

Webinar EPA aanpak in de wijk

12 april 2021

Georganiseerd door EHdK en VLOT

Sprekers: Pim Candel & Pauline Zwart

Voor aanvullende vragen, neem contact op via: VLOT@vng.nl of pim@EHdK.nl

[Het volledige webinar is hier terug te kijken](#)

Overige interessante links:

[Publicatie EHdK – Zorg voor mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening \(EPA\)](#)

[Meer informatie over VLOT](#)

[Meer informatie over de afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars](#)

Beantwoording van de gestelde vragen tijdens het webinar door Pim:

1. Is Amaryllis ook een onderdeel van deze pilot?

Ja, in Leeuwarden maakt Amaryllis ook deel uit van de pilot.

2. In Leeuwarden wordt het ondersteuningsaanbod ondergebracht in de buurt- en dorpskamers, gecombineerd met inzet van de sociale basis. Is daar een relatie mee?

De sociaal werkers die actief zijn in het FACT+Gebiedsteam in Leeuwarden zijn in dienst bij Amaryllis. Zij staan dus direct in contact met het ondersteuningsaanbod in de buurt- en dorpskamers.

3. Hoe wordt er omgegaan met privacy & gegevensdeling, welke grondslag is er om gegevens te mogen delen? En kan gegevensdeling dan ook zonder toestemming van de inwoner?

Dit is een vrij specifieke AVG vraag, voor een uitgebreid antwoord is het handig om contact op te nemen met Pim (pim@ehdk.nl).

In het kort komt het er op neer dat in de GGZ gegevens gedeeld mogen worden binnen een team op basis van de grondslag Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). De cliënt heeft dan een behandelovereenkomst met het team. Binnen de gebiedsteams mogen gegevens van een cliënt onder collega's worden gedeeld op basis van de Wmo. Normaal gesproken mogen gebiedsteams en GGZ-teams geen gegevens met elkaar delen. In de pilot maken twee/drie sociaal werkers en de ongeveer tien GGZ medewerkers onderdeel uit van één team; met een behandelovereenkomst met de cliënt. Gegevens mogen dus gedeeld worden binnen dit geïntegreerde team. Het gegevens delen tussen dit geïntegreerde team en de rest van de gebiedsteams is niet mogelijk binnen de AVG.

Deze uitleg is mogelijk wat ongenueanceerd. De precieze juridische uitwerking is uitgevoerd in samenwerking met een extern juristen kantoor gespecialiseerd in AVG en DPIA's.

4. In hoeverre is er aandacht en steun voor de mantelzorgers en naasten van deze doelgroep, is daarin ook een samenwerking?

In de teams hebben de sociaal werkers en de ervaringsdeskundigen veel aandacht voor de naasten van de doelgroep. Daarin speelt ook de verbinding met het sociaal domein een grote rol. Als er tips, adviezen of gedachten zijn over hoe dit beter door ontwikkeld kan worden horen we dit graag!

5. Hoe is de relatie met de (S)GGZ ingevuld/geborgd?

De medewerkers in het team zijn sociaal werkers in dienst van de gemeente (of de uitvoeringsorganisatie van de gemeente) en GGZ behandelaren in dienst van GGZ Friesland. De relatie met de (S)GGZ is dus heel direct.

6. In de sheet staat er dat altijd een toekenning van de Wmo en P-wet is. Hoe zit dat met toekenning vanuit Wlz of Zvw voor behandeling? Wie is daarvoor aan zet?

De teams bestaan uit medewerkers van de GGZ, Verslavingszorg en de gemeente (of de uitvoeringsorganisatie van de gemeente). Als een cliënt instroomt bij dit team is er automatisch sprake van "toekenning" vanuit de Zvw voor de GGZ. Er is altijd sprake van een diagnose en/of een behandeltraject vanuit de Zvw.

Het "toekennen" van Wlz zorg is vaak wat complexer, de eisen hiervoor zijn hoog. Indien de teams inschatten dat een Wlz indicatie passend is werken ze samen aan een aanvraag. Dat is nooit makkelijk, de teams ervaren wel dat het nu beter gaat dan eerst.

De teams zijn dus in alle gevallen gezamenlijk aan zet.

7. Vindt er bij deze pilot een verschuiving van kosten plaats van gemeente naar verzekeraar of juist andersom?

De verwachting is dat de kosten voor alle partijen omlaag gaan. In de eerste plaats is veel werk ont dubbeld (een team, een plan, een casusmanager). Bovendien is de verwachting dat de gemiddelde behandelduur zal afnemen – dit scheelt veel kosten voor alle partijen.

Op dit moment wordt wetenschappelijk onderzoek (door het Trimbos-instituut) uitgevoerd naar de kosteneffectiviteit. Uitsluitsel kunnen we dus nog niet geven hierover.

8. Niet alle gemeenten werken met wijkteams, ben benieuwd hoe deze werkwijze dat te integreren is.

Dan zal de werkwijze waarschijnlijk iets aangepast moeten worden – maar de verbinding is alsnog goed te leggen schatten wij in. We gaan graag in gesprek om dit te verkennen. We hebben er nog geen oplossing voor bedacht.

9. Wat zijn de mogelijkheden bij ernstige zorgmijders?

Zoals aangegeven door Gawy en Jessica in hun filmpje zijn er veel zorgmijders in beeld gekomen. Het blijkt dat de samenwerking tussen sociaal werkers en de GGZ zorgmijders meer vertrouwen geeft in een behandeltraject. Gawy gaf aan dat men in Sneek nu denkt dat alle zorgmijders in beeld zijn. We zien ook dat de *caseload* van de teams is toegenomen.

Om een aantal concrete voorbeelden hiervan te zien is het goed om te kijken naar de uitgewerkte clientverhalen die zijn mee gestuurd.

10. Binnen GGZ Friesland wordt familie ervaringsdeskundigheid ingezet. Kan deze ook binnen deze pilots worden ingezet?

In beide teams is een ervaringsdeskundige actief – zij bekleden een centrale rol in de teams.

11. Zelfregiecentra en recovery learning communities zijn mooie basis voor hulp aan mensen met EPA, vanuit alle disciplines van ED tot aan WMO, handhaving, sociaal werk. Ook voor bemoeizorgers een fijne plek om mensen naar toe te verwijzen. Komt er landelijk beleid om dit soort vraaggerichte centra mogelijk te maken in alle (middel-)grote steden?

Dat klopt inderdaad. De VNG en MIND hebben hierover recent een handreiking uitgebracht: [Handreiking zelfregie- en herstelinitiatieven inbedden en financieren](#)

Daarnaast is er ook een webinar over georganiseerd. [Die is hier terug te bekijken.](#)

12. Waar lopen jullie op dit moment nog tegen aan in beide pilots?

Medio mei vindt een evaluatiebijeenkomst plaats met de betrokken partijen, we staan hier dan uitgebreid bij stil. Uiteraard is er nog een aantal dingen waar we mee bezig zijn. De aansluiting met het UWV is genoemd, zo zijn er meer voorbeelden. Op dit moment wordt ook

hard gewerkt om de administratieve lasten verder te verlagen. We hopen ook de werkwijze verder uit te breiden door de provincie. Dat zijn de prioriteiten voor nu. Maar we weten dat er nog veel dingen zijn die nog beter kunnen.

13. Betreft het UWV ook ervaringsdeskundigen?

In beide teams is een ervaringsdeskundige actief – zij bekleden een centrale rol in de teams. We zijn nu samen met het UWV aan het kijken hoe we de verbinding met hen kunnen versterken.

14. Hoe zit het met de UWV-doelgroep "volledig arbeidsongeschikt"/ "geen arbeidsvermogen"? Welke mogelijkheden wordt er aan deze groep geboden?

We zijn nu samen met het UWV aan het kijken hoe we de verbinding met hen kunnen versterken. De mogelijkheden die we op dit moment op ons netvlies hebben zijn de genoemde IPS-trajecten (reeds beschikbaar in de teams) de Werkgerichte Behandel Aanpak (een vorm van cognitieve gedragstherapie), de Ontwikkelingsgerichte Arbeidsmatige Dagbesteding (OAD) en de *reguliere* dagbesteding. Daarnaast wordt ook gekeken naar laagdrempelige Herstelcentra.

Als er tips of adviezen zijn voor deze doelgroep horen we het graag.