverifieerd. De aanwezigen gaven aan dat een besparing van tien procent minimaal haalbaar zou moeten zijn. Bovenal waren alle aanwezigen enthousiast over de voorgestelde nieuwe integrale werkwijze

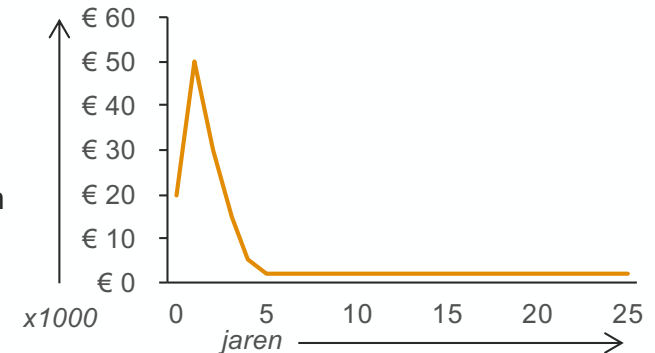
ACHTERGROND | De kwalitatieve analyse is uitgewerkt en geverifieerd op basis van gesprekken met behandelaren en wijkteammedewerkers

- In de afgelopen jaren is een ruime hoeveelheid aan informatie rondom populatiebesteding en de EPA doelgroep ontstaan. De bestaande documentatie is bestudeerd in het kader van deze verkenning. Voor de lijst met documenten zie de bijlage
- Aan de hand van interviews met psychiaters en (klinisch)-psychologen is er ingezoomd op de EPA doelgroep, op basis hiervan is een voorlopig beeld geschetst van het behandelverloop van een EPA cliënt. Voor de lijst met gesprekspartners zie de bijlage
- Op basis van interviews en documenten is een beeld opgesteld over de compliance- en rechtmatigheidseisen waar GGZ Friesland mee te maken heeft wat betreft de EPA doelgroep
- In een bijeenkomst met medewerkers van de gebiedsteams (Leeuwarden, Súdwest-Fryslân en Smallingerland) en FACT teams (GGZ Friesland) is het in document geschetste beeld van het behandelverloop getoetst aan de praktijk. Tijdens deze bijeenkomst is het geschetste beeld bevestigd. Ook de uitgangspunten in de business case rondom de inzet van uren om integrale samenwerking te bewerkstelligen zijn geverifieerd. De aanwezigen gaven aan dat een besparing van tien procent minimaal haalbaar zou moeten zijn. Bovenal waren alle aanwezigen enthousiast over de voorgestelde nieuwe integrale werkwijze

ACHTERGROND | De totale kosten per cliënt lopen zeer uiteen. Deze zijn met name afhankelijk van de duur van de periode dat een cliënt zorg of hulp ontvangt

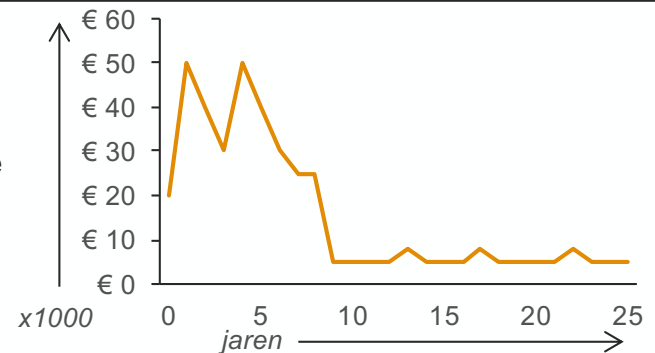
Cliënten met relatief snel herstel ("Groep A")

- Decompensatie wordt snel gesignaleerd en er wordt meteen ingegrepen
- Een cliënt wordt doorgaans ongeveer twee jaar behandeld waarna de behandeling snel kan worden afgebouwd
- Na het herstel functioneert een cliënt redelijk zelfstandig binnen het eigen sociale netwerk. Hulp of ondersteuning vanuit de gemeente is minimaal



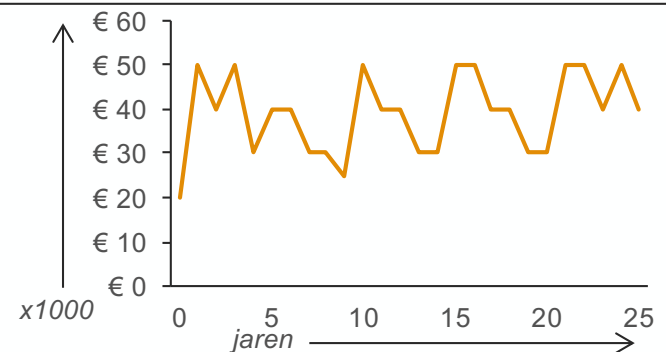
Cliënten met een "gebruikelijk" zorg en hulp-patroon ("Groep B")

- Decompensatie wordt later dan wenselijk gesignaleerd, er is sprake van intensief ingrijpen.
- De cliënt lijkt daarna te herstellen maar decompenseert nog één of twee keer in de daarop volgende jaren. Dit leidt tot uiteenvallen van het sociale systeem en een beslag op gemeentelijke middelen
- Na een kleine tien jaar lukt het om de cliënt te stabiliseren, de cliënt blijft kwetsbaar maar functioneert met ondersteuning van netwerk en inzet vanuit de gemeente

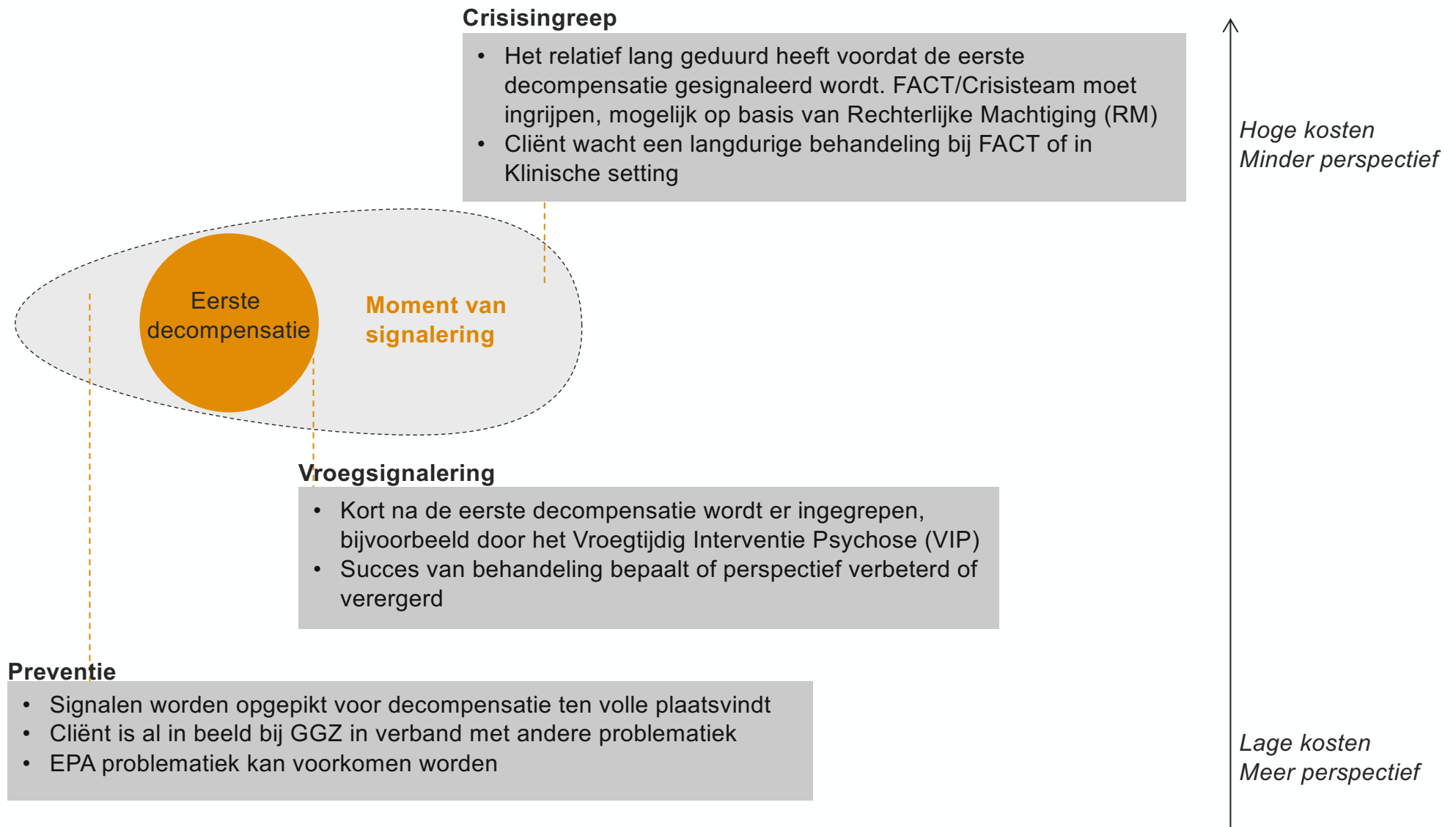


Cliënten met een langdurig chronisch patroon ("Groep C")

- Na de eerste decompensatie blijkt dat cliënt moeilijk te behandelen is
- In het leven van de cliënt wisselen crisissituaties en kortstondige herstelperiodes elkaar af.
- Na elke decompensatie en/of crisissituatie duurt de daarop volgende relatieve periode van rust korter
- Behandeling leidt in het beste geval tot relatieve stabiliteit, maar er blijft sprake van een chronische problematiek



ACHTERGROND | Er lijkt geen directe relatie tussen de besteding van maatschappelijke middelen en een herstel voor cliënten



ACHTERGROND | Werken aan herstel voor deze doelgroep is lastig omdat veel partijen betrokken zijn en niet altijd (kunnen) samenwerken

In de behandeling en ondersteuning van EPA cliënten blijkt het gericht werken aan herstel voor cliënten niet goed mogelijk te zijn. Deze vinden hun oorsprong in suboptimale samenwerkings-, financierings- en rechtmatigheidsomstandigheden:

- Bij de EPA doelgroep zijn hoofdzakelijk vier partijen betrokken: de GGZ, de verslavingszorg, de OGGZ en de gemeente. Het structureel afstemmen op het niveau van integrale maatschappelijke voorzieningen blijkt niet de regel.
- Ook in geval van samenwerking is er tussen de betrokken instanties er regelmatig sprake van onduidelijkheid. Dit ligt op het gebied van verantwoordelijkheden en regels over wanneer wat nodig is en/of ingezet mag worden of uit welke financieringsstroom gefinancierd mag worden
- In de behandeling van cliënten wordt geen onderscheid gemaakt tussen verschillende cliëntgroepen, terwijl dit gezien de grote verschillen tussen individuele cliënten wel logisch zou zijn. In een aantal gevallen lijkt er ruimte voor verbetering of zelfs herstel terwijl in andere gevallen stabilisatie het hoogst haalbare lijkt te zijn
- Er is geen sprake van geïndividualiseerde integrale herstel of perspectiefplannen voor EPA cliënten en integrale monitoring daarvan

ACHTERGROND | Daarnaast blijkt vroegsignalering vooral voor deze doelgroep van groot belang. Daarmee kan een chronisch ziektepatroon voorkomen worden

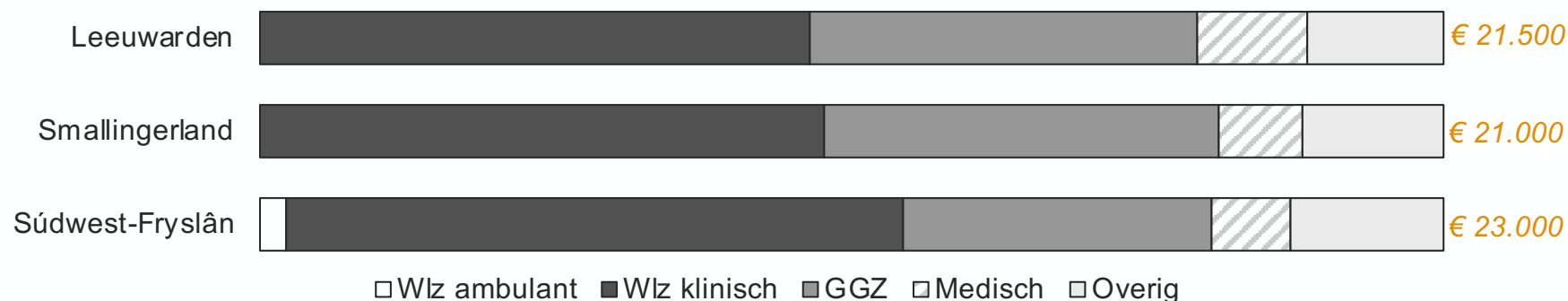
Het is vooral voor EPA cliënten uitermate belangrijk dat wanneer problematiek ontstaat dit snel gesignaleerd wordt en dat eventuele hulp of behandeling snel start op de juiste intensiteit. Dit gaat niet alleen om GGZ behandeling, maar ook om hulp en voorziening als het gaat om welzijn, sociale omstandigheden, wonen, werk en inkomen.

- Voor behandelaren blijkt het moeilijk om prognoses te maken van het ziekteverloop van cliënten. Zij geven aan dat er weinig wetenschappelijke resultaten zijn die dit hier richting aan geven en houden zich vast aan bestaande standaarden. Waarvan steeds meer duidelijk wordt dat deze ontoereikend zijn
- Voor de doelgroep 12 – 25 jaar is er geen aantrekkelijke en laagdrempelige plek waar zij terecht kunnen wanneer ze te maken hebben met opkomende psychologische en/of mentale problematiek. Dit bemoeilijkt preventie en vroegsignalering
- Het grootste deel van de EPA-problematiek ontstaat rond het 18^e levensjaar. Op hetzelfde moment vindt er een knip plaats in financiering en behandeling, hetgeen de continuïteit van zorg bemoeilijkt
- Een GGZ behandeling is alleen rechtmatig indien er een DBC kan worden geopend. Wanneer er sprake is van een preventieve behandeling kan er alleen onder specifieke omstandigheden (geïndiceerde preventie) rechtmatig zorg geleverd worden

ACHTERGROND | De totale kosten voor de EPA doelgroep in de drie gemeenten bedraagt jaarlijks € 110 - 120 miljoen, het betreft hier een kleine 4000 cliënten

Uitgaven per gemeenten vanuit de Zvw en Wlz*

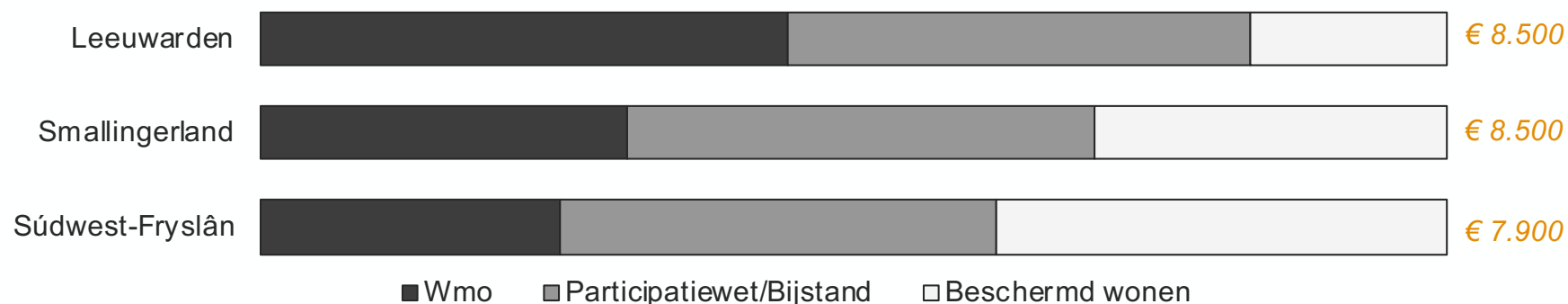
In onderstaand figuur is voor de drie betrokken gemeenten uitgewerkt wat de uitgaven aan de EPA doelgroep zijn per financieringsstroom (2017). Het oranje gekleurde getal naast de balken betreft de totale uitgaven per cliënt in de desbetreffende gemeente.



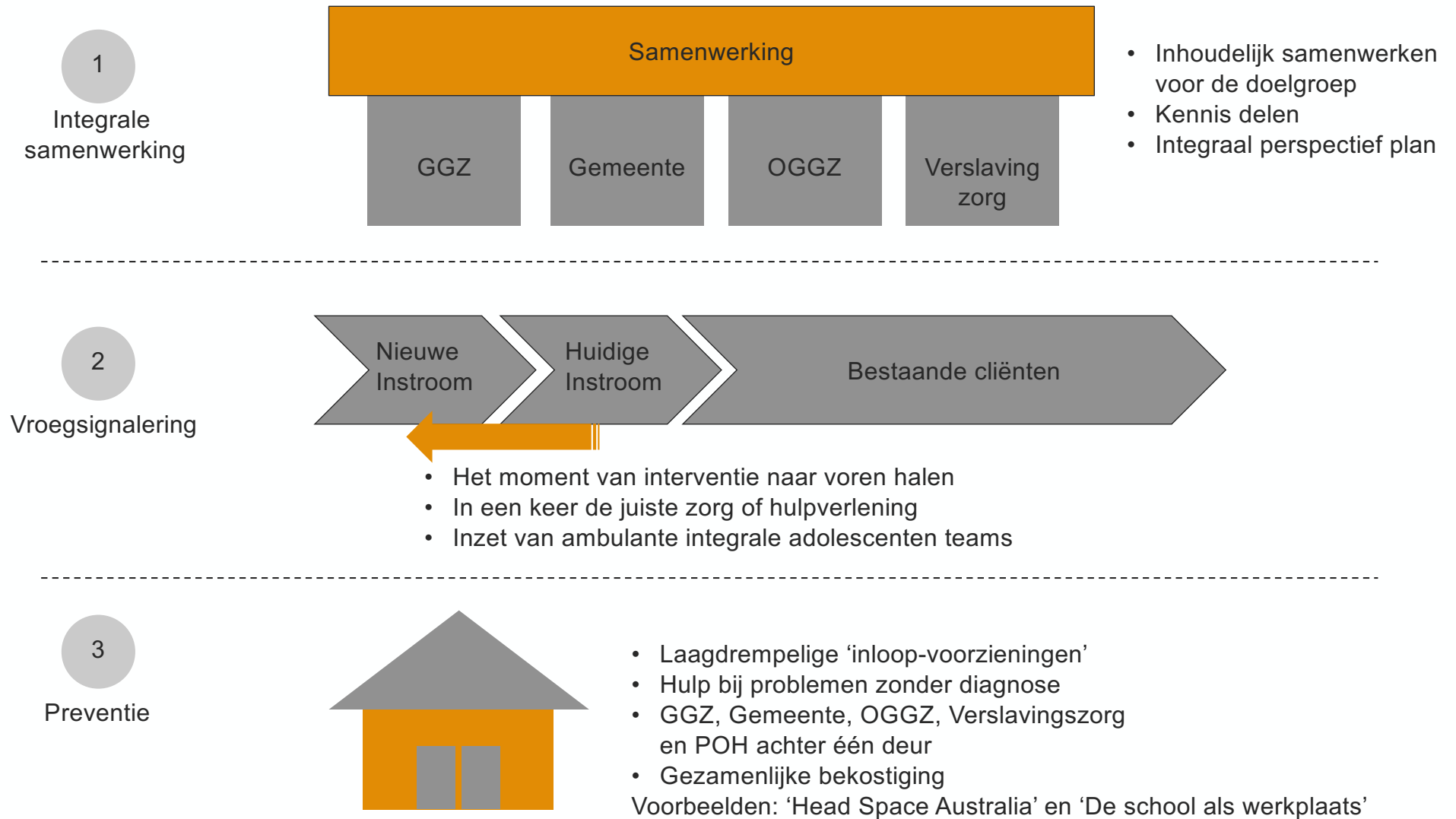
*Op basis van de cijfers aangeleverd door Vektis

Uitgaven per financieringsstroom per gemeente

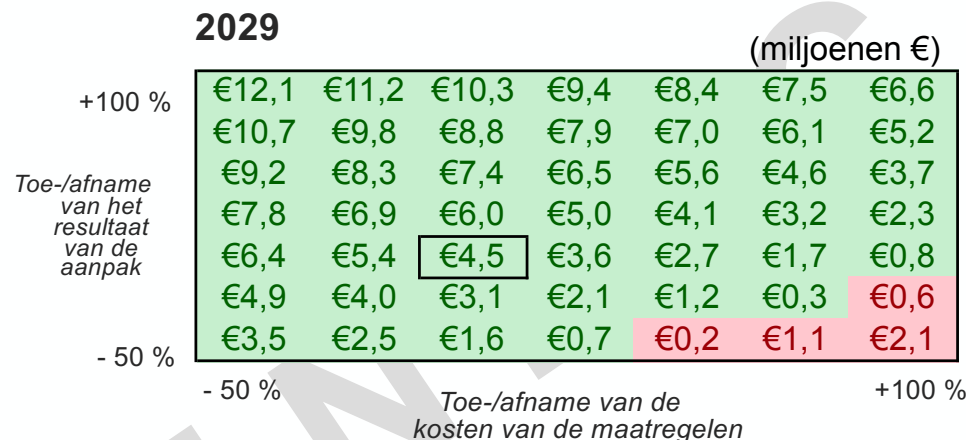
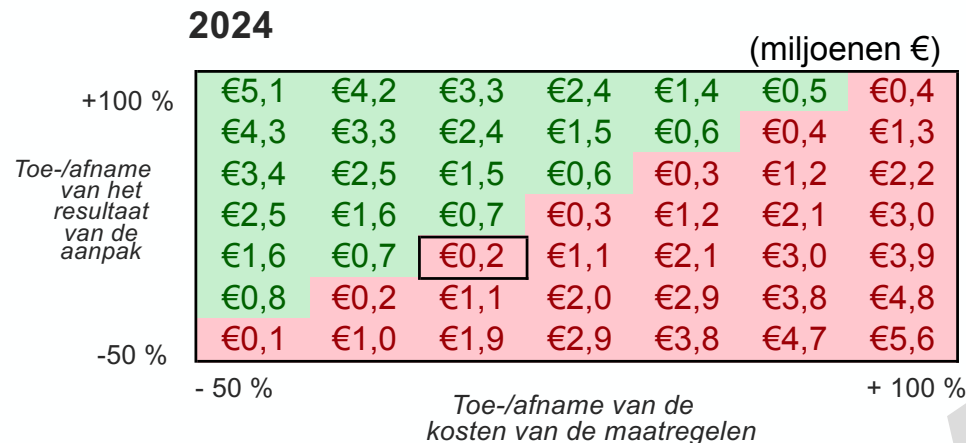
In onderstaand figuur is voor de drie betrokken gemeenten uitgewerkt wat de uitgaven aan de EPA doelgroep zijn per gemeentelijke financieringsstroom.



ACHTERGROND | De voorgestelde oplossingsrichting combineert integrale samenwerking, integrale bekostiging, vroegsignalering en specifieke preventie¹



ACHTERGROND | Het lijkt onwaarschijnlijk om aan te nemen dat de business case op langere termijn negatief is – daarvoor is het besparingspotentieel te groot



- In de hiernaast opgenomen grafieken zijn de uitkomsten van de business case samengevat voor respectievelijk 2024 en 2029. Groene cellen betreffen positieve uitkomsten van de business case. Rode cellen zijn negatieve uitkomsten. De cijfers betreffen een gemeente met 1800 EPA cliënten
- In de omkaderde cel is de uitkomst van de business op basis van de hiervoor gepresenteerde aannames opgenomen voor het betreffende jaar. Voor 2024 is deze negatief (€ 0,2 mln) en voor 2029 is deze positief (€ 4,5 mln)
- In de andere cellen zijn de uitkomsten van de business case opgenomen, uitgaande van andere aannames over de kosten van de aanpak of resultaten van de aanpak. Daaruit blijkt dat ook indien de aanpak de helft minder resultaat oplevert de business case in 2029 ook positief is, ook indien de kosten van de maatregelen het dubbele bedragen
- De voornaamste oorzaak van de positieve business case is het feit dat mensen uitstromen uit het zorg en hulpverleningsproces, waardoor de gemiddelde periode dat mensen afhankelijk zijn van **GGZ, dagbesteding** en **beschermd wonen voorzieningen** afneemt
- Multidisciplinair werken is met de bestaande aannames direct kostendekkend – dit kost ca € 1 mln en levert € 2 mln op

VOORBEREIDING
PILOT

VOORBEREIDING | Om te komen tot brede uitrol van een nieuwe integrale werkwijze voor de EPA doelgroep, is het verstandig om eerst tot een pilot te komen

- Een pilot biedt de mogelijkheid om de nog te ontwikkelen integrale werkwijze in de praktijk uit te werken en te toetsen. Zo moet onder andere uitgezocht worden uit welke componenten de werkwijze bestaat, moet deze (nieuwe) werkwijze worden vastgelegd, moet uitgewerkt worden hoe de taken en verantwoordelijkheden het beste te verdelen zijn over de verschillende betrokkenen etc. Daarnaast is het nodig om de effectiviteit van de aanpak nader te onderzoeken en zakelijk te onderbouwen, zodat een brede uitrol ook inhoudelijk en bedrijfskundig verdedigbaar is
- Een pilot in gemeenten (Leeuwarden, Smallingerland en Súdwest-Fryslân) lijkt logisch. Dit betekent dat er in elke gemeente één integraal EPA team aan het werk gaat. De werkzaamheden van deze drie teams worden dan nauwlettend gevolgd in een onderzoek.
- Het is goed om een dergelijke pilot goed voor te bereiden. Daarmee wordt de slaagkans vergroot
- In de periode waarin de pilot verder uitgewerkt wordt, kan de formele besluitvorming over de start van de pilot voorbereid worden. Dit gaat onder meer over de besluitvorming in drie colleges en bij de Nza en DFZ.



VOORBEREIDING | De betrokken partijen zijn gestart met het voorbereiden van een pilot om de uitgewerkte werkwijze in de praktijk te brengen en te toetsen

- De gemeenten Súdwest-Fryslân, Smallingerland en Leeuwarden, De Friesland Zorgverzekeraar en GGZ Friesland hebben aangegeven dat zij achter het idee staan van een integrale aanpak voor de EPA doelgroep zoals op hoofdlijnen beschreven in dit document
- Een pilot biedt de mogelijkheid om de nog te ontwikkelen integrale werkwijze in de praktijk uit te werken en te toetsen. Zo moet onder andere uitgezocht worden uit welke componenten de werkwijze bestaat, moet deze (nieuwe) werkwijze worden vastgelegd, moet uitgewerkt worden hoe de taken en verantwoordelijkheden het beste te verdelen zijn over de verschillende betrokkenen. Daarnaast is het nodig om de effectiviteit van de aanpak nader te onderzoeken en zakelijk te onderbouwen, zodat een brede uitrol ook inhoudelijk en bedrijfskundig verdedigbaar is
- Het is belangrijk om een dergelijke pilot goed voor te bereiden. Daarmee wordt de slaagkans vergroot. Partijen zouden wanneer de Nza hier achter staat graag beginnen met de voorbereidingen op de pilot
- Het lijkt onwaarschijnlijk om aan te nemen dat de business case op langere termijn negatief is – daarvoor is het besparingspotentieel te groot. Uit de business case blijkt dat ook indien de aanpak de helft minder resultaat oplevert de business case in 2029 ook positief is, ook indien de kosten van de maatregelen het dubbele bedragen. Bovendien is multidisciplinair werken met de bestaande aannames direct kostendekkend – dit kost ca € 1 mln en levert € 2 mln op

VOORBEREIDING | In de voorbereiding op de pilot zijn de volgende zaken nader uitgewerkt, verschillende werkgroepen zijn met deze vragen aan de gang gegaan

- Hoe ziet het traject van zorg en welzijn voor de EPA doelgroep er idealiter (in globale zin) uit?
- Wat is de taakopdracht, rol en verantwoordelijkheid van de medewerkers van de integrale teams?
- Wat is de verhouding tussen de verschillende medewerkers en betrokken partijen en/of reeds bestaande initiatieven
- Hoe groot is zo'n team, en uit welk type medewerkers bestaat een team?
- Hoe wordt de cliëntenpopulatie geselecteerd?
- Hoeveel cliënten moeten onderdeel uitmaken van de pilot?
- Hoe communiceren we dit intern en extern?
- Welke zaken rondom rechtmatigheid en administratie zijn te verwachten en kunnen op voorhand worden opgelost?
- Welke obstakels kunnen worden verwacht in de samenwerking tussen GGZ en gemeenten en (hoe) kunnen deze obstakels op voorhand opgelost worden?
- Hoe kunnen deze obstakels op voorhand opgelost worden?
- Welke zaken behoeven goedkeuring van de Nza of andere partijen?
- Op welke wijze kan de financiering en administratie van zorg worden georganiseerd?
- Het vinden van een partner voor het uitvoeren van het onderzoek
- Het uitwerken van een voorstudie
- Het uitvoeren van een literatuurstudie
- Het definiëren van de parameters die aantonen dat het een succes is (o.a. cliënt, medewerkers en administratie)
- Het uitwerken van een onderzoeksopzet voor de uitvoering van het onderzoek gedurende de looptijd van de pilot
- Het verkennen van de opties en het mogelijk maken van integrale financiering binnen de wettelijke kaders

VOORBEREIDING | In het vervolg van dit document komen de volgende onderwerpen aan bod

A

Werkwijze

C

Wetenschappelijk
onderzoek

B

Bekostiging

D

Implementatieplan

WERKWIJZE

WERKWIJZE | Aan de werkgroep werkwijze is gevraagd om een integrale aanpak voor de EPA doelgroep

Aan de werkgroep werkwijze zijn de vragen in onderstaande tabel voorgelegd. In de hierop volgende sheets worden de uitwerkingen van deze vragen toegelicht. Aan het eind komen de openstaande vragen aan bod

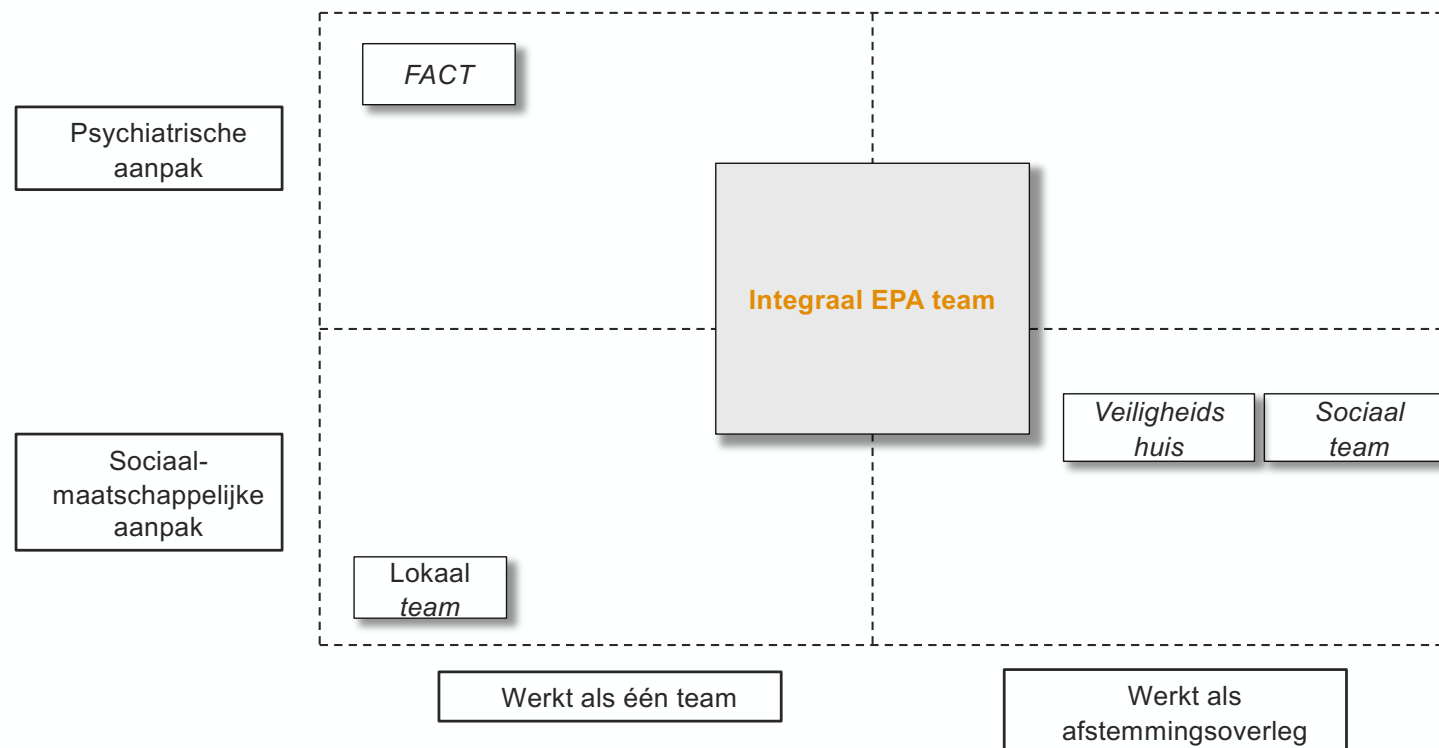
#	Vraag	Status
1	Hoe ziet het traject van zorg en welzijn voor de EPA doelgroep er idealiter (in globale zin) uit?	Uitgewerkt
2	Wat is de taakopdracht, rol en verantwoordelijkheid van de medewerkers van de integrale teams?	Uitgewerkt
3	Wat is de verhouding tussen de verschillende medewerkers en betrokken partijen en/of reeds bestaande initiatieven	Uitgewerkt
4	Hoe groot is zo'n team, en uit welk type medewerkers bestaat een team?	Uitgewerkt
5	Hoe wordt de cliëntenpopulatie geselecteerd?	Uitgewerkt
6	Hoe communiceren we dit intern en extern?	Uitgewerkt

WERKWIJZE | De werkgroep heeft onderstaande visie ontwikkeld op het traject van zorg en welzijn voor de cliënt, de herstelvisie staat hierin centraal

- Voor de ondersteuning en behandeling van EPA cliënten geldt dat het verhaal van de cliënt centraal staat. Het team werkt vanuit de **herstelvisie**. Dat betekent dat samen met de cliënt wordt bepaald welke doelen er worden gesteld, en samen besloten wordt welke behandeling en interventies worden ingezet. De cliënt onderneemt zo veel mogelijk zelf. Gangbare doelstelling binnen deze visie zijn: het volgen van een opleiding, weer aan het werk kunnen en/of het contact met het sociale netwerk (her)opbouwen. Om deze doelstellingen te bereiken is vaak een combinatie nodig van psychiatrische behandeling en intensieve ondersteuning vanuit de gemeente. In de herstelvisie staan vier kernwaarden centraal
 - De persoon staat centraal, niet de diagnose
 - De cliënt is persoonlijk en actief betrokken bij het plannen en uitvoeren van de zorg
 - De cliënt mag en kan zelf zijn richting kiezen
 - Hoop en groeipotentie staan centraal in de aanpak
- Door het sociale, maatschappelijke - en het psychiatrische domein te integreren ontstaat de mogelijkheid om tot een integrale herstelgerichte aanpak voor cliënten te komen. Door te werken richting herstel kan de cliënt betekenis vinden in het leven. Dat kan bijvoorbeeld door maatschappelijk bij te gaan dragen, een opleiding te volgen, het sociale netwerk op te bouwen of door weer te gaan werken
- In dat kader is het van groot belang dat de gemeenten en de GGZ kunnen samenwerken zonder onnodige en hinderende barrières. De administratieve lasten voor de GGZ zijn op dit moment hoog. Waar het samenwerking betreft tussen de GGZ en de gemeentelijke teams geldt dat er nu ook sprake is van een verscheidenheid aan administratieve lasten. Om echt efficiënt richting herstel en maatschappelijke participatie voor deze groep cliënten te werken is het van groot belang dat men niet gehinderd wordt door verschillende financieringspotjes, ingewikkelde rechtmatigheidseisen en hoge administratieve druk

WERKWIJZE | De werkgroep ziet een belangrijke verschillen tussen reeds bestaande teams. Voor het EPA team geldt integraal en als één team werken als uitgangspunt

- De teams die nu actief zijn in de regio zijn kunnen niet integraal werken (lokale teams en FACT) of hebben wel een integrale blik op problematiek maar geen doorzettingsmacht (veiligheidshuis en sociaal team)
- In de aanpak van de EPA doelgroep is het van groot belang als psychiatrische expertise samenkomt met sociaal-maatschappelijke expertise. Op dit moment is er geen team waar deze expertises samen komen
- Het integrale EPA team functioneert als één team met medewerkers van de GGZ en de gemeenten, als het nodig is voor het herstel van cliënten worden andere partijen (UWV, politie, etc.) betrokken



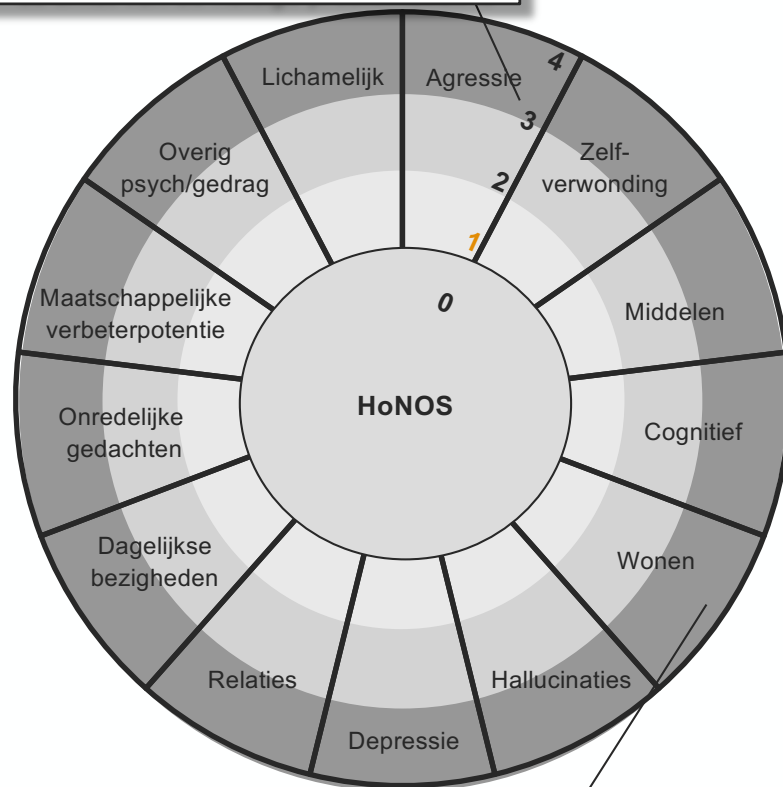
WERKWIJZE | De werkgroep heeft onderstaande uitgangspunten geformuleerd voor de werkwijze, de nadruk ligt hier op integrale samenwerking en herstel voor de cliënt

Waardeketen Primair proces			
Verwijzing en selectie cliënten	Aanmelding & intake	Behandeling & Hulpverlening	Uitstroom & nazorg
- Huisartsen, wijkteams en aanbieders (etc.) kunnen cliënten aandragen bij het integrale EPA team. Dit doen zij op basis van de doelgroep beschrijving - In de doelgroepbeschrijving staat ook aangegeven in welke postcodegebieden het integrale EPA team actief is - Aanmeldingen komen binnen bij de toewijzingscommissie, zij bepalen of een cliënt door wordt gezet naar het EPA team - De huidige FACT populatie komt overeen met de doelgroep	- De intake wordt altijd uitgevoerd door een SPV en een maatschappelijk werker en met betrokkenheid van een ervaringsdeskundige. - Zij gebruiken hier een door de werkgroep uitgewerkt integraal intakeformat voor en leggen het verslag vast - Op basis van de intake vullen zij de HoNOS+ vragenlijst in, de uitkomsten hiervan worden vastgelegd - Vanaf de intake staat de cliënt en de weg naar herstel centraal	- Aan de hand van het verslag van de intake en de uitkomst HoNOS+ vindt EPA (FACT) bord overleg plaats - Hier worden procesafspraken gemaakt voor de eerste weken - Voor iedere cliënt wordt binnen een maand na de intake een bijeenkomst georganiseerd waar het integrale herstelplan voor de cliënt wordt opgesteld Preventie is een belangrijk onderdeel van de aanpak - Voor deze bijeenkomst worden alle te betrekken partijen en naastbetrokkenen uitgenodigd - Gezamenlijk wordt een herstelplan uitgewerkt waarbij het herstel van de cliënt centraal staat (Waar werken we naar toe? Wat wil de cliënt bereiken? Wanneer zit ons werk erop? Wie doet wat? Wanneer evalueren we?) - Nadat het plan is opgesteld wordt gecheckt of hier sprake is van de meest wenselijke integrale aanpak	- Periodieke evaluatie vindt plaats aan de hand van het herstelplan en de HoNOS+ - Wanneer er sprake is van herstel bij de cliënt is er sprake van warme overdracht naar een betrokken samenwerkingspartners - Voorafgaand aan de overdracht worden afspraken ingepland waarbij wordt geëvalueerd hoe het er voor staat - Cliënt wordt op termijn afgeschaald maar blijft lange tijd in beeld

WERKWIJZE | Voor de intake, diagnostiek en evaluatie van de voortgang wordt aangesloten op de HONOS+ systematiek

1 HoNOS zorgclusters

Het team beoordeelt de cliënt op een aantal leefgebieden. Per leefstijlgebied geeft de behandelaar op een vijfpuntsschaal aan wat de ernst van de huidige problematiek is



De leefgebieden omvatten ook onderwerpen die niet voorkomen in het psychiatrisch handboek ("de DSM")

2 Supercluster

Vervolgens wordt aangegeven in hoeverre er sprake is van psychotische verschijnselen

Geen psychotische verschijnselen

X

Psychotische verschijnselen

X

Neurocognitieve problematiek

X

3 Clustergroep

De derde stap heeft betrekking op de (behandel)historie van de cliënt

Eerste episode

X

Acute episode

X

Terugkerend of aanhoudend

X

Instabiele of chaotische levensstijl

X

4 Zorgcluster vaststellen

- Op basis van de ingevulde antwoorden suggereert het systeem het meest passende zorgcluster
- Het zorgcluster bepaalt wat het tarief en de maximale behandelduur voor de behandeling betreft

WERKWIJZE | De integrale EPA teams bestaan uit maatschappelijk werkers, FACT-team medewerkers en een coach

Integraal EPA team

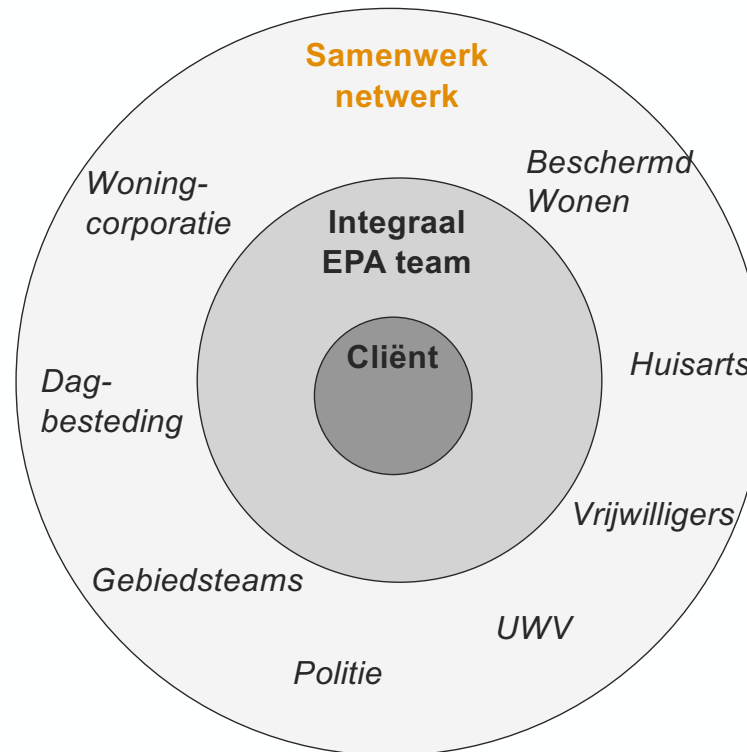
- De integrale EPA teams bestaan uit medewerkers die normaal gesproken in een FACT-team werken en maatschappelijk werkers afkomstig uit een gebiedsteam
- Ieder van de teams heeft de beschikking over expertise uit de verslavingszorg. GGZ Friesland waarborgt dit zelf of in samenwerking met partners
- De teams worden aangevuld met een coach. De coach ondersteunt bij de integratie van de teams, de implementatie van de nieuwe werkwijze en het centraal stellen van de herstelvisie
- Hoe groot de teams zijn en hoeveel FTE er per functie in een team komt verschilt per gemeente. Deze zaken zijn uitgewerkt in de hieropvolgende sheets

Inschatting aantal functionarissen

#	Functie (inschatting)	Aantal	Huidig team
1	Maatschappelijk werkers	5	Gebiedsteam
2	Coach	1	Nieuw
3	Sociaal Psychologisch Verpleegkundige (GGZ/Verslaving)	3	FACT
4	GGZ ambulant verpleegkundige	3	FACT
5	Psychiater	1	FACT
6	Klinisch psycholoog / GZ psycholoog	1	FACT
7	Ervaringsdeskundige	1	FACT
8	IPS-trajectbegeleider	1	FACT

WERKWIJZE | Het integrale EPA team werkt intensief samen met vaste contactpersonen in het netwerk rondom de cliënt

- Het is van groot belang dat het integrale EPA team in verbinding staat met alle partijen die betrokken zijn bij de cliënt, daarmee positioneert het integrale EPA team zich niet als gesloten team maar als een team dat te midden van een netwerk van samenwerkingspartners staat
- Afhankelijk van de herstelbehoefte van de cliënt zijn de samenwerkingspartners in meerdere of mindere mate betrokken
- Voor ieder van de samenwerkingspartner geldt dat het integrale EPA team werkt met een vaste contactpersoon



WERKWIJZE | Er is gekeken hoe deze uitgangspunten ook in de praktijk van de drie gemeenten en de FACT teams gerealiseerd kunnen worden

Leeuwarden

De gemeente Leeuwarden heeft de lokale teams ondergebracht aan uitvoeringsorganisatie Amaryllis. De organisatie heeft in de gemeente zes wijkteams in het centrum van Leeuwarden en twee dorpensteams. Deze teams zijn integraal verantwoordelijk voor de Wmo, jeugd en participatie

Smallingerland

In de gemeente Smallingerland zijn vanaf 1 januari 2019 drie integrale 0-100 teams: Zuid-West, Noord-Oost en Zuid-Oost. Deze teams vallen onder de noemer “Carins”. Deze teams zijn integraal verantwoordelijk voor de Wmo, jeugd en participatie.

Súdwest-Fryslân

In de gemeente Súdwest-Fryslân zijn vier gebiedsteams; Sneek Noord, Sneek Zuid, Bolsward en het buitengebied. Deze teams zijn integraal verantwoordelijk voor de Wmo, jeugd en participatie

FACT

De EPA doelgroep wordt vanuit GGZ Friesland behandeld door FACT teams. De maximum grootte van de actieve caseload van een FACT team is 300. De FACT teams van GGZ Friesland hebben net als de wijkteams hun eigen geografische werkgebied.

- In de gemeente Leeuwarden zijn drie FACT teams actief (Leeuwarden Centrum, Noord en Zuid).
- In de gemeente Smallingerland zijn dat twee teams (Drachten Noord, Drachten Zuid).
- In Súdwest-Fryslân zijn twee FACT+ teams (Sneek stad en Sneek regio). FACT+ is een samenwerkingsverband tussen GGZ Friesland en VNN waarbij beide organisaties samen zorg aan een EPA-cliënt leveren.

WERKWIJZE | In de gemeenten Leeuwarden komt de spreiding van de gebiedsteams en FACT in grote lijnen overeen

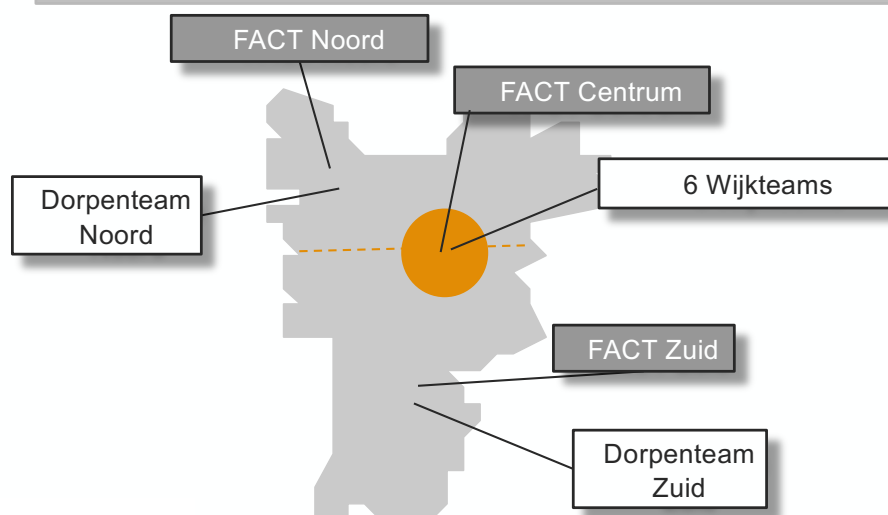
Toelichting

- In de gemeente Leeuwarden zijn drie FACT teams, een daarvan heeft de stad Leeuwarden als werkgebied. De andere team teams zijn werkzaam in het buitengebied
- Er zijn ook acht gebiedsteams in de gemeente Leeuwarden. Zes daarvan zijn actief in de stad Leeuwarden, de andere twee in het buitengebied

FACT teams Leeuwarden

Team	FTE	Caseload
FACT Team Noord	8,7	137
FACT Team Centrum	10,3	156
FACT Team Zuid	10,5	183
Totaal	29,5	476

Gebiedsteams Leeuwarden



Gebiedsteams Leeuwarden

Team	FTE	Caseload
Zuid	18,5	838
Centrum oost	16	1007
Noord	14,8	617
Noordoost	14,7	602
Oudoost	17,9	561
West	9,1	645
Dorpenteam Zuid	8,9	427
Dorpenteam Noord	4,5	116
Totaal	104,4	4813

WERKWIJZE | In Smallerland is er in mindere mate sprake van overlappende werkgebieden tussen de FACT teams en de lokale teams

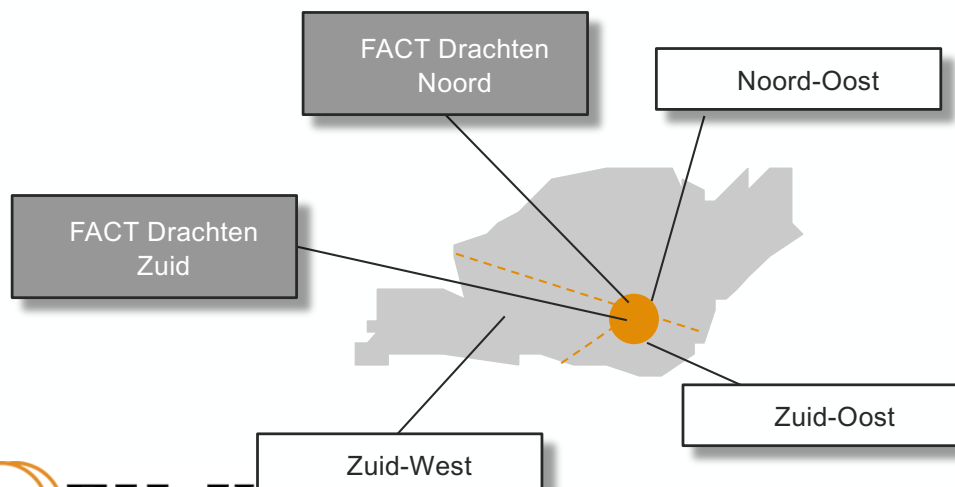
Toelichting

- In de gemeente Smallerland zijn twee FACT teams, een team is werkzaam in het noorden van Drachten en de gemeente Smallerland. De andere in het zuiden van Drachten en de gemeente Smallerland
- Er zijn drie gebiedsteams in de gemeente Smallerland. Deze teams nemen allemaal een deel van Drachten en de gemeente Smallerland voor hun rekening

FACT teams Smallerland

Team	FTE	Caseload
FACT Drachten Noord	9,2	128
FACT Drachten Zuid	8,4	163
Totaal	17,6	291

Gebiedsteams Smallerland



Gebiedsteams Smallerland

Team	FTE	Caseload
Zuid-West	11,4	+ - 400
Noord-Oost	14	+ - 400
Zuid-Oost	13,5	+ - 400
Totaal	38,9	+ - 1200

WERKWIJZE | In zowel Sneek stad als in het omliggende gebied is er sprake van één FACT team en twee gebiedsteams

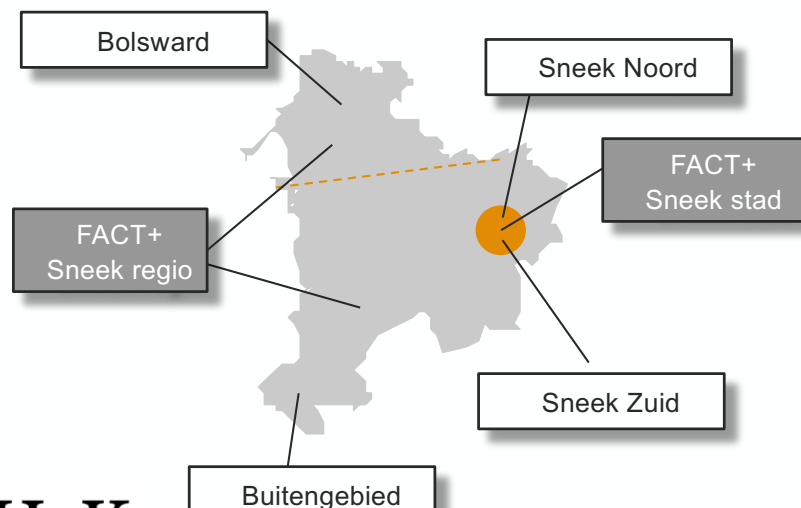
Toelichting

- In de gemeente Súdwest-Fryslân zijn twee FACT teams, een daarvan heeft de stad Sneek als werkgebied. Het andere team is werkzaam in de bredere regio
- Er zijn ook vier gebiedsteams in de gemeente Súdwest-Fryslân. Twee daarvan zijn actief in de stad Sneek, de een in het buitengebied en een in Bolsward

FACT teams Súdwest-Fryslân

Team	FTE	Caseload
FACT+ Sneek stad*	10,2	169
FACT+ Sneek regio*	10,2	140
Totaal	20,4	309

FACT en Gebiedsteams in Súdwest-Fryslân



Gebiedsteams Súdwest-Fryslân

Team	FTE	Caseload
Sneek Zuid	12,7	1265
Sneek Noord	9,3	935
Buitengebied	17,6	1696
Bolsward	9,9	954
Totaal	49,5	4850

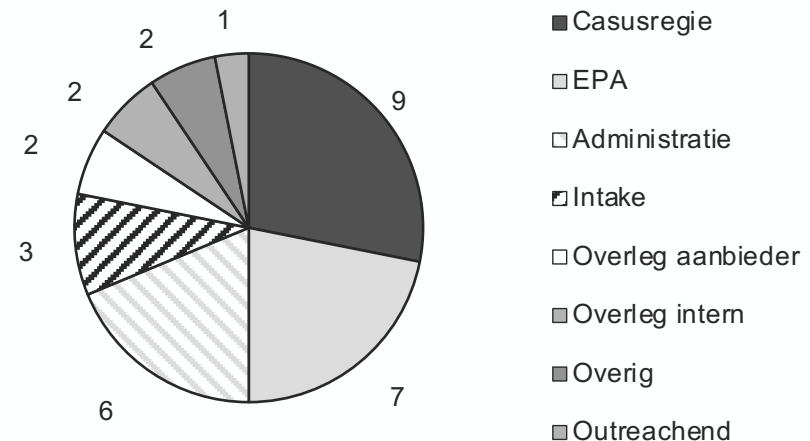
WERKWIJZE | Op basis van de interviews blijkt dat een gebiedsteam medewerker in de huidige omstandigheden twintig EPA cliënten in de caseload zou kunnen hebben

Caseload per FTE (Gebiedsteam)

- Een wijkteammedewerker werkt ongeveer 32 uur
- Een wijkteammedewerker heeft 40 cliënten inclusief zes EPA cliënten
- Per EPA cliënten besteden ze ongeveer een uur per week, dat is ongeveer twee keer zo veel als bij niet EPA cliënten
- Als een wijkteammedewerker alleen EPA cliënten begeleid wordt de caseload de helft kleiner: twintig
- Bij elk team lopen een paar medewerkers rond die de EPA cliënten (informeel) toegewezen krijgen

Verdeling werkzaamheden wijkteam (schatting)

Contract 32 uur



Caseload per FTE (FACT)

	FTE	Caseload	Cases per FTE
Minimaal (Sneek Stad)	10,2	140	13,7
Maximaal (Dr.-Zuid)	8,4	163	19,4

FTE's per gemeente

	Leeuwarden	Smallingerland	Súdwest-Fryslân
Lokale teams	104,4	38,9	49,5
FACT	29,5	17,6	20,4

WERKWIJZE | In ieder van de gemeenten is gekozen voor een team dat in een stedelijke omgeving werkzaam is

Leeuwarden - Het voorstel is om in het centrum van Leeuwarden te werken met een integraal EPA team - Dat betekent een samenvoeging van het centrale FACT team met maatschappelijk werkers afkomstig uit de zes wijkteams actief in het centrum van Leeuwarden - Per wijkteam wordt bekeken welke medewerkers het meest geschikt zijn voor dit integrale EPA team	Werkgebied	Centrum
	Caseload	156
	FTE FACT	10,3
	FTE Gemeente	+ - 5
	FTE totaal	13 tot 15
Smallingerland - Het voorstel is om in het zuiden van Smallingerland te werken met een integraal EPA team - Dat betekent een samenvoeging van het zuidelijk FACT team met maatschappelijk werkers afkomstig uit de twee wijkteams actief in zuiden van Smallingerland - Per wijkteam wordt bekeken welke medewerkers het meest geschikt zijn voor dit integrale EPA team	Werkgebied	Zuid
	Caseload	163
	FTE FACT	8,4
	FTE Gemeente	+ - 5
	FTE totaal	13 tot 15
Súdwest-Fryslân - Het voorstel is om in het centrum van Sneek te werken met een integraal EPA team - Dat betekent een samenvoeging van het centrale FACT team met maatschappelijk werkers afkomstig uit de twee wijkteams actief in het centrum van Sneek - Per wijkteam wordt bekeken welke medewerkers het meest geschikt zijn voor dit integrale EPA team	Werkgebied	Stad
	Caseload	169
	FTE FACT	10,2
	FTE Gemeente	+ - 5
	FTE totaal	16 tot 18

WERKWIJZE | De verwachting is dat de pilot leidt tot een lagere werkdruk voor de bestaande gebiedsteams doordat een zware en intensieve doelgroep wordt overgedragen

- Vanuit de integrale EPA teams wordt de zorg en hulpverlening geboden voor alle EPA cliënten in een werkgebied
- Dat betekent dat er (na een eerste overgangsfase) niet langer sprake is van EPA cliënten die zowel een casusmanager hebben in een gebiedsteam als in een integraal EPA team
- Het overdragen van FTE's vanuit het gebiedsteam naar een integraal EPA team gaat gepaard met de overdracht van de EPA cliënten. Een groep cliënten die op dit moment een groot deel van de werkdruk veroorzaakt en veel capaciteit kost
- Voor de ruime meerderheid van de EPA cliënten geldt al dat zij een casemanager hebben vanuit een gebiedsteam en een FACT team. De nieuwe werkwijze brengt dit terug naar één casemanager vanuit het integrale EPA team

WERKWIJZE | De voorbereidingen voor de waarborging van privacy / AVG zijn gevorderd, er moet nog een privacy assessment (DPIA) worden uitgevoerd

- Met advies van de betrokken Functionarissen Gegevensbescherming van GGZ Friesland en de drie gemeenten is een notitie (in concept) opgesteld. In deze notitie is uitgewerkt op welke grondslagen vanuit de AVG er binnen de integrale EPA teams informatie gedeeld kan worden
- Bij het verwerken van persoonsgegevens bestaat een privacy risico. Sinds de invoering van de AVG is het in dat soort situaties verplicht om een Data Protection Impact Assessment (DPIA) uit te voeren. Dit betreft een beoordeling van de bestaande risico's en de manier waarop daar mee om wordt gegaan. Er ligt een offerte voor van een bedrijf dat is gespecialiseerd in het uitvoeren van dit soort assessments
- De notitie, de DPIA en de uiteindelijke samenwerkingsovereenkomst waarborgen gezamenlijk de AVG binnen de integrale EPA teams
- De stap die nu genomen dient te worden is de uitvoering van de DPIA

BEKOSTIGING

BEKOSTIGING | Aan de werkgroep JAF is gevraagd om tot een voorstel voor de bekostiging te komen die de uitgangspunten van de werkgroep Werkwijze faciliteert

Aan de werkgroep JAF zijn de vragen in onderstaande tabel voorgelegd. In de hierop volgende sheets worden de uitwerkingen van deze vragen toegelicht. Aan het eind komen de openstaande vragen aan bod

#	Vraag	Status
1	Welke zaken rondom rechtmatigheid en administratie zijn te verwachten en kunnen op voorhand worden opgelost?	Uitgewerkt
2	Welke obstakels kunnen worden verwacht in de samenwerking tussen GGZ en gemeenten en (hoe) kunnen deze obstakels op voorhand opgelost worden?	Uitgewerkt
3	Hoe kunnen deze obstakels op voorhand opgelost worden?	Uitgewerkt
4	Welke zaken behoeven goedkeuring van de Nza of andere partijen?	Uitgewerkt
5	Op welke wijze kan de financiering en administratie van zorg worden georganiseerd?	Uitgewerkt
6	Het verkennen van de opties en het mogelijk maken van integrale financiering binnen de wettelijke kaders	Uitgewerkt

BEKOSTIGING | Onderstaande uitgangspunten zijn meegegeven aan de werkgroep JAF

- Het integrale EPA team mag geen last hebben van verschillende “potjes”, middelen (€) kunnen zonder problemen domein overstijgend ingezet worden
- Het is mogelijk om middelen flexibel in te zetten over tijd, het kan niet zo zijn dat het team vast zit aan een vast bedrag per tijdsperiode
- Preventie wordt bekostigd
- Het wordt mogelijk om samen te werken zonder overbodige administratieve last
- De HoNOS+ wordt periodiek ingevuld zodat inhoudelijk gevolgd kan worden hoe het cliënten vergaat
- Een integraal EPA team bestaat uit maatschappelijk werkers vanuit de gemeenten en een FACT team

BEKOSTIGING | Voor de geformuleerde uitgangspunten zijn de huidige bekostigingswijze en de daarbij behorende rechtmatigheidseisen niet toereikend

- Middelen vanuit de Zorgverzekeringswet kunnen op dit moment niet of moeilijk aangesproken worden voor overleg met medewerkers vanuit de gemeenten
- Een GGZ behandeling is alleen rechtmatig indien er een DBC kan worden geopend. Wanneer er sprake is van een preventieve behandeling kan er alleen onder specifieke omstandigheden (geïndiceerde preventie) rechtmatig zorg geleverd worden
- Het preventie budget voor de EPA doelgroep komt nu vanuit de OGGZ, dit betreft één budget voor de hele provincie met een strak plafond
- Zonder dat er een verwijzing is van de huisarts kan de GGZ niet aan het werk, dit bemoeilijkt vroegsignalering en preventief werken
- De administratieve lasten vanuit de GGZ zijn op dit moment hoger dan nodig om richting herstel van cliënten te werken
- Samenwerking tussen de GGZ en de lokale teams van de gemeenten duidt op dit moment op bezwaren vanuit het perspectief van privacy en verschillende geheimhoudingsverklaringen

BEKOSTIGING | De werkgroep wilt het gesprek over bekostigingsvormen voeren op basis van een aantal scenario's, deze zijn uitgewerkt inclusief voor en- nadelen

Onderstaande overwegingen worden meegenomen in het beoordelen van de scenario's

- Mate van integraliteit/ontschotting
- Mogelijkheden tot preventie
- Mogelijkheid tot flexibel inzetten over tijd
- Administratieve lasten
- Implementatiekosten
- Mate van kostendekking

1

Scenario status quo+

3

Scenario Zorgclustermodel

Een bedrag per cliënt op basis van zorgclustermodel

2

Scenario FTE bekostiging

Een budget per team op basis van FTE

4

Scenario Cliëntbekostiging

Er wordt een bedrag vastgesteld dat geldt voor elke cliënt

- In de hier op volgende sheets is per scenario uitgewerkt hoe de bekostiging werkt en wat de gevolgen voor administratieve lasten zijn. De scenario's worden ook gewogen aan de hand van de opgestelde uitgangspunten en vragen
- De genoemde scenario's zijn niet de keuzemogelijkheden, het is een variatie aan scenario's op basis waarvan afwegingen gemaakt kunnen worden

BEKOSTIGING | In deze optie worden medewerkers vanuit FACT en de lokale teams bij elkaar gezet in één team maar verandert er bijna niks in de bekostigingswijze (status quo)

Bekostiging ZVW

De werkzaamheden van het integrale EPA team die binnen de Zorgverzekeringswet vallen worden door GGZ Friesland gefactureerd op basis van DBC's.

Bekostiging Gemeenten

De werkzaamheden van het integrale EPA team die uitgevoerd worden door de maatschappelijk werkers worden gefinancierd op basis van FTE bekostiging

Rechtmatigheidseisen ZVW

In deze variant vindt er geen verlaging van administratieve lasten plaats. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Rechtmatigheidseisen Gemeenten

In deze variant blijven de rechtmatigheidseisen hetzelfde. De administratieve lasten van medewerkers zijn al laag. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Openstaande vragen

Is het mogelijk om betrokkenheid van de GGZ te financieren voordat er een DBC geopend (kan) worden?

- Optie A: Vanuit de zorgverzekeraar
- Optie B: Vanuit de gemeenten

BEKOSTIGING | Deze optie lijkt het minst ingewikkeld om in te voeren, het is de vraag of het de gewenste voordelen meebrengt

Weging

	Niet			Volledig
In hoeverre is het mogelijk om te schuiven tussen potjes?	☒	☐	☐	☐
In hoeverre kunnen middelen flexibel ingezet worden over tijd?	☒	☒	☒	☐
In hoeverre wordt preventie hiermee bekostigd?	☒	☒	☐	☐
In hoeverre wordt gewerkt zonder overbodige administratieve last?	☒	☒	☐	☐
In hoeverre is deze optie kostendekkend?	☒	☒	☐	☐
In hoeverre is deze optie eenvoudig te implementeren?	☒	☒	☒	☒

Waarom wel doen?

- Dit is een optie die weinig aanpassingen behoeft, zo gauw de samenwerkingsovereenkomst is getekend kan er samengewerkt worden

Waarom niet doen?

- Deze optie lost maar weinig van de bestaande problemen op
- De administratieve lasten blijven onverminderd hoog
- GGZ medewerkers blijven vastzitten aan bestaande rechmatigheids-eisen

BEKOSTIGING | In deze optie wordt het integrale EPA team vanuit zowel de Zorgverzekeraar als de gemeenten bekostigd op basis van een FTE begroting

Bekostiging ZVW

De werkzaamheden van het integrale EPA team die uitgevoerd worden door de medewerkers vanuit de GGZ worden gefinancierd op basis van FTE bekostiging

Bekostiging Gemeenten

De werkzaamheden van het integrale EPA team die uitgevoerd worden door de maatschappelijk werkers worden gefinancierd op basis van FTE bekostiging

Rechtmatigheidseisen ZVW

In deze variant blijven medewerkers alle inhoudelijke zaken registreren (verslagen, plannen, etc.). Het schrijven van tijd (indirect, direct, reistijd) op cliëntniveau is niet langer nodig voor de bekostiging. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Rechtmatigheidseisen Gemeenten

In deze variant blijven de rechtmatigheidseisen hetzelfde. De administratieve lasten van medewerkers zijn al laag. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Openstaande vragen

- Is het mogelijk om preventieve (of vroegtijdige) betrokkenheid van de GGZ te financieren?
 - Optie A: Vanuit de zorgverzekeraar
 - Optie B: Vanuit de gemeenten
- Is het mogelijk om op FTE basis te gaan financieren vanuit DFZ?
- Is het mogelijk om de administratieve lasten terug te schroeven?

BEKOSTIGING | Op het eerste gezicht lijkt deze optie veel voordelen met zich mee te brengen

Weging

	Niet			Volledig
In hoeverre is het mogelijk om te schuiven tussen potjes?	☐	☐	☐	☐
In hoeverre kunnen middelen flexibel ingezet worden over tijd?	☐	☐	☐	☐
In hoeverre wordt preventie hiermee bekostigd?	☐	☐	☐	☐
In hoeverre wordt gewerkt zonder overbodige administratieve last?	☐	☐	☐	☐
In hoeverre is deze optie kostendekkend?	☐	☐	☐	☐
In hoeverre is deze optie eenvoudig te implementeren?	☐	☐	☐	☐

Waarom wel doen?

- Deze optie lost alle bestaande problemen op rondom samenwerking
- In deze optie gaat er veel vertrouwen uit naar de professional
- Deze optie gaat gepaard met lage administratieve lasten

Waarom niet doen?

- Deze optie is niet mogelijk vanuit de Zorgverzekeringswet en valt daarmee af

BEKOSTIGING | In deze optie staat het Zorgclustermodel centraal als bekostigingswijze

Bekostiging ZVW

In deze optie staat het Zorgclustermodel centraal in de bekostigingssystematiek. Om dit model te gebruiken in de bekostiging wordt per zorgcluster of supercluster een bedrag vastgesteld dat wordt bekostigd.

Bekostiging Gemeenten

De werkzaamheden van het integrale EPA team die uitgevoerd worden door de maatschappelijk werkers worden gefinancierd op basis van FTE bekostiging

Rechtmatigheidseisen ZVW

Naast dat het Zorgclustermodel wordt ingevuld zijn de rechtmatigheidseisen beperkt in relatie tot de huidige financiering

Rechtmatigheidseisen Gemeenten

In deze variant blijven de rechtmatigheidseisen hetzelfde. De administratieve lasten van medewerkers zijn al laag. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Openstaande vragen

- Zijn de tarieven reeds vastgesteld?

BEKOSTIGING | Het zorgclustermodel kent veel voordelen, in financiële zin moeten nog belangrijke stappen worden gezet

Weging

	<i>Niet</i>			<i>Volledig</i>
In hoeverre kunnen middelen domein overstijgend ingezet worden?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre kunnen middelen flexibel ingezet worden over tijd?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre wordt preventie hiermee bekostigd?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre wordt gewerkt zonder overbodige administratieve last?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre is deze optie kostendekkend?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre is deze optie eenvoudig te implementeren?	☒	☒	☒	☒

Waarom wel doen?

- Het Zorgclustermodel is betrouwbaar waar het de EPA doelgroep betreft
- Het draagt bij aan de ontwikkeling van de bekostiging van de GGZ
- Deze optie leidt tot voordelen op alle vlakken die worden meegenomen in de weging

Waarom niet doen?

- De tarieven moeten nog worden vastgesteld

BEKOSTIGING | In deze optie wordt uitgegaan van een gemiddeld bedrag per cliënt voor twee jaar, bij elke nieuw instromende cliënt wordt dit bedrag beschikbaar gemaakt

Bekostiging ZVW

Er wordt een gemiddeld bedrag vastgesteld vanuit de Zvw per cliënt voor een periode van twee jaar. Elke keer als er een cliënt instroomt wordt dit bedrag beschikbaar gemaakt voor het integrale EPA team. Zij bepalen zelf voor welke cliënt ze dit bedrag inzetten en wanneer ze dit doen.

Bekostiging Gemeenten

Er wordt een gemiddeld bedrag vastgesteld vanuit de gemeenten per cliënt voor een periode van twee jaar. Elke keer als er een cliënt instroomt wordt dit bedrag beschikbaar gemaakt voor het integrale EPA team. Zij bepalen zelf voor welke cliënt ze dit bedrag inzetten en wanneer ze dit doen.

Rechtmatigheidseisen ZVW

In deze variant blijven medewerkers alle inhoudelijke zaken registreren (verslagen, plannen, etc.). Het schrijven van tijd (indirect, direct, reistijd) op cliëntniveau is niet langer nodig voor de bekostiging. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Rechtmatigheidseisen Gemeenten

In deze variant blijven de rechtmatigheidseisen hetzelfde. De administratieve lasten van medewerkers zijn al laag. In aanvulling op de bestaande eisen wordt het Zorgclustermodel periodiek ingevuld

Openstaande vragen

- Is het mogelijk om preventieve (of vroegtijdige) betrokkenheid van de GGZ te financieren?
 - Optie A: Vanuit de zorgverzekeraar
 - Optie B: Vanuit de gemeenten
- Is het mogelijk om dit bedrag vast te stellen?
- Is het mogelijk om te financieren op basis van een gemiddeld bedrag per cliënt?
- Is het mogelijk om de administratieve lasten terug te schroeven?

BEKOSTIGING | Ook deze optie brengt veel voordelen mee, het vraagt wel om (mogelijk) complexe berekeningen en verrekeningen

Weging

	Niet			Volledig
In hoeverre kunnen middelen domein overstijgend ingezet worden?	☒	☒	☒	☐
In hoeverre kunnen middelen flexibel ingezet worden over tijd?	☒	☒	☒	☐
In hoeverre wordt preventie hiermee bekostigd?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre wordt gewerkt zonder overbodige administratieve last?	☒	☒	☒	☐
In hoeverre is deze optie kostendekkend?	☒	☒	☒	☒
In hoeverre is deze optie eenvoudig te implementeren?	☒	☒	☐	☐

Waarom wel doen?

- Als hier een meerjarige afspraak over wordt gemaakt getuigd dit van veel onderling vertrouwen
- Deze optie lost veel van de bestaande problemen op

Waarom niet doen?

- Het is ingewikkeld om te komen tot een gemiddeld bedrag per cliënt waarin iedereen zich kan vinden en wat recht doet aan de kosten
- Het is mogelijk dat hier een nacalculatie afspraak bij gemaakt moet worden, dat zou leiden tot hoge administratieve lasten

BEKOSTIGING | De stuurgroep ziet de meeste voordelen in optie 3, de stap die hier resteert is het vaststellen van de tarieven vanuit de Zvw

- Door De Friesland Zorgverzekeraar en de NZa is op hoofdlijnen een voorstel uitgewerkt voor de financiering voor het Zvw aandeel in de pilot
- Het voorstel is op het niveau van superclusters te gaan financieren. Voor deze twee superclusters wordt een bedrag overeengekomen dat per cliënt per vastgestelde termijn wordt overgemaakt. In de komende periode moeten deze tarieven nader worden vormgegeven
- Voor GGZ Friesland betekent dit een significante verlaging van de administratieve lasten, meer ruimte om vroegtijdig (en/of preventief) te interveniëren en samen te werken
- Voor de financiering van de maatschappelijk werkers vanuit de gemeente verandert de financiële constructie niet. Zij blijven gefinancierd worden op basis van het begrootte aantal FTE's

WETENSCHAPPELIJK
ONDERZOEK

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK | Er is een groep wetenschappers betrokken om een onderzoeksvoorstel voor te bereiden

Eisen aan onderzoek

- Effect op cliënten
- Effect op administratieve lasten
- Controle groep
- Meerjarig onderzoek
- Voorwaarden voor stopzetten en uitbreiding pilot
- Voorbereiding binnen budget van € 15.000

Eisen aan onderzoeker

- Wetenschappelijke kwaliteit
- Meerjarig commitment / garantie continuïteit
- Bij voorkeur een Friese / noordelijke partij

Shortlist met onderzoekpartners

#	Naam	Organisatie	Toelichting
1	Dr. Joran Lokkerbol	Trimbos, FSP, Intraval	Kosteneffectiviteit
2	Dr. Charlotte Wunderink	GGZ Friesland, Hanzehogeschool	Lectoraat herstel
3	Dr. Frederike Jörg	GGZ Friesland, UMCG	Innovatie
4	Dr. Lex Wunderink	GGZ Friesland	Hoofd onderzoek

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK | Er is overeenstemming over de richting van het wetenschappelijk onderzoek, het voorstel wordt in de komende periode uitgewerkt

Inhoud

- Er wordt een voorstel voor wetenschappelijk onderzoek uitgewerkt
- Centraal hierin staat de effectiviteit van de nieuwe pilot aanpak in vergelijking met de huidige aanpak voor EPA cliënten vanuit zowel de gemeenten als GGZ Friesland
- Hierbij wordt gekeken naar zowel de kwaliteit van leven van cliënten als het uitgaven patroon vanuit de Zvw en de gemeentelijke financiering (Wmo, participatiewet en beschermd wonen).

Financiering

- Voor de gemeenten geldt dat het relatief ongebruikelijk is om groot wetenschappelijk onderzoek te financieren
- Ook de NZa, GGZ Friesland en DFZ hebben geen budgetten voor grootschalig wetenschappelijk onderzoek
- De partijen zijn het erover eens dat er in eerste instantie bekeken moet worden of er op landelijk niveau interesse is om het onderzoek te financieren. Een logische partij lijkt dan het ministerie van VWS en specifiek het programma 'Zorg op de juiste plaats'. Hier wordt contact mee gelegd

IMPLEMENTATIE PLAN

IMPLEMENTATIEPLAN | De voorbereidingsfase is zo goed als afgerond, dat betekent dat we nu de implementatiefase kunnen ingaan

- In de voorbereidingsfase is een groot aantal vragen voorgelegd aan alle betrokkenen, deze vragen zijn beantwoord en gebundeld in dit document
- De stuurgroep wilt graag overgaan tot implementatie
- De volgende stap is het voorleggen van de documentatie binnen de eigen organisaties (gemeenten, GGZ Friesland, DFZ, Nza). Daarmee kan de implementatie beginnen
- In bijlage 4 is een gedetailleerd implementatieplan terug te vinden

IMPLEMENTATIE | In de implementatiefase staan juridische afhechting, communicatie en de integratie van de teams en werkwijze centraal

Naast de formele besluitvormingstrajecten die ieder van de betrokken partijen moeten doorlopen zijn er ook een aantal andere onderwerpen die uitwerken behoeven

- De systemen en de back-offices moeten klaargemaakt worden voor de nieuwe werkwijze en bekostigingswijze
- Voor de teams kunnen de coaches en maatschappelijk werkers geworven worden en kan er gezocht worden naar een geschikte locatie voor de teams
- De formele documentatie (samenwerkingsovereenkomst en professioneel statuut) kunnen worden uitgewerkt
- In de periode voorafgaand aan de start van de pilot moeten de teams, de Friese gemeenten, de samenwerkingspartners en andere stakeholders geïnformeerd en/of nader betrokken worden
- Het voorstel voor het wetenschappelijk onderzoek kan worden uitgewerkt
- In het kader van de AVG kan gestart worden met de DPIA
- De nieuwe integrale EPA teams moeten elkaar leren kennen en moeten worden getraind in de nieuwe manier van werken