



Zorg voor mensen  
met een Ernstige  
Psychiatrische  
Aandoening (EPA)



editie nr. 2

2 / 8

Institutionele uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Zorg voor mensen  
met een Ernstige  
Psychiatrische  
Aandoening (EPA)

Er zijn acht thema's. Hieronder vindt u het overzicht van alle edities.



## Inhoud

Institutionele uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg	6
1. Goede zorg voor de doelgroep met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen	9
2. Arie heeft een Ernstig Psychiatrische Aandoening (casus)	13
3. De zorg voor de EPA-doelgroep is binnen de GGZ sterk in ontwikkeling	15
4. Integratie van de nieuwe manier van werken met het gemeentelijke domein is de volgende stap	17
5. Een pragmatische aanpak waarmee veel te winnen is	21
6. Vijf stappen om op regionaal niveau tot een integrale en herstelgerichte aanpak te komen	24
7. Bronnenlijst	26

## Institutionele uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg

Op veel Europese en internationale ranglijsten staat Nederland in de top wanneer het aankomt op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.<sup>1234</sup> Daar mogen we trots op zijn. De tomeloze inzet van talloze zorgmedewerkers speelt hierin een cruciale rol. De COVID-19-crisis onderstreept nog eens het essentiële belang van gemotiveerde zorgprofessionals en kwalitatief goede gezondheidszorg voor Nederland.

Toch komen wij in ons werk bij EHdK met enige regelmaat institutionele uitdagingen in de gezondheidszorg tegen. Dit zijn uitdagingen waarbij het ‘gezondheidszorgsysteem’ niet passend genoeg is ingericht om goede zorg voor cliënten en patiënten te kunnen garanderen.

Het ontbreekt niet aan de wil en inzet van professionals, maar aan harmonie tussen de componenten. Zo kunnen verwachtingen van cliënten of patiënten niet in lijn zijn met het beleid van de overheid. Of werken zorgverzekeraars en gemeenten voor dezelfde doelgroep langs elkaar heen in plaats van samen en veroorzaken ze zo onbedoeld problemen.

De afgelopen jaren zijn wij dit fenomeen in de gezondheidszorg bij de volgende acht thema’s tegengekomen:

- Zorg en welzijn voor ouderen thuis (oktober 2020)
- **Zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening**
- Zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezinnen

- Patiënten in de forensische zorg
- Zorg en ondersteuning voor dak- en thuislozen
- De-medicalisering van de zorg voor chronisch zieken
- Cliënten in de eerstelijnszorg
- Beschikbaarheid van schaarse voorzieningen

De betrokken partijen kunnen de uitdagingen niet oplossen door beter of meer beleid, meer financiële middelen of nog harder werkende professionals. Er is meer voor nodig. Samen met tien (voormalige) bestuurders uit de gezondheidszorg hebben wij gezocht naar mogelijke oorzaken en praktische oplossingen voor de problemen.

Met deze publicaties willen wij als EHdK bijdragen aan het debat over praktische oplossingen. Met de betrokken bestuurders zijn wij reeds een inspirerende discussie gestart. Wij zijn hen zeer dankbaar voor hun bijdrage. Wat ons betreft is deze denkrichting een eerste stap. Graag komen we samen met u in actie!

Hopelijk tot ziens, namens het hele team van EHdK

*Brian Esselaar  
Nadine de Kort  
Pim Candel  
Jenneke Aartsen  
Jos Smeenge*

*Sofia Rapsaniotis  
Merel Blans  
Alex Peters  
Julie Glazener  
Kim Huijzendveld*



-1-

## Goede zorg voor de doelgroep met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen

De zorg voor de EPA-doelgroep is in Nederland voornamelijk ondergebracht bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In de afgelopen jaren is er in de politiek en media veel aandacht geweest voor ‘problemen in de GGZ’. Het gaat dan vaak over zaken als de wachtlijstproblematiek, het grote personeelstekort en het gebrek aan tijd van behandelaars voor hun cliënten, vanwege administratieve lasten. Deze problemen doen zich vooral voor in de Specialistische GGZ (S-GGZ). In de Basis-GGZ speelt dit minder; er is in de Basis-GGZ veel meer aanbod, er zijn minder wachtlijsten en het personeelstekort is minder nijpend. Cliënten kunnen relatief snel instromen. Als het gaat om goede zorg voor de EPA-doelgroep hebben we vooral te maken met de S-GGZ en met de problemen die daar spelen.

Een van de grootste problemen in de S-GGZ die ook nu veel aandacht

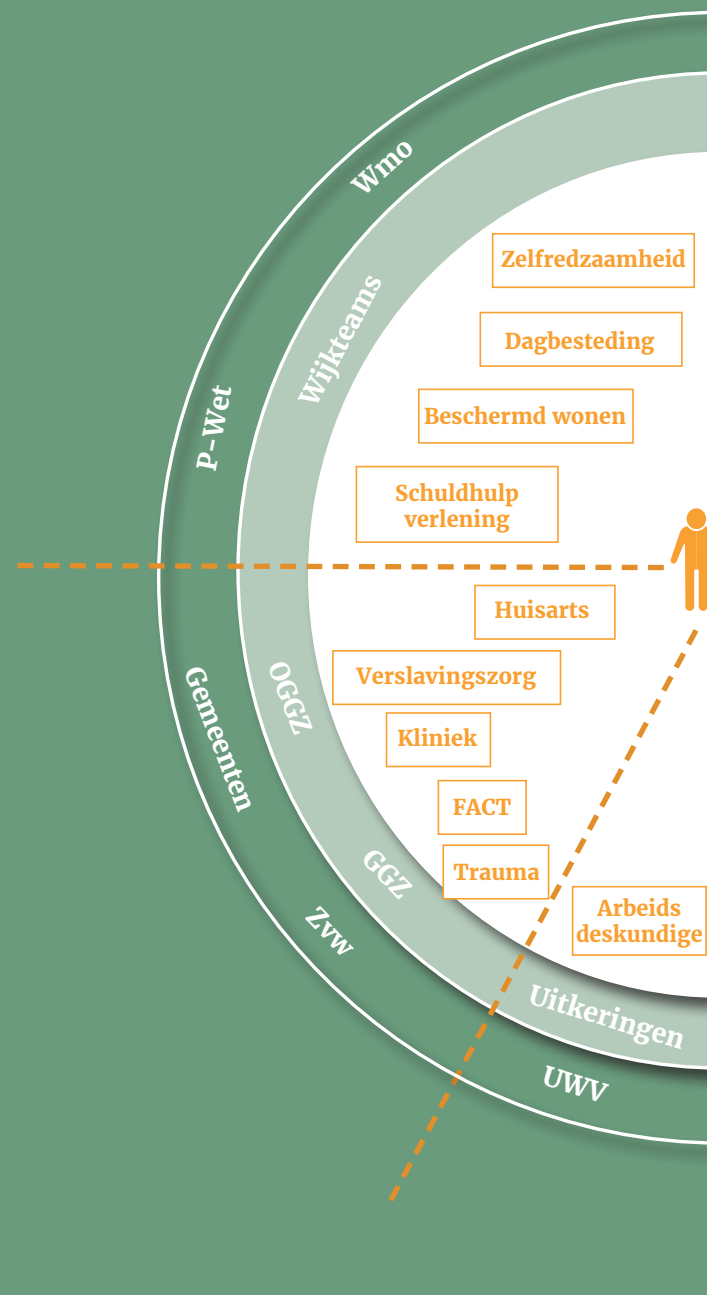
krijgt, is de lengte van de wachtlijsten. De algemene rekenkamer<sup>5</sup> concludeert dat de wachttijd toeneemt naarmate complexiteit en diversiteit in de problematiek van een cliënt groter is. Op dit moment staan er 38.000 mensen op een wachtlijst voor de (speciële) GGZ. Voor 10.000 mensen geldt dat ze langer dan vier maanden moeten wachten op een behandelplek. Dit komt overigens niet door een tekort aan geld; er is jaarlijks een overschot van ongeveer € 300 miljoen op het landelijke GGZ-budget<sup>6</sup>. Er zijn simpelweg niet genoeg professionals beschikbaar<sup>7</sup>. Op de arbeidsmarkt verliezen gespecialiseerde GGZ-aanbieders het vaak van de ‘nieuwe en hippe aanbieders’, die vaak Basis-GGZ aanbieden. Dit werd recentelijk door hoogleraar zorginnovatie Philippe Delespaul ook uiteengezet in de Volkskrant<sup>8</sup>. “Het lijkt alsof het niet loont voor GGZ-aanbieders om te focussen op die complexe doelgroepen<sup>9</sup>”, is een

van de gehoorde problemen. Het tekort aan behandelaars en de lange wachtlijsten in de S-GGZ hebben ook grote gevolgen voor de EPA-doelgroep, terwijl het voor deze doelgroep zo belangrijk is dat de zorg goed geregeld is.

Het aantrekkelijker maken van het werken in de Specialistische GGZ is een voor de hand liggende oplossing. Een daarbij onderbelicht thema is dat door meer samenwerking (onder meer tussen de GGZ en gemeenten) óók nog winst te behalen is op dit vlak. In Leeuwarden en Súdwest-Fryslân is recentelijk verkend in hoeverre er sprake is van overlappende hulpverleningstrajecten voor de EPA-doelgroep<sup>10</sup>, vanuit zowel de gemeenten als de GGZ. Hieruit blijkt dat ongeveer tweederde van de EPA-cliënten ook hulp ontvangt die de gemeente vergoedt. Het gaat hier om een breed scala aan hulpverleningstrajecten, variërend van dagbesteding en zelfredzaamheid cursussen tot aan beschermd

wonen; allemaal zaken die sterk gerelateerd zijn aan de zorg vanuit de GGZ. Naast een aanspreekpunt bij de GGZ hebben deze cliënten vaak ook een casusmanager bij de gemeente. In sommige gevallen heeft de gemeente een eigen hulpverleningscircuit voor deze doelgroep, zonder dat er sprake is van (goede) afstemming. Dit biedt kansen. Door met elkaar samen te werken, geïntegreerd te werken rondom de cliënt en zaken niet dubbel te doen kan veel kwaliteitswinst worden behaald voor de doelgroep. Tegelijkertijd bespaart men tijd, worden administratieve lasten verlaagd en kan het werkplezier voor betrokken medewerkers worden verhoogd. Dit alles heeft een positief effect op de arbeidsmarkt. Stelselwijzigingen zijn hiervoor niet nodig – het kan nu al. In deze publicatie staat deze oplossingsrichting centraal.

## Betrokken partijen bij de EPA doelgroep





-2- Casus

## Arie heeft een Ernstig Psychiatrische Aandoening

Arie (35) woont alleen in een appartement in de stad, zijn vrouw en kind wonen elders. Arie zorgt slecht voor zichzelf, daarnaast heeft hij geen werk of andere vorm van dagbesteding. Hij komt rond van een uitkering. Zijn gedrag baart zorgen in de buurt. Hij gaat soms schaars gekleed over straat, in andere gevallen met veel te warme kleren aan naar buiten. Buurtbewoners hebben het lokale gebiedsteam en de GGZ gebeld omdat Arie soms rare gesprekken aangaat.

Arie heeft na vier maanden wachten een behandelplek gekregen bij het FACT-team van de regionale GGZ aanbieder. Na de intake periode bij het FACT-team ontstaat het vermoeden dat Arie te maken heeft met psychoses (schizofrenie) en mogelijk met trauma's. Het team probeert de situatie te

stabiliseren en start een diagnose- en behandeltraject. Bij het gebiedsteam van de gemeenten wordt gewerkt aan zijn zelfredzaamheid.

Arie is iemand die in de GGZ wordt aangeduid als een cliënt met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA). Het gaat hier om cliënten die meestal meerdere jaren in zorg zijn bij de GGZ. Naast psychiatrische aandoeningen is er ook sprake van problemen op andere (sociaal maatschappelijke) levensgebieden. In veel gevallen zijn EPA cliënten daarom ook in beeld bij de gebiedsteams van gemeenten. Ook geldt voor EPA cliënten dat ze vaker lichamelijk aandoeningen hebben en eerder overlijden. In Nederland zijn ongeveer 210.000 EPA cliënten. Dat is 1,6 % van de bevolking.

## Consensus definitie EPA doelgroep<sup>5</sup>

Patiënten krijgen de EPA-status wanneer de volgende criteria in de ziektegeschiedenis aanwezig zijn geweest:

\* er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg of een behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);

\* en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);

\* en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, tenminste enkele jaren);

\* en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

-3-

## De zorg voor de EPA-doelgroep is binnen de GGZ sterk in ontwikkeling

Voor veel mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening is genezing geen optie. Wel kan er worden gewerkt aan persoonlijk en maatschappelijk herstel, zodat de cliënt zo zelfstandig mogelijk in het leven kan functioneren. In de zogenaamde herstel- of persoonsgerichte aanpak<sup>11</sup> staat het hele leven van de cliënt centraal, waarbij breder wordt gekeken dan alleen de geestelijke gezondheid. In deze aanpak is een belangrijke rol weggelegd voor ervaringsdeskundigen<sup>12</sup>, preventie, laagdrempeligheid en normalisatie<sup>13</sup>. Er wordt gekeken naar de doelstellingen van de cliënt en hoe de hulpverlener daarbij kan helpen – niet alleen de GGZ-diagnose staat centraal.

Deze zogenaamde herstelbeweging is in Nederland al jaren in opkomst. Mede dankzij invloedrijke personen als de hoogleraren Jim van Os, Marc van der Gaag en Philippe

Delespaul heeft de herstelbeweging veel aandacht gekregen. Dit heeft ertoe geleid dat de herstel- of persoonsgerichte aanpak voor de EPA-doelgroep in Nederland steeds meer gemeengoed wordt.

Er zijn veel goede voorbeelden waarbij GGZ-aanbieders herstelgerichte initiatieven ontplooiën of hebben geadopteerd<sup>14</sup>. Een aantal voorbeelden<sup>15</sup>:

- Enik Recovery College<sup>16</sup> is een centrum voor ontwikkeling en scholing rondom herstel. Het idee is dat deelnemers zich beter leren ontwikkelen binnen een omgeving met mensen met gelijksoortige ervaringen – zonder artsen en hulpverleners. Uniek aan Enik is dat het voor 100% wordt gerund door ervaringsgenoten.

- Bij Centrum de Brouwerij<sup>17</sup> kunnen cliënten met psychotische of aanverwante klachten terecht.



-4-

## Integratie van de nieuwe manier van werken met het gemeentelijke domein is de volgende stap

Denk aan klachten als gedachtenbeïnvloeding, bijzondere ervaringen of psychotische stress.

In de Brouwerij wordt niet gewerkt vanuit diagnose of behandelperspectief, maar puur vanuit de hersteloptiek. Daarnaast wordt de Brouwerij grotendeels gerund door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen uit de wijk.

- De Nieuwe Club<sup>18</sup>. De Nieuwe Club is een innovatief, wijkgebonden aanbod voor 60-plussers met schizofrenie. Door het ondernemen van activiteiten en het leggen van sociale contacten groeit hun zelfvertrouwen en daarmee hun veerkracht.

- GGZ Noord-Holland-Noord voert herstelondersteunende intakes<sup>19</sup> uit. Bij de intake is ook een professionele ervaringsdeskundige betrokken. De gesprekken zijn gericht op de eigen kracht van de cliënt en vinden plaats op een laagdrempelige *Herstelwerkplaats*. In veel gevallen volgt uit de intake dat de cliënt niet naar een GGZ-team gaat; ook vinden er nauwelijks heraanmeldingen plaats.

De zorg voor de EPA-doelgroep ontwikkelt zich dus steeds meer richting het maatschappelijke domein.

Zoals al eerder toegelicht zijn bij bijna alle EPA-cliënten ook de gemeenten betrokken vanuit de Wmo en Participatiewet. Bij de gemeenten worden opvallend genoeg dezelfde uitgangspunten gehanteerd als in de GGZ, zoals zelfredzaamheid, participatie en zelfhulp. Dit sluit naadloos aan bij de doelstellingen van een herstel- of persoonsgerichte aanpak. Maar helaas staat de samenwerking tussen GGZ en gemeenten rondom deze doelgroep in Nederland nog in de kinderschoenen. Het gebeurt zomaar dat een gemeente de dagbesteding regelt, een zelfredzaamheids cursus aanbiedt en de relatie met het gezin onder de loep neemt. Terwijl de GGZ ondertussen druk bezig is met het stellen van een diagnose en het stabiliseren van de situatie, eventueel zelfs vanuit de visie van herstelgericht werken. Uiteraard gebeurt dit met de beste bedoelingen, maar voor de gemiddelde EPA-cliënt is dit in Nederland

eigenlijk nog de normale praktijk. Dit moet anders. Gelukkig is er in Nederland ook een aantal initiatieven waarbij de samenwerking tussen het sociaal domein en de GGZ met succes wordt vormgegeven<sup>20</sup>:

- Bij Optimaal Leven in Drenthe<sup>21</sup> werken de GGZ, de verslavingszorg, huisartsen, gemeenten en zorgverzekeraars samen om de kwaliteit van leven van de EPA-doelgroep te vergroten. Cliënten geven zelf aan wat ze nodig hebben. Door als een team samen te werken met een plan wordt de hulp beter afgestemd.

- De FACT+Gemeente-teams in Friesland bestaan uit gemeentelijke gebiedsteam medewerkers en een FACT-team inclusief IPS-trajectbegeleiders en ervaringsdeskundigen. Daarnaast wordt samengewerkt met het UWV. In de teams wordt met één team, één plan en binnen één dossier

## Inschattingen kosten op basis van een steekproef in Friesland

gewerkt richting het herstel van cliënten.

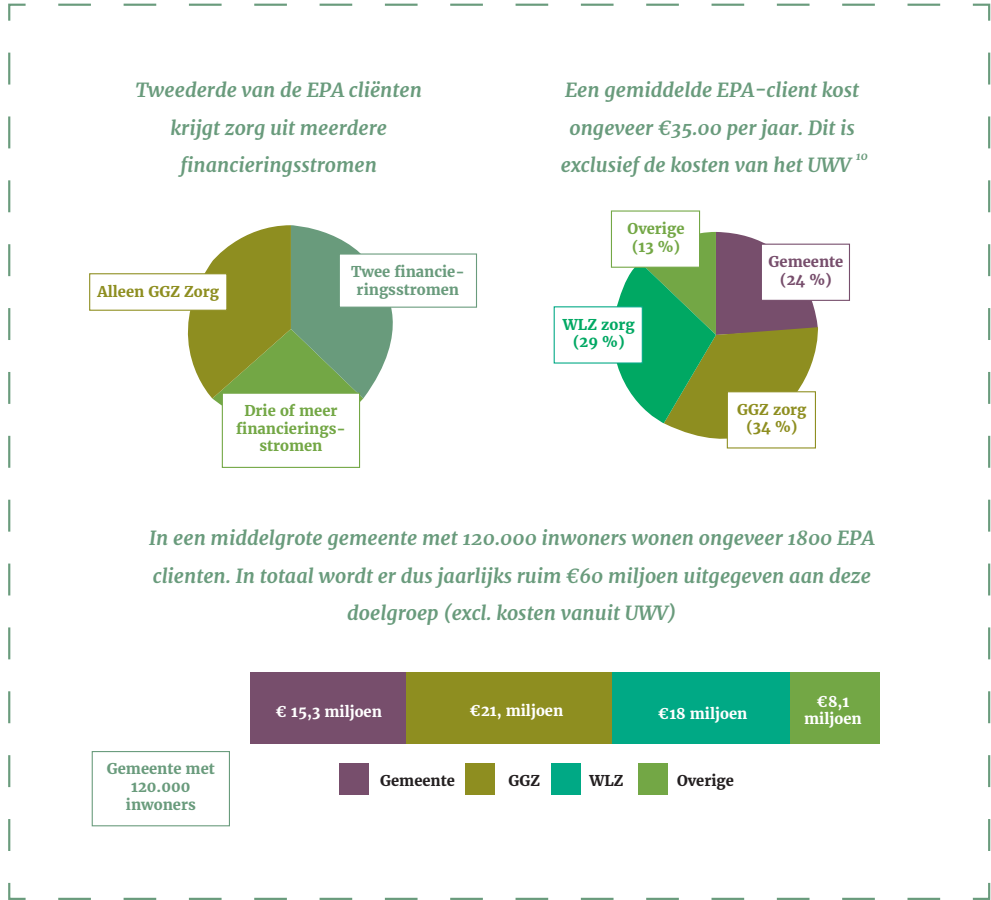
- In Utrecht is de Taskforce EPA<sup>22</sup> actief. Op gebiedsniveau werken de GGZ, de verslavingszorg, huisartsen en gemeenten samen voor de EPA-doelgroep. Er is altijd sprake van ervaringsdeskundigheid. Er is hier veel geïnvesteerd in netwerksamenwerking zodat

partijen elkaar weten te vinden zonder de teams te integreren.

Wat nu te doen staat is het van de grond krijgen van dit type vernieuwing: het combineren van een herstelgerichte aanpak voor de doelgroep vanuit de GGZ en het integreren van de werkzaamheden vanuit de gemeentelijke voorzieningen.

Als je alle kosten vanuit de verschillende wetten en regelgevingen (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning en Participatiewet) bij elkaar optelt voor deze doelgroep blijkt dat er voor de 1800 EPA-clients in Leeuwarden jaarlijks € 60 miljoen wordt uitgegeven. Dat is ruim € 30.000 per persoon per jaar,

waarvan € 12.000 in de GGZ wordt uitgegeven. Dit is nog exclusief de maandelijkse uitkeringen vanuit het UWV. In Nederland zijn er 210.000 mensen met EPA, dat is ongeveer 1,6 % van de bevolking. Als we deze cijfers doortrekken naar de Nederlandse schaal, gaat het om € 6 tot € 7 miljard per jaar voor 210.000 EPA-clients in Nederlandse schaal.





-5-

## Een pragmatische aanpak waarmee veel te winnen is

Om deze vernieuwing te realiseren wordt soms beweerd dat de financiering eerst moet worden geïntegreerd en/of dat de schotten tussen wetgevingen moeten worden opgeheven. Daar zit een kern van waarheid in. Het zou alles inderdaad een stuk makkelijker maken als deze doelgroep geholpen kan worden met één beleidskader en één financieringsvorm, gericht op de individuele cliënt en op herstel. Daarmee zouden ook al die praktische problemen rondom privacy (AVG), rechtmatigheid, financiën en cultuurverschillen zijn op te lossen. Maar dit zit er helaas voorlopig niet in – daarvoor moeten delen uit de zorgverzekeringswet, de WMO en de participatiewet bijeengevoegd worden. Dat is het soort aanpassingen dat eigenlijk maar eenmaal per tien jaar plaatsvindt in Nederland. Gelukkig weten we dat het ook nu al kan. Er zijn nu al partijen die het ondanks alle

praktische problemen wel voor elkaar krijgen.

De sleutel tot succes is een simpele en pragmatische aanpak en is gestoeld op een aantal duidelijke uitgangspunten en een helder proces om te komen tot samenwerking.

Voor succesvolle samenwerking tussen GGZ, verslavingszorg en het gemeentelijk domein voor de EPA-doelgroep is het goed om uit te gaan van de volgende punten:

- Een gezamenlijke werkwijze met als startpunt de eigen doelstellingen van de cliënt.
- Een geïntegreerde probleem-analyse vanuit alle domeinen. Hier moet een geïntegreerde aanpak uit voortkomen met daarin alle benodigde expertises uit de verschillende domeinen.

- Betrokkenheid van de GGZ<sup>23</sup>, de verslavingszorg en het gemeentelijk wijk- of gebiedsteam Betrokkenheid van het UWV en huisartsen maakt het nog vollediger.

- Herstelgericht werken, met inzet van ervaringsdeskundigheid. Er wordt zo veel mogelijk ingezet op preventie of voorkomen van terugval.

- Organiseren op wijk-, buurt- of gebiedsniveau. Een team waarbij de zorg voor ongeveer 180-200 cliënten is georganiseerd lijkt in de praktijk een goede schaal te zijn<sup>24</sup>.

- Erkennen van verschillen tussen de samenwerkende organisaties. Het gaat hier dan om cultuurverschillen, verschillen in opleiding en ervaring met de doelgroep.

- Investeren in vergroten van kennis en uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de betrokken professionals.

- Werken vanuit één dossier en verantwoordingssystematiek. De AVG wordt hierbij vaak als een drempel tot samenwerking gezien. Hier zijn echter al oplossingen voor. Privacy-deskundigen kunnen het op zo'n manier vormgeven dat het voldoet aan de wetgeving.

Bovenstaande uitgangspunten vormen de basis voor samenwerking en zijn in de praktijk beproefd en getoetst. Vaak lijkt integrale financiering ook onderdeel te moeten zijn van de oplossing, waarbij bijvoorbeeld de lokale GGZ-partij en de betrokken gemeenten overeenkomen om de middelen uit de Zorgverzekeringswet, Wmo en Participatiewet voor deze doelgroep te combineren. Toch is dit niet de juiste oplossing; in de praktijk is dit juist vooral lastig en ingewikkeld te organiseren. Daarnaast vormt het vaak ook een blokkade voor de samenwerking. De praktijk wijst uit dat je ook zonder het combineren van budgetten bovenstaande zaken kan bereiken. Het gezamenlijk met de cliënt om de tafel

zitten om tot een aanpak te komen is het belangrijkste. De ervaring leert dat het dan voor partijen niet lastig is om, ieder vanuit een eigen budget en verantwoordelijkheid, af te spreken wie welk deel van de aanpak bekostigt. De verschillende bekostigingssystemen worden dan pragmatisch bij elkaar gebracht rondom de cliënt<sup>25</sup>.

Een integrale aanpak zoals hier beschreven betekent in ieder geval dat veel werkzaamheden kunnen worden ontdudd. Denk daarbij aan één intakegesprek, één herstelplan en één dossier. Casuïstiekbesprekingen kunnen ook worden geïntegreerd. Door te leren van elkaar en inzicht in de effectiviteit te vergroten wordt een basis gelegd om nog beter met beschikbare middelen om te gaan. Voorzichtige inschattingen zijn dat dit zou kunnen gaan om kostenbesparingen van vijf tot tien procent: op nationaal niveau is dat ongeveer een half miljard euro. En dat is nog exclusief de kwaliteitswinst voor

de doelgroep en het feit dat het werken in de GGZ weer een stukje aantrekkelijker is gemaakt.

Alles wat hiervoor genoemd is bestaat al en blijkt in de praktijk ook te werken. Het op lokaal niveau bij elkaar brengen van gedreven mensen en ze de verantwoordelijkheid geven over de problematiek leidt bijna altijd tot goede oplossingen (óók voor bekostiging).

Om dit van de grond te krijgen is een goede aanpak nodig, vooral gericht op samenwerking en pragmatiek. In vijf stappen kunt ook u binnen uw regio tot een integrale en herstelgerichte aanpak komen voor deze doelgroep. Zie hiervoor onderstaand kader:

## Vijf stappen om op regionaal niveau tot een integrale en herstelgerichte aanpak te komen

### 1. Dragen

- Vind twee dragers die de wereld beter willen maken voor de EPA-doelgroep, bijvoorbeeld een wethouder en een GGZ-bestuurder.
- Werk gezamenlijk een business case uit met daarin de financiële en inhoudelijke toegevoegde waarde voor de doelgroep voor gemeenten en de GGZ uitgewerkt.

### 2. Formeren

- Bepaal welke partijen verder nog nodig zijn om hier een succes van te maken.
- Breng deze partijen bij elkaar en laat deze partijen gezamenlijk eigenaar zijn van het initiatief. Dat kan bijvoorbeeld door gezamenlijk zitting te nemen in een *stuurgroep*.

### 3. Uitwerken

- Stel een lijst met concrete vraagstukken op die moeten worden uitgewerkt.
- Werk in werkgroepjes toe naar inhoudelijke, financiële en

juridische oplossingen.

- Besteed aandacht aan de bewijsvoering, werk zo nodig een wetenschappelijk onderzoeksvoorstel uit.

### 4. Besluiten

- Stel besluitvormingsdocumenten op en stel deze vast in de gezamenlijke *stuurgroep*.
- Loods documenten door de besluitvormingsorganen van de betrokken partijen.

### 5. Implementeren en uitrollen

- Werv de medewerkers, zet ze in overzichtelijke teams en maak hen deelgenoot van de visie en de werkwijze.
- Zorg dat iemand de teams coacht, met aandacht voor de verschillen die er nu eenmaal zijn.
- Rol de werkwijze uit over het gehele werkgebied zodra het duidelijk is dat er sprake is van positieve resultaten.



*“Wat nu te doen staat is het van de grond krijgen van dit type vernieuwing: het combineren van een herstelgerichte aanpak voor de doelgroep vanuit de GGZ met het integreren van de werkzaamheden vanuit de gemeentelijke voorzieningen.”*

## Bronnenlijst

1. Björnberg, A. & A. Yung Phang, Euro Health Consumer Index 2018, Health Consumer Powerhouse: 2019, p. 9.
2. Schneider, EC., D.O. Sarnak, D. Squires, A. Shah & M.M. Doty, Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care, The Commonwealth Fund 2017, p. 3.
3. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, 23 mei 2018, geraadpleegd via: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2), p. 2236.
4. OECD, Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris: 2019, geraadpleegd via: <https://doi.org/10.1787/4d-d50c09-en>.
5. Delespaul, Ph. en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, juni 2013
6. Algemene Rekenkamer (2020, 26 juni). Geestelijke gezondheidszorg: hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd. Geraadpleegd op 1 oktober 2020, van <https://www.rekenkamer.nl/actueel/nieuws/2020/06/25/geestelijke-gezondheidszorg-hoe-groter-het-probleem-hoe-langer-de-wachttijd>
7. Skipr redactie (2019, 16 oktober). Minder regels uur extra per dag. Geraadpleegd op 1 oktober 2020, van <https://www.skipr.nl/nieuws/minder-regels-uur-extra-per-dag/>
8. Huisman, C. (2020, 28 januari). 'Juist voor mensen met zware psychische problemen is er weinig geld'. *Volkskrant*. Geraadpleegd van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/juist-voor-mensen-met-zware-psychische-problemen-is-er-weinig-geld-bfbcc1eb/>
9. Hoogleraar Richard Janssen voert jaarlijks een jaarverslagenanalyse uit in de GGZ. Daaruit blijkt telkens dat kleine aanbieders in de GGZ die zich focussen op één regio en zich richten op een beperkt aantal aandoeningen veel hogere winsten maken dan grote instellingen met alle specialismen, veel personeel en hoge huisvestingskosten. Via <https://www.ed.nl/eindhoven/zorgeco-noom-kleine-ggz-aanbieder-bloeit-grote-bloedt-a5a2b99c/>
10. Het betreft hier een niet representatieve steekproef in opdracht van GGZ Friesland, De Friesland, Gemeente Leeuwarden en de gemeente Súdwest-Fryslân. De rapportage is bekend bij EHdK
11. In het boek "Goede GGZ!" van Philippe Delespaul, Michel Milo, Frank Schalken, Wilma Boevink en Jim van Os wordt uitgebreid ingegaan op de herstelgerichte aanpak.
12. Als je meer wilt lezen over het belang van ervaringsdeskundigheid zijn de publicaties van Wilma Boevink uitstekend referentiemateriaal. Bijvoorbeeld: Boevink, W. A. (2017). HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. Trimbos-instituut.
13. Trimbos. (2012). Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/3bc38e33-b8ca-4bbc-ab90-413ccf3dbd60.pdf>
14. Nina Polak (verslaggever bij De Correspondent) heeft een groot aantal artikelen geschreven over de ontwikkelingen in GGZ. Via <https://decorrespondent.nl/ninapolak>
15. Naast bovenstaande voorbeelden zijn er nog talloze andere goede voorbeelden in het land. Zie bijvoorbeeld [www.samenbeter.org/proeftuinen](http://www.samenbeter.org/proeftuinen)
16. Enik Recovery College, via <https://www.enikrecoverycollege.nl/over-ons/>

17. Centrum de Brouwerij, via <https://www.centrumdebrouwerij.nl/onze-visie>

18. De Nieuwe Club, via <https://www.combiwel.nl/locaties/huiskamer-de-nieuwe-club/>

19. Herstondersteunende intakes, via [https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/8e307c17-8d5a-4913-baa8-b5133e96bf1a/GGZNoordHollandNoord\\_Herstelondersteunende-Intakes-bijeenkomst\\_17jan2020.pdf](https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/8e307c17-8d5a-4913-baa8-b5133e96bf1a/GGZNoordHollandNoord_Herstelondersteunende-Intakes-bijeenkomst_17jan2020.pdf)

20. Ook hier geldt dat bovengenoemde voorbeelden slechts een selectie zijn. In Nederland worden of zijn veel vergelijkbare plekken ontplooid.

21. Optimaal Leven, via <http://www.optimaallevendrenthe.nl>

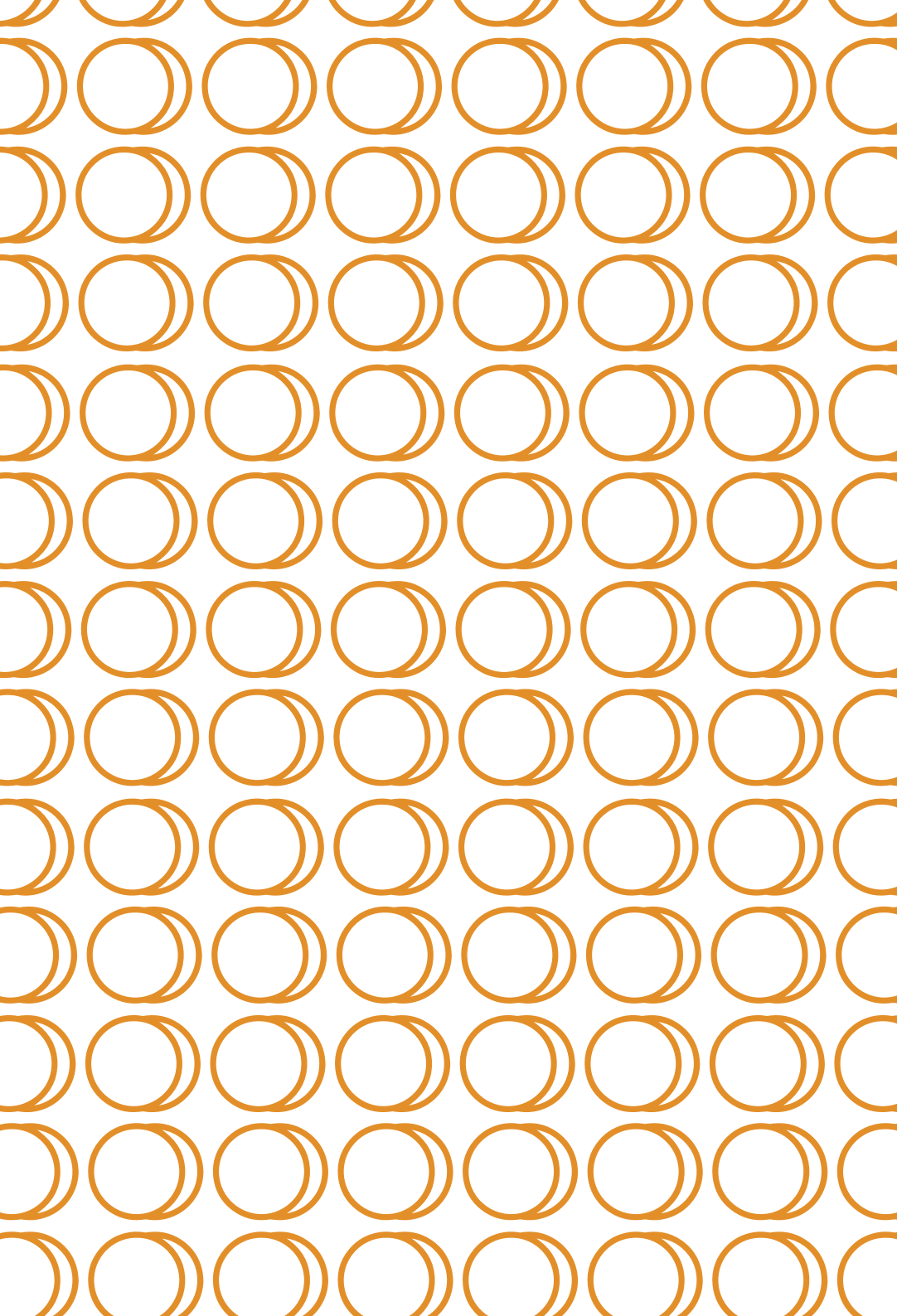
22. Taskforce EPA, via <https://www.altrecht.nl/actueel/taskforce-epa-herstellen-doe-je-thuis/>

23. Het betreft hier behandel expertise vanuit een gespecialiseerde GGZ-aanbieder. Het is belangrijk dat er binnen de GGZ-organisatie een breed aanbod beschikbaar is (persoonlijkeheidsproblematiek, trauma, schizofrenie, etc.)

24. Dit aantal wordt voor de reguliere FACT-aanpak geadviseerd. Het zorgt ervoor dat er voldoende medewerkers zijn om alle benodigde expertises in een team te hebben. Daarnaast is het team ook klein genoeg om van elkaars casussen op de hoogte te zijn.

25. In sommige regio's geldt de afspraak dat een 'indicatieaanvraag' voor hulpverlening vanuit een geïntegreerd team in 100 % van de gevallen wordt toegekend. Daarmee heeft het geïntegreerde team dus ook de beschikking over de inzet vanuit de Wmo.





**Adriaan Jansen**  
*Oud-bestuurder GGZ Friesland*



**Anke van Dijke**  
*Bestuurder Fier*



**Ingrid Widdershoven**  
*Bestuurder Koraal*



**Eelco Damen**  
*Oud-bestuurder Cordaan*



**Han Schellekens**  
*Bestuurder Dagelijks Leven*



**Jeroen Muller**  
*Bestuurder Dijklander  
Ziekenhuis*



**Marianne Verhoef**  
*Bestuurder Levvel*



**Willem Geerlings**  
*Gepensioneerd medisch specialist  
en ziekenhuisbestuurder*



**Wouter Teer**  
*Oud-bestuurder GGZ Friesland*



**Machiel Polak**  
*Voorzitter FPC Belgium  
Gent en Antwerpen*



Deze publicatie is een uitgave van EHdK

EHdK doet projecten om samenwerking te realiseren  
of meer uit samenwerking tussen organisaties te halen.

Daarnaast doet EHdK projecten om vernieuwing in  
de gezondheidszorg te realiseren en helpen we bestuurders  
bij het op orde brengen van hun eigen organisatie.

Tweede Kostverlorenkade 62  
1053 SB Amsterdam  
Telefoonnummer 06 57300 722

[www.ehdK.nl](http://www.ehdK.nl)

