

# Innovatieve ambulante ggz in de wijk

7 wijze lessen over nieuwe werkwijzen in  
Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg

## Colofon

### Auteurs

*De Nederlandse ggz*  
Willemijn Kemp  
Gerard van Unen

### Met dank aan

*Kenniscentrum Phrenos*  
Chrisje Couwenbergh  
Jaap van Weeghel



### Begeleiding

*Comfirm*  
Karen Rademakers

De Nederlandse ggz  
Piet Mondriaanplein 25  
3812 GZ Amersfoort  
033 460 98 00

[communicatie@denederlandseggz.nl](mailto:communicatie@denederlandseggz.nl)  
[www.denederlandseggz.nl](http://www.denederlandseggz.nl)  
[Willemijn.Kemp@vitalinterest.nl](mailto:Willemijn.Kemp@vitalinterest.nl)  
[gvunen@denederlandseggz.nl](mailto:gvunen@denederlandseggz.nl)

**April, 2021**

## Voorwoord

Een mentaal veerkrachtige, inclusieve en veilige samenleving is een ambitie en een verantwoordelijkheid van ons allemaal. Waar de ggz goed is in de behandeling en begeleiding van psychische aandoeningen en begeleiding bij psychische kwetsbaarheden, zijn maatschappelijke partners dat in de aanpak van problemen op andere levensgebieden, bijvoorbeeld waar het schulden of huisvesting betreft, of het vinden van werk. De ggz wil en moet meer investeren in zorg in de wijk, dichtbij cliënten.

Veel mensen met een ernstige psychische aandoening kampen met hardnekkige problemen op meerdere levensgebieden. Effectieve zorg die gericht is op maximale eigen regie van de cliënt op alle facetten van het leven, vraagt daarom om goede samenwerking tussen cliënten (ervaringsdeskundigen of cliëntvertegenwoordigers), hun naasten, zorgaanbieders in de ggz en in beschermd wonen of maatschappelijke opvang en maatschappelijke partners zoals de huisartsen, de GGD, sociale wijkteams, organisaties voor dagbesteding, schuldhulpverlening, reclassering, woningcorporaties en politie. Dat betekent dat we de krachten moeten bundelen en met elkaar moeten bekijken hoe we anders kunnen gaan samenwerken in nieuwe (organisatie)netwerken. Door te werken vanuit de vraag van de cliënt en de expertise in te zetten waar diegene om vraagt. Door doelen te stellen en ons daar gezamenlijk aan te committeren en door onze professionals de ruimte te bieden om te doen wat nodig is.

Wat ons betreft krijgen de eigen regie van de cliënt, de informele zorg rondom de cliënt en de ondersteuning door ervaringsdeskundigen hierbij een veel duidelijker plaats, zodat de inzet van de ggz beperkt blijft tot dat wat echt nodig is. Zorg op maat betekent dat de cliënt zich niet druk hoeft te maken over loketten en procedures en dat de zorg is toegesneden op zijn of haar problematiek. Tijdige zorg betekent dat we voor de cliënt beschikbaar zijn, zodra dat nodig is. Daar hoort ook de inzet bij op het voorkomen van psychische aandoeningen, omdat voorkomen altijd beter is dan genezen. Daarom zijn preventie en vroegtijdige signalering belangrijk. Professionals in de ggz en bij onze maatschappelijke partners geven die ambitie invulling op de werkvloer, op voorwaarde dat zij weer kunnen doen waarvoor zij zijn opgeleid.

### Beweging naar preventie, vroegtijdige signalering en leefstijlondersteuning

Die gewenste beweging naar preventie, vroegtijdige signalering en leefstijlondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen is niet alleen goed voor het individu, maar maakt ook de samenleving als geheel mentaal gezonder en veerkrachtiger. Voorkomen dat psychische problemen uitgroeien tot ernstige, chronische aandoeningen is een zinnige investering van middelen met positieve maatschappelijke effecten. De ziektelast vermindert en de arbeidsparticipatie verbetert, omdat (blijvende) uitval wordt voorkomen. Ook de overlast op straat van mensen met onbegrepen gedrag neemt zo af, waardoor het gevoel van maatschappelijke veiligheid toeneemt. Door cliënten van ggz-aanbieders en maatschappelijke partners op wijkniveau beter in beeld te hebben, groeien minder situaties uit tot crisissituaties. In acute nood zijn de ggz en haar maatschappelijke partners goed bereikbaar en weten burgers waar zij terecht kunnen met hun acute zorgvraag.

Alhoewel deze ambities in het huidige zorgstelsel nauwelijks waar te maken zijn, is er gedurende de afgelopen jaren in Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg gestart met beloftevolle experimenten van ambulante ggz in de wijk. Deze experimenten laten overtuigend zien, dat organisatienetwerken over de grenzen van de wettelijke domeinen heen effectief zijn. De betrokken regio's hebben veel creativiteit getoond, en zijn er zo in geslaagd om de zo noodzakelijke onderlinge samenwerking tussen de ggz en haar maatschappelijke partners in het huidige versnipperde stelsel toch van de grond te krijgen. Om samen met de cliënt te kunnen doen wat nodig is, hebben zij in deze nieuwe samenwerkingsverbanden het lef getoond om de schotten tussen de verschillende financieringsstromen zoveel mogelijk te omzeilen. De meest kwetsbare groepen in de ggz, de mensen die door ernstige, vaak chronische psychische problematiek op sociaal-maatschappelijke achterstand staan, profiteren daar nu van; zij ondervinden nauwelijks drempels meer in hun zorg en ondersteuning. Dat helpt hen om meer dingen zelf aan te pakken en actiever deel te nemen in de samenleving, waardoor zij meer kwaliteit van leven ervaren en vaker het gevoel hebben ertoe te doen. Reden genoeg voor de Nederlandse ggz om deze nieuwe organisatienetwerken onder de loep te leggen en er landelijke lessen uit te trekken. We hebben

gekeken naar hoe anders men in deze vier innovatieve regio's inmiddels samenwerkt in de ggz en het sociaal domein, naar de beweegredenen hiervoor, naar de succes- en faalfactoren hierbij en naar de maatschappelijke opgaven die er nog liggen voor zorgaanbieders en hun maatschappelijke partners, de gemeenten, zorgverzekeraars en de landelijke overheid, bij de verdere ontwikkeling van kwalitatief goede, veilige en laagdrempelige ggz-zorg dichtbij huis voor deze psychisch kwetsbare doelgroep. Het móet anders, en het kán dus ook anders, zo blijkt uit dit verslag over innovaties van wijkgericht samenwerken in de ggz en het sociaal domein. Laten we ons voordeel hiermee doen en de bevindingen betrekken bij de gesprekken over een nieuwe ordening van zorg, welzijn en ondersteuning in de langdurige ggz.

Jacobine Geel, voorzitter.

Onze speciale dank voor hun openheid en de bereidheid om mee te werken aan dit project gaat uit naar:

Jos Brinkman (GGZ Noord-Holland-Noord)

Lex de Grunt (GGZ Altrecht)

Hilda van der Hek (GGZ Drenthe)

Bert Hogeboom (Cosis)

Ineke van Hooff (Kwintes, voorzitter Valente)

Surja Nannan Panday (VNN)

Paul Schefman (LevantoGroep)

## Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Voorwoord.....	3
Inleiding.....	6
<b>1.0. Vier innovatieve regio's met wijkgerichte ggz onder de loep.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Drenthe.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Noord-Holland-Noord.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Utrecht.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. Zuid-Limburg.....</b>	<b>13</b>
<b>2.0. Onderzoeksaanpak, dataverzameling en data-analyse.....</b>	<b>17</b>
<b>3.0. 7 praktijklessen .....</b>	<b>19</b>
<b>Les 1 – Vertrek altijd vanuit de behoeften van de cliënt in diens omgeving.....</b>	<b>19</b>
<b>Les 2 – Ontwikkel een gemeenschappelijke visie op integrale zorg.....</b>	<b>22</b>
<b>Les 3 – Creëer samenhang in de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij herstel.....</b>	<b>25</b>
<b>Les 4 – Leer professionals een herstelondersteunende attitude en gedrag aan.....</b>	<b>31</b>
<b>Les 5 – Faciliteer de transformaties in en tussen de betrokken organisaties adequaat.....</b>	<b>35</b>
<b>Les 6 – Zorg voor passende wetgeving en financiële randvoorwaarden.....</b>	<b>40</b>
<b>Les 7 – Laat zien wat je doet en toon aan dat het werkt.....</b>	<b>43</b>
<b>Tot slot, blijven ademen, volhouden en doorgaan.....</b>	<b>46</b>
<b>Bibliografie.....</b>	<b>49</b>
<b>Literatuur.....</b>	<b>49</b>
<b>Andere bronnen – naslagwerk, vertrouwelijk, intern.....</b>	<b>52</b>
<b>Websites.....</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage I – Lijst deelnemers interviews en spiegelsessies.....</b>	<b>54</b>

## Inleiding

Deze verkenning van innovatieve, ambulante ggz in de wijk in Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg biedt handvatten voor vergelijkbare transformaties van geestelijke gezondheids- en welzijnzorg elders in Nederland. Naar aanleiding van eerder gemaakte afspraken in het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 – 2022 over meer integrale, gebiedsgerichte ggz-zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, hebben de Nederlandse ggz en Kenniscentrum Phrenos de innovaties op dit gebied in deze vier regio's tegen het licht gehouden. Het gaat om een verkennend onderzoek naar hoe anders er in deze regio's inmiddels gewerkt wordt, naar de beweegredenen hiervoor, de succes- en faalfactoren hierbij en naar de eventuele maatschappelijke opgaven die er nog liggen om zorgaanbieders, hun maatschappelijke partners, gemeenten, zorgverzekeraars en de landelijke overheid te helpen bij de verdere ontwikkeling van kwalitatief goede, laagdrempelige ggz-zorg dichtbij huis voor deze psychisch kwetsbare doelgroep.

Delespaul en de consensusgroep EPA (2013) geven een definitie van ernstige psychische aandoeningen die in Nederland vaak als uitgangspunt wordt genomen voor de afbakening van deze doelgroep. Zij stellen voor om van 'ernstige psychische aandoeningen' te spreken wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis die zorg en behandeling noodzakelijk maakt;
- met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurige, tenminste enkele jaren);
- waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandel-, begeleidings- en ondersteuningsplan te realiseren.

Op basis van deze definitie en analyse zijn er naar schatting 281.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland (populatieprevalentie van 1,7%).

De term wordt vooral door beleidsmakers gebruikt en is nuttig voor zorgplanning en (organisatorisch of financieel) beleid, maar is minder geschikt als 'label' voor een individuele cliënt of een groep cliënten met vergelijkbare psychische aandoeningen; De term doet de diversiteit van de groep mensen met een ernstige psychische aandoening tekort en kan stigmatiserend werken. Immers, de aard van de problematiek (bijvoorbeeld psychoses, verslavingen, depressies of persoonlijkheidsstoornissen) en vooral de mate waarin iemand hier in zijn of haar leven hinder van ondervindt, fluctueert enorm. Mensen kunnen in sommige fases van hun leven wel en andere niet (meer) onder de beschreven definitie vallen. Dat maakt ook dat hun zorg- en ondersteuningsbehoeften individueel en over de tijd enorm kunnen verschillen. Daarnaast zou met deze term ten onrechte worden gesuggereerd dat stoornissen van andere doelgroepen niet 'ernstig' kunnen zijn. Bij gebrek aan consensus over een andere, betere benaming zullen we in dit rapport de huidige naamgeving hanteren, waarbij we ons bewust zijn van genoemde gebreken.

Het is van groot belang dat mensen met ernstige psychische aandoeningen laagdrempelig een beroep kunnen doen op goede ggz behandeling, begeleiding en ondersteuning. Hun behoeften hebben echter zelden alleen betrekking op het werkterrein van de ggz. Onderscheidend is vooral dat de problemen van mensen uit deze doelgroep veel aspecten van het leven betreffen (psychische gezondheid, lichamelijke gezondheid, werk en inkomen, sociale relaties) en er integrale hulp en ondersteuning nodig is van professionals uit verschillende sectoren in de gezondheids- en welzijnzorg. Geschat wordt dat ongeveer driekwart van de mensen met ernstige psychische problemen in zorg is. De overgrote meerderheid (ca. 90%) van de mensen met ernstige psychische aandoeningen woont zelfstandig, veelal met ambulante zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Een veel kleiner deel is vanwege de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur, 7 dagen per week zorg nabij, aangewezen op langdurig klinisch verblijf of beschermd wonen via de Wet langdurige zorg (Wlz). Mensen met ernstige psychische aandoeningen gebruiken iets meer dan 47% van de totale 3,4 miljard euro aan ggz-kosten in de Zorgverzekeringswet. De behandeling, begeleiding en ondersteuning is intensief en trajecten duren doorgaans meerdere jaren. 76% ontvangt zorg in de (hoog-) gespecialiseerde ggz en een groot gedeelte (78%) komt ook in het (psychiatrisch) ziekenhuis (Vektis, 2020).

Een recente evaluatie van de ambities uit Over de Brug (2014) laat zien, dat er in de afgelopen vijf jaar weinig meetbare verbeteringen zijn opgetreden in de levensomstandigheden en de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook is het publieke stigma in de afgelopen decennia niet afgenomen (Couwenberg & van Weeghel, 2019). In de dagelijkse praktijk zeggen veel zorgaanbieders in de ggz, beschermd wonen en het sociaal domein te worstelen met de maatschappelijke opgave van integrale, herstelondersteunende zorg voor deze doelgroep. Zij zijn het eens over het belang van goede lokale en/of regionale samenwerkingsverbanden, waarmee de samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein verder kan worden vormgegeven, het liefst over de schotten van wettelijke domeinen en financiële kaders heen. Tegelijkertijd beseft men dat de gewenste transformaties naar meer ggz in de wijk zich moeten voltrekken binnen een uiterst complex systeem van wet- en regelgeving. Daarom verlopen deze ingrijpende veranderingen vaak grillig, schoksgewijs en hebben zij een onvoorspelbaar en chaotisch karakter. Veel partijen hebben het (het gevoel) iets te verliezen, waardoor menig traject tot heftige onderlinge discussies en wantrouwen, machtsspelletjes en politieke controverse kan leiden.

In de regio's Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg is een en ander ook niet zonder slag of stoot gegaan, maar heeft men desondanks de beoogde transformatie betrekkelijk vlot doorlopen. Reden genoeg voor de Nederlandse ggz om met de betrokkenen uit deze regio's in gesprek te gaan over die verandertrajecten en lessen te trekken uit hun ervaringen.

Het doel van deze verkenning is tweeledig:

1. Inzicht verkrijgen in en landelijke lessen trekken uit hoe anders er in de vier innovatieve regio's gewerkt wordt in de ggz en het sociaal domein, in de beweegredenen hiervoor, de succes- en faalfactoren hierbij en de eventuele maatschappelijke opgaven die er nog liggen voor zorgaanbieders en hun maatschappelijke partners, gemeenten, zorgverzekeraars en de landelijke overheid bij de verdere ontwikkeling van kwalitatief goede, laagdrempelige ggz-zorg dichtbij huis voor deze psychisch kwetsbare doelgroep.
2. Op basis van de verkregen inzichten een bijdrage leveren aan de landelijke discussie en beleidsontwikkeling omtrent de langdurige ggz, de gewenste transitie(s) hierin en de eventueel benodigde aanpassingen van wet- en regelgeving.

Deze verkenning berust op de ervaringen van cliënten, hun naasten, professionals in de ggz, beschermd wonen en het sociaal domein, adviseurs, project- en programmamanagers en van het management en de bestuurders bij zorgaanbieders, hun maatschappelijke partners en bij zorgverzekeraars en gemeenten. Er zijn nog weinig kwantitatieve data beschikbaar, zoals uitkomsten op individueel cliëntniveau of op het niveau van (maatschappelijke) kosten en baten. Onderzoek hiernaar is in de meeste regio's in voorbereiding of net in uitvoering. Daarom is gekozen voor exploratief onderzoek, door middel van een kwalitatieve methode van dataverzameling.

Tijdens de gesprekken is veel gesproken over het netwerk waarin, of de netwerkorganisatie van waaruit men samenwerkt met andere partijen. Bij de verslaglegging is ervoor gekozen om de verschillende termen die gebruikt worden te vervangen door de term 'organisatienetwerk(en)', omdat die term de lading van de ontwikkelingen in de vier regio's beter dekt. Doevondans e.a. (2020) stellen dat organisatienetwerken een opkomend fenomeen zijn in de (semi-)publieke sector: "Deze ontwikkeling is onomkeerbaar".

De centrale onderzoeksvraag is:

Wat maakt innovatieve organisatienetwerken in Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg, gericht op de integrale, gebiedsgerichte ggz-behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met een ernstige psychische aandoening, succesvol volgens direct betrokkenen?

De centrale onderzoeksvraag is opgedeeld in de volgende deelvragen:

- 
- Wat hebben de vier innovatieve regio's volgens de direct betrokkenen veranderd aan de behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met een ernstige psychische aandoening en waarom?
- Wat zijn naar hun idee de succes- en faalfactoren geweest bij de (re)organisatie en (her)inrichting van de zorg?
- Voor wie liggen er volgens hen nog opgaven, om deze zorg (nog) beter te maken?



## 1.0. Vier innovatieve regio's met wijkgerichte ggz onder de loep

Het uitgangspunt voor het project was om drie of vier regio's onder de loep te nemen, die innovatief opereren bij de organisatie van integrale, wijkgerichte ggz-zorg, maar daarin ook onderling van elkaar verschillen. Bij de selectie van de regio's is uitgegaan van een landelijke spreiding en voldoende verscheidenheid in de gebruikte modellen en concepten bij het inhoudelijk vormgeven en organiseren van die zorg. Door de variatie(s) ontstaat een breed palet aan informatie over de manier van werken en de succes- en faalfactoren hierin. Bij de regioselectie zijn de volgende selectiecriteria toegepast:

- Er is sprake van verregaande samenwerking tussen deelnemende partijen in de ggz en het sociaal domein;
- Er is een welomschreven, meerjarig plan van aanpak, waar de deelnemende partijen zich aan gecommitteerd hebben;
- De onderlinge samenwerking op de werkvloer heeft een structureel karakter.

Deze selectie is echter niet uitputtend. Het is niet de intentie geweest om de suggestie te wekken dat deze vier regio's de enige regio's zijn waar innovatieve integrale, wijkgerichte zorg wordt aangeboden. Het zijn wel prototypes gebleken voor andere regio's, die minder ver zijn; Het gaat om regio's waar bewegingen op gang zijn gekomen die aansluiten op (een deel van) de landelijke afspraken uit het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 – 2022:

- Drenthe, waar in de Optimaal Leven Teams wordt samengewerkt tussen de ggz en haar sociale partners (GGZ Drenthe, Cosis, VNN, de gemeente Assen, Emmen en De Wolden/Hoogeveen, VGZ en Zilveren Kruis);
- Noord-Holland-Noord, waar GGZ Noord-Holland-Noord toewerkt naar een interne krachtenbundeling van cure en care (Specialisten Samen In de Wijk – SSIW: bundeling van gespecialiseerde teams en F-ACT-teams);
- Utrecht, waar de ggz-gebiedsteams in verschillende gemeenten opereren (o.a. Ggz Altrecht, Lister, Kwintes en gemeenten Utrecht en Zeist);
- Zuid-Limburg, met o.a. de coöperaties Stand-by en De Nieuwe GGZ in respectievelijk Heerlen en Maastricht (o.a. Levanto Groep, GGZ Mondriaan, de huisartsencoöperatie en de gemeenten Heerlen en Maastricht).

In vergelijking met de andere drie regio's heeft GGZ Noord-Holland-Noord vooral een intern verandertraject doorgemaakt. In die regio wordt uiteraard ook samengewerkt met partners uit het sociaal domein, maar er is met hen nog geen sprake van een hecht innovatief samenwerkingsverband. Hoewel deze regio niet aan alle selectiecriteria voldoet is er, vanwege de beoogde verregaande samenwerking tussen care en cure en de interne dynamiek die dit teweeg brengt binnen een grote geïntegreerde ggz-zorgaanbieder, toch voor gekozen om veranderingen binnen GGZ Noord-Holland-Noord tegen het licht te houden. De verwachting hierbij was dat er vooral lessen te trekken zijn uit de bedrijfsorganisatorische en -culturele aspecten van grote organisatieveranderingen.

### 1.1. Drenthe

Het programma Optimaal Leven Drenthe beslaat in juli 2020 vier regio's in Drenthe (bijna 500.000 inwoners): vier wijken in Assen (24.000 inwoners), twee wijken in Emmen (19.000 inwoners) en de gemeenten Hoogeveen en de Wolden samen (80.000 inwoners). De demografische kenmerken per gebied verschillen van elkaar; het gaat dan met name om verschillen in grootstedelijke problematiek, zoals armoede, huiselijk geweld en intergenerationele overdracht, verslavingsproblematiek en (inter)culturele diversiteit. Voorts zijn er verschillen qua aantallen inwoners per gebied. Het doel van het programma Optimaal Leven is om de kwaliteit van leven van mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid te verbeteren. Het initiatief hiertoe is in 2015 genomen door de zorgaanbieders GGZ Drenthe (ggz), Verslavingszorg Noord-Nederland, en Cosis (zorgaanbieder beschermd wonen en ambulante begeleiding)

en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Een van de belangrijkste aanleidingen hiervoor was de EPA-vignettenstudie Drenthe. Vanaf de start zijn de gemeenten hier intensief bij betrokken geweest. In Assen, Emmen en Hoogeveen/ De Wolden zijn drie integrale teams opgezet voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen; Behalve de initiatiefnemers namen ook de welzijnsorganisaties uit het sociaal domein deel aan de Optimaal Leven-teams. Vergelijkbaar met de situatie in Limburg, werken de drie teams domeinoverstijgend, dat wil zeggen over de grenzen van de wettelijke domeinen zoals Zvw, Wmo of Wlz heen. Bovendien werken zij vanuit de netwerkaanpak, waarbij de grenzen van de eigen moederorganisaties niet leidend zijn, maar de doelen voor de cliënten op basis van het Herstel Ondersteunings Plan (HOP). De start van een nieuw Optimaal Leven-team in gemeente Midden-Drenthe (33.000 inwoners) wordt onderzocht.

Om de kwaliteit van leven voor mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid te vergroten en bij te dragen aan hun zelfstandigheid in de eigen omgeving, werkt Optimaal Leven vanuit een herstelondersteunende en persoonsgerichte visie. Voor de behandeling en begeleiding wordt één HOP opgesteld, zodat alle betrokken cliënten, hun familie of andere betrokkenen en hulpverleners uit uiteenlopende disciplines aan dezelfde doelen werken. De lijnen tussen verschillende behandelaars, begeleiders en ondersteuners zijn zeer kort, waardoor men indien nodig snel kan schakelen en onderling kan afstemmen, en men gezamenlijk de continuïteit van zorg op meerdere levensgebieden kan waarborgen. Wanneer dat wenselijk of strikt noodzakelijk is, kunnen de Optimaal Leven-teams direct een beroep doen op de experts binnen de deelnemende moederorganisaties, zoals specialistische ggz, verslavingszorg, werk-dagbesteding en leerprojecten of begeleiding bij beschermd wonen.

In Assen en Emmen zijn de teams gepositioneerd in een wijkcentrum. In Hoogeveen en De Wolden is het team gehuisvest in een vleugel van Ziekenhuis Bethesda te Hoogeveen (juli 2020). Zij gaan binnenkort ook verhuizen naar de wijk. Binnen de huidige drie teams werken gemiddeld 50 professionals vanuit de eerdergenoemde moederorganisaties en welzijnsorganisaties samen. Zij bieden integrale zorg aan 470 cliënten (februari 2020).

De programmastructuur van het Optimaal Leven-programma bestaat uit een stuurgroep met bestuurders, een kernteam met regiodyrecties, een projectteam met projectleiders en diverse werkgroepen rondom inhoudelijke thema's. Een programmamanager leidt het programma, bewaakt het ontwikkelingsproces en is lid van het kernteam. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en over diverse overlegmomenten tussen de verschillende gremia.

### **Onderzoek in Drenthe**

De stuurgroep evalueert jaarlijks het Optimaal Leven-programma; Het moet tot betere zorginhoudelijke prestaties voor individuele cliënten leiden en tot betere financiële prestaties in de regio. Om de effectiviteit en (maatschappelijke) meerwaarde in kaart te brengen wordt in samenwerking met diverse onderwijsinstellingen en onderzoeksinstituten een onderzoek uitgevoerd. De resultaten van dit zogenoemde actie-onderzoek worden periodiek en systematisch op vijf niveaus in kaart gebracht: het individuele cliëntniveau, medewerkersniveau, omgevingsniveau (familie of andere betrokkenen, de wijk en diverse samenwerkingspartners) en op proces- en organisatieniveau. Dataverzameling vindt plaats door middel van een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief proces- en uitkomstenonderzoek. Resultaten worden vergeleken met de resultaten van de 'standaard' zorg. Primaire uitkomstmaten op cliëntniveau zijn herstel, kwaliteit van leven en de tevredenheid over de zorg. Hiervoor wordt gebruikt gemaakt van een aantal meetinstrumenten die jaarlijks worden afgenomen als onderdeel van de zorg en ondersteuning van de Optimaal Leven teams. Belangrijk onderdeel is de I.ROC, een vragenlijst gericht op het meten van de verschillende aspecten van herstel. Cliënt en medewerker vullen de vragenlijst samen in. De vragenlijst heeft een concreet doel bij het aanbrengen van focus in de behandeling, begeleiding en ondersteuning van de cliënt en het opstellen van het Herstel Ondersteunings Plan (HOP).

## 1.2. Noord-Holland-Noord

Noord-Holland-Noord kent tussen de 620.000 en 650.000 inwoners en is verdeeld in drie regio's: de kop van Noord-Holland, West-Friesland en Noord-Kennemerland. Deze regio's kennen een aantal middelgrote steden zoals Alkmaar, Hoorn, Heerhugowaard en Den Helder. Ervan overtuigd dat cliënten met een (al dan niet ernstige) psychische aandoening in hun thuisomgeving veel sneller opknappen, heeft GGZ Noord-Holland-Noord er in 2017 voor gekozen om meer geïntegreerd, wijkgericht te gaan werken. Om dat zorgvuldig te doen, dat wil zeggen stapsgewijs en met draagvlak onder de medewerkers, is men begonnen om in het programma 'Specialisten Samen In de Wijk' de diagnose gerichte behandeling en F-ACT te bundelen in de ggz-teams. Hierin werken de specialisten uit de specialistische ggz intensief samen met de van oudsher wijkgerichte F-ACT-teams, waardoor de gespecialiseerde of specialistische behandeling enerzijds en de meer maatschappelijk georiënteerde zorg anderzijds beter te integreren zijn en cliënten ook sneller toegang hebben tot die geïntegreerde zorg. Anders dan in de andere onderzochte regio's is er bij GGZ Noord-Holland-Noord vooralsnog alleen sprake van verregaande integratie op behandelniveau. Het gaat om een intern verandertraject, waar andere maatschappelijke partners zoals de sociale wijkteams (nog) niet intensief bij betrokken zijn geweest. De behandeling zelf daarentegen is ten opzichte van de situatie van voor het bestaan van de ggz-teams in toenemende mate herstelondersteunend van karakter. Zo gebruikt men de HOI<sup>1</sup>, de herstelondersteunende intake die bij GGZ Noord-Holland-Noord ontwikkeld is. Daarnaast wordt de WRAP vooral gebruikt door ervaringsdeskundigen op de herstelwerkplaatsen. De ggz-teams zijn gericht op het verbeteren van het symptomatisch, lichamelijk, persoonlijk en maatschappelijk (sociaal en functioneel) herstel van cliënten met een ernstige psychische aandoening. Daarnaast streeft men ernaar om zichtbaar beter te worden voor cliënten, hun familie of andere betrokkenen en voor maatschappelijke partners. Men heeft hierbij ingezet op het verbeteren van de kwaliteit van de geboden zorg, op meer integratie van de behandeling, begeleiding en ondersteuning, op een flexibeler optreden bij hulpvragen van de cliënt, afgestemd op diens specifieke behoeften, op een professionelere aanpak door een bundeling van expertises en op het verbeteren van de toegankelijkheid en continuïteit van het totale hulpaanbod.

Naast de 18 ggz-teams bij GGZ Noord-Holland-Noord zijn er 25 expertnetwerken opgezet om de professionele kennis en expertise voortdurend te kunnen evolueren. Aan deze expertnetwerken nemen allerhande disciplines deel, die binnen GGZ Noord-Holland-Noord in verschillende settings werken. Zodoende realiseert men voldoende uitwisseling en/of kruisbestuiving tussen de verschillende professionals.

Tot slot zijn er regionaal opererende teams voor specifieke doelgroepen, drie IHT-teams (Intensive Home Treatment), drie Frailty-teams (ouderenzorg) en drie PEA-teams (persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en ADHD). Iedere regio heeft van iedere specialisatie één team.

### **Onderzoek in Noord-Holland-Noord**

GGZ Noord-Holland-Noord onderzoekt de eerdergenoemde transities periodiek en systematisch met behulp van de SSIW-schaal, een instrument dat gebaseerd is op de F-ACT-schaal, maar dan uitgebreid met SSIW-elementen en items uit de ROPI-R (herstel). De SSIW-schaal bestaat uit twee delen: Deel A is een organisatiedeel, waarin de uitgangssituatie van cliënten en de teamstructuur is opgenomen en Deel B is een themadeel met 9 inhoudelijke thema's (flexibilisering van zorg; persoonlijk domein; maatschappelijk domein; symptomatisch domein; crisis en veiligheid; samenwerken met het netwerk; planning en evaluatie individuele zorg; kwaliteit en innovatie; focus op herstel). De periodieke SSIW-metingen (startmetingen en vervolgmetingen bij alle GGZ-teams en de regioteams PEA en Frailty) brengen per team en overall de stand van zaken in kaart ten aanzien van de ontwikkeling van de bovengenoemde thema's. De teams krijgen de onderzoeksresultaten in verslagvorm met een toelichting daarop teruggekoppeld, zodat zij voor zichzelf verbeterdoelen kunnen opstellen voor de eerstvolgende periode.

Het onderzoek dat GGZ Noord-Holland-Noord doet ter verbetering van de eigen zorginhoudelijke en bedrijfsmatige processen bestaat in totaal uit vier onderdelen. Naast de SSIW-modelgetrouwheidsmetingen vindt er kwantitatief onderzoek plaats met betrekking tot de cliëntuitkomsten.

---

<sup>1</sup> [www.psychosonet.nl/hoi-intake-herstelondersteunend/](http://www.psychosonet.nl/hoi-intake-herstelondersteunend/)

Tevens voert GGZ Noord-Holland-Noord een interne en externe procesevaluatie uit onder diverse geleidingen in de eigen organisatie, en bij externe stakeholders en samenwerkingspartners. Daarnaast worden analyses gemaakt van de interne bedrijfsinformatie, zoals de in- en doorstroom van cliënten, wachttijden en/of wachtlijsten, enzovoort. De onderzoeksresultaten worden gepresenteerd in tussen- en eindrapportages, publicaties en in- en externe presentaties. Er vindt terugkoppeling plaats op teamniveau, het niveau van de directies en raad van bestuur en aan de betrokken stakeholders.

### 1.3. Utrecht

In 2014 hebben zorgaanbieders Altrecht en Kwintes samen met andere zorgaanbieders uit de regio Utrecht het EPA vignettenmodel ontwikkeld. Het vignettenmodel kwam tot stand naar aanleiding van een eerder onderzoek van Vektis in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland naar het aantal mensen met een ernstige psychische aandoening in Nederland en de verdeling van het aantal patiënten per gemeente. Het model is daarna onder leiding van KPMG Plexus en met betrokkenheid van Achmea zorgverzekeraars verder uitgewerkt. Want met het oog op de stelselwijzigingen in 2015 (de AWBZ verdween, en daarvoor in de plaats kwamen in de langdurige ggz de Wmo en Wlz) wilden zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren goede regionale afspraken maken over de organisatie en financiering van de zorg voor deze doelgroep. Het vignettenmodel is een methode geweest om cliënten in de langdurige ggz op basis van hun zorgvraag in te delen in 9 verschillende doelgroepen. Zodoende ontstond een duidelijker beeld van de omvang van de totale populatie en deelpopulaties. Men kreeg men meer gevoel bij de aantallen cliënten per gemeente of regio, en bij de diversiteit in behoeften aan hulp en ondersteuning en de kosten die hiermee gepaard gaan. Alhoewel de EPA vignettenstudie was afgeleid van declaratiegegevens van zorgaanbieders, wil men vanaf het begin meer zicht krijgen op wie deze mensen nu precies zijn, bij wie zij in zorg zijn en wat zij precies nodig hebben. De EPA vignetten lieten grote verschillen zien in prevalentie van cliënten met ernstige psychische aandoeningen per gemeente. Ook verschilden de kosten per gemeente. De belangrijkste veroorzaker van de verschillen in kosten destijds bleek het intramuraal verblijf te zijn; het EPA vignet 5 (klinisch verblijf in de Zvw) had het hoogste aandeel in de kosten van de totale EPA doelgroep.

Het gebiedsgericht werken in de gebiedsteams in Utrecht (stad) en omgeving vindt zijn oorsprong in de regionale EPA taskforces, die op initiatief van zorgverzekeraar Zilveren Kruis (Achmea), enkele gemeenten, professionals en cliënten in 2015 zijn opgezet. De taskforces waren gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstige psychische aandoening en bedoeld als katalysator om de samenwerking tussen het sociaal domein en de ggz (of het medisch domein) verder vorm te geven en te stimuleren. Utrecht was een van de tien regionale verzorgingsgebieden waar zo'n taskforce is opgezet. In de taskforces waren onder andere aanbieders van ggz-zorg, beschermd wonen, verslavingszorg en gemeenten betrokken. In de meeste gevallen waren hierin ook cliëntvertegenwoordigers of familievertegenwoordigers betrokken, of partijen als de woningcorporaties en de GGD. Een onafhankelijk voorzitter of project- of programmaleider leidde de taskforce.

In eerste aanvang waren de taskforces gericht op visievorming, het opzetten van multidisciplinaire overlegstructuren en het vormen van multidisciplinaire teams. Binnen de taskforces zijn verschillende werkwijzen en interventies ontwikkeld en toegepast, die de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen verbeteren (Onderzoeksrapportage Best Practices Taskforces EPA januari 2019, Phrenos).

In 2018 is men in Utrecht en omgeving verder gegaan met enkele gebiedsteams, waarin GGZ Altrecht en Lister of GGZ Altrecht en Kwintes intensiever gingen samenwerken. Later is het werken in gebiedsteams successievelijk uitgebreid naar andere buurten en/of wijken binnen de deelnemende gemeenten en zijn de sociale partners (waaronder de buurtteams van de gemeenten, Wij 3.0, Abrona en de verslavingszorg) actiever gaan deelnemen in deze samenwerkingsverbanden. In Utrecht west en zuidoost werkt GGZ Altrecht nauw samen met Kwintes, in Utrecht stad en de Lekstroom met Lister. In totaal werken nu vijftien gebiedsteams in zestien gemeenten.

Ieder gebiedsteam heeft een jaarplan met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg, de onderlinge samenwerking (in het gebiedsteam zelf, de betrokken organisaties en in het netwerk) en de productontwikkeling. Binnen alle teams zijn gezamenlijke overlegstructuren bedacht in

wisselende samenstelling en zoveel mogelijk afgestemd op de lokale wijkinfrastructuur. Het mantra binnen alle gebiedsteams is: van 'naast' naar 'samen' en van 'samen' naar 'geïntegreerd'. Vanaf het begin is er veel aandacht geweest voor onder ander de verdere ontwikkeling van herstelondersteunende zorg, peer support (eigen ervaringen, opzetten zelfhulpgroepen en groepsactiviteiten), de inzet van naasten, de ontwikkeling van kennisnetwerken, de onderlinge afstemming van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de netwerkpartners en de rol van verschillende aandachtsfunctionarissen binnen het netwerk. Aanleiding voor de verdere ontwikkeling op de inhoud van zorg en intensievere samenwerking tussen de betrokken netwerkpartners was Over de Brug (2014), waarin de ambitie om in 2025 1/3 meer herstel te realiseren was geformuleerd.

Halverwege 2019 concludeerde men dat de gebiedsteams ertoe hebben bijgedragen dat er veel meer wordt samengewerkt tussen de netwerkpartners dan voorheen en dat dit de zorg en ondersteuning aan de individuele cliënt heeft verbeterd, zowel qua inhoud als qua proces. De lijnen zijn korter dan voorheen. Het lukt de teams beter om in de individuele behoeften van cliënten te voorzien en de zorg en ondersteuning dichterbij huis aan te bieden.

### **Onderzoek in Utrecht**

Evenals in de andere drie regio's doen de deelnemende partijen structureel onderzoek naar de uitkomsten van zorg door de gebiedsteams. Men maakt hierbij gebruik van de Zorgmonitor, zoals die binnen GGZ Altrecht ontwikkeld is. Hierbij wordt gebruik gemaakt van Routine Outcome Monitoring ten aanzien van de kwaliteit van leven (Manchester Short Assessment of Quality of Life), onvervulde zorgbehoeften (Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule), beperkingen in het functioneren (Health of Nation Outcome Scales), het maatschappelijk functioneren (Functionele Remissie) en de tevredenheid van cliënten over de hulpverlening van de ggz. Soms worden verschillende schalen ingezet. Bij GGZ Altrecht is er een voorkeur voor gevalideerde meetinstrumenten, bij Lister voor meetinstrumenten die het beste aansluiten op het persoonlijke en maatschappelijke herstel van mensen met een ernstige psychische aandoening. Verder wordt gebruik gemaakt van de MATE, gericht op verslavingen, en diverse herstelschalen, zoals de Integrale Herstel Schaal (IHS).

In Utrecht is er bewust voor gekozen om bij het onderzoek naar de gebiedsteams zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande dataverzameling. Het voordeel hiervan is, dat het gebiedsgericht werken als de nieuwe standaard wordt gezien door de deelnemende partijen en, vergelijkbaar met andere vormen van hulpverlening in de ggz, met behulp van gevalideerde schalen wordt gemonitord. Gebiedsgericht werken als zodanig wordt dus niet meer gezien als een project of programma op zichzelf met tijdelijke eigen monitoring, maar als integraal onderdeel van het totale hulpverleningsaanbod. Het nadeel hiervan wel is, dat het lastiger is om zuivere voor- en nametingen te doen van (het programma van) het gebiedsgericht werken an sich, terwijl men toch graag zicht krijgt op de effecten hiervan. Met andere woorden: Lukt het om de beoogde veranderingen in de dagelijkse zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening daadwerkelijk te realiseren? Dat is deels opgelost met een promotieonderzoek (Sanchez, M. et al., 2016 – heden) naar de gebiedsteams en een vergelijkende studie naar resultaten van de gebiedsteams en de resultaten van vergelijkbare trajecten in Italië (Swildens, W., 2019). In beide gevallen is gebruik gemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling.

De uitkomsten van onderzoek worden in teamverband besproken en geëvalueerd en er wordt een vergelijking gemaakt tussen de gebiedsteams onderling. Waar mogelijk worden best practices met elkaar gedeeld of van elkaar overgenomen. Ook wordt bekeken of er elders sprake is van best practices om over te nemen. Verder worden de uitkomsten geabstraheerd gebruikt voor bestuurlijke evaluaties van de onderlinge samenwerking binnen de gebiedsteams met alle deelnemers en de financiers.

### **1.4. Zuid-Limburg**

In Zuid-Limburg wonen 600.000 mensen. Op dit moment zijn er 2 centrumgemeenten, Maastricht en Heerlen. De derde (Sittard-Geleen) is op komst (2021). Zodra duidelijk werd dat de decentralisatie in het kader van het Sociaal Domein zou plaatsvinden, hebben de beleidsmakers van de LEVANTO groep (zorgaanbieder van o.m. beschermd wonen, Maatschappelijke Opvang en ambulante begeleiding), Radar (een organisatie in de verstandelijk gehandicaptenzorg), Meandergroep (een organisatie van verpleeg- en

verzorgingshuizen) en de Welzijnsgroep (een welzijnsorganisatie) de handen ineengeslagen. De vier partners hebben de decentralisatie van taken van het Rijk naar de gemeenten aangegrepen om een trendbreuk te creëren in het Limburgse zorglandschap en welzijn voor groepen kwetsbare burgers. Ze hebben in 2013 een Partnerschap in het Sociaal Domein opgericht om tot een integrale aanpak van de decentralisatie in het algemeen en wijkaanpak van zorg en welzijn in het bijzonder te komen. Voornamelijk gefinancierd vanuit de Wmo en soms gefinancierd vanuit de Wmo en de Zvw samen. Om de samenwerking te verstevigen en het bestaansrecht ervan te kunnen garanderen, is het partnerschap in krap 1,5 jaar tijd uitgegroeid tot een samenwerkingsverband van 45 organisaties in de gezondheids- en welzijnszorg, de algemene ziekenhuizen uitgezonderd. Vanaf de start is de samenwerking vanuit het Rijnlandse model georganiseerd en gebaseerd op de principes van Triple Aim en/of Quattro Aim, aanpakken die staan voor het duurzaam organiseren van zorg. Hierbij zijn doelstellingen als het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de (positieve) gezondheid van een gedefinieerde populatie en het verlagen van de gemiddelde kosten per hoofd van de bevolking even belangrijk. Quattro Aim streeft bovendien naar tevreden professionals op de werkvloer.

#### *Andere inrichting Wmo*

Er is in Zuid-Limburg gekeken naar zowel het vertrekpunt, dus de bestaande situatie qua gezondheids- en welzijnszorg, als naar de toekomstige situatie. De bestaande situatie was volgens de deelnemende organisaties niet langer vol te houden, gegeven de gezondheidsachterstanden van de Zuid-Limburgse bevolking ten opzichte van de algemene bevolking in Nederland. Men wilde af van het veelal aanbodgerichte en gefragmenteerde werk van de deelnemende organisaties afzonderlijk en van de op inspanning gebaseerde bekostiging ( $p \times q$ ), en toegroeien naar een situatie, waarin de behoeften en doelen van de populatie centraal staan. Waar op het individuele cliëntniveau gekeken wordt naar wat iemand kan en wil en naar wat iemand daarbij nodig heeft. In de periode van 2014 tot nu zijn tal van gezamenlijke wijk- en buurtprojecten opgezet, die enerzijds gestoeld waren op de uitgangspunten van 'positieve gezondheid' (Machteld Huber, 2014), waarbij een betekenisvol leven centraal staat in plaats van ziekte en gebrek, en waarbij er anderzijds telkens wordt uitgegaan van de veerkracht en het aanpassingsvermogen van ieder mens, en de eigen regie van kwetsbare mensen bij het oplossen van hun gezondheids- of welzijnsproblemen. De verwachting was dat men door de onderlinge samenwerking effectiever en efficiënter zou opereren. Dat was een van de redenen om de (centrum) gemeenten en later ook de zorgverzekeraars er intensief bij te betrekken. Hierbij is uitgegaan van co-creatie, waarbij alle deelnemers en de gemeente evenveel invloed hebben op het proces en het resultaat van dat proces, zoals bij de wijk- en buurtprojecten die zijn opgezet.

Verder heeft men in een vroegtijdig stadium gekeken naar alternatieve vormen van bekostiging en/of financiering, ervan overtuigd dat het hierdoor makkelijker zou zijn om domein overstijgend samen te werken. Dat wil zeggen over de grenzen van de wettelijke domeinen Zvw, Wmo, Wlz, Wfz, de Participatiewet en de Jeugdwet heen. Dat sloot volgens de deelnemers beter aan bij het 'zorg-op-maat-principe' dat zij voor ogen hadden. Namelijk, dat je doet wat een cliënt nodig heeft, maar laat wat overbodig is, en dat je niet blijft wachten met het aanbieden van hulp tot na een diagnose, een beschikking of een indicatiebesluit. Hierover had men onderling al twee principiële afspraken gemaakt:

1. Je biedt de hulp aan een cliënt waar hij of zij om vraagt of je zoekt net zolang door in je netwerk, totdat je de juiste hulp voor hem of haar gevonden hebt;
2. Als een van je netwerkpartners bij je aanklopt voor hulp, dan ga je hiermee direct aan de slag. Omdat men in Zuid-Limburg de handelingsvrijheid van de professionals wilde vergroten is samen met de gemeenten en zorgverzekeraars gekeken naar meerjarige lumpsum financiering van het samenwerkingsverband, in plaats van de jaarlijks terugkerende aanbestedings- of inkooptrajecten per wettelijk domein. Zo werken professionals in de gemeente Maastricht via 'krachtenbundeling' in de wijk Malberg op basis van bovenstaande uitgangspunten, is in Heerlen de coöperatie STAND-BY! opgericht, wordt in de gemeente Kerkrade via de samenwerking 'Samen Leven' gewerkt, en hebben de gemeente Landgraaf en Brunssum recent een aanbesteding uitgerold waar deze elementen in terugkomen.

Een en ander bleek binnen bestaande wet- en regelgeving en tussen de verschillende financieringsstromen

lastig te realiseren. Daarom is er binnen het samenwerkingsverband bewust gekozen om naast de gebruikelijke financiering van zorg en welzijn via een schaduwboekhouding een zogenoemde 'virtuele lumpsum' toe te passen. Met als doel om een vergelijking te kunnen maken van inkomsten en uitgaven tussen de bestaande financiering enerzijds en de gewenste financiering anderzijds, beiden in relatie tot de beoogde effectiviteit en efficiëntie van het nieuwe samenwerkingsverband.

#### *De Nieuwe GGZ*

In Maastricht zijn Mondriaan, de Levanto groep, het Leger des Heils, METggz, het Academisch Ziekenhuis Maastricht, het Zuyderland ziekehuis, drie regionale huisartsenverenigingen en Burgerkracht (een belangenvereniging van burgers) gestart met de Nieuwe GGZ. Dit samenwerkingsverband is onderdeel van een bredere landelijke beweging, die er niet alleen op uit is om een verbetering van de huidige 'status quo' van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te realiseren, maar ook op een kanteling van de deelnemende zorgaanbieders naar (verdere ambulantisering in) de wijk. Ofwel een radicale transitie vanuit een geheel nieuwe visie. Volgens de beweging vraagt dat om zogenoemde '3e orde veranderingen', waarbij de bestaande partijen mee veranderen en uiteindelijk nieuwe vormen van samenwerking in cultuur, structuur, technologie en mensen ontwerpen. De Nieuwe GGZ ziet zichzelf als ideeënfabriek en procesbegeleider en probeert op nationaal niveau verbinding, financiering en regelruimte te creëren. In andere regio's in Nederland doen ook Arkin, GGZ Eindhoven, Novadic-Kentron, GGZ Rivierduinen en Vincent van Gogh ggz mee in de Nieuwe GGZ. Virenze nam ook deel, maar is ondertussen overgenomen door de Parnassia Groep /MET ggz. De inspiratie voor het opzetten van de Nieuwe GGZ was de publicatie van het boek *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie* (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink en van Os, 2017). Het boek biedt een heel andere kijk op de organisatie van goede ggz-hulpverlening, die de patiënt als een unieke persoon benadert, met een (te activeren netwerk) en een (te creëren) community eromheen, met echte aandacht voor de ervaringsdeskundigheid van de betrokkene.

Binnen de Nieuwe GGZ hanteert men drie belangrijke uitgangspunten:

1. Het eerste is 'Nothing about us, without us'. Cliënten staan centraal, waarbij de Nieuwe GGZ een collaboratieve ontwikkeling met cliënten, betrokkenen, partners en hulpverleners voorstaat. Men wil persoonsgericht handelen, in plaats van instellingsgericht;
2. Het tweede belangrijke uitgangspunt gaat over het contact met cliënten, dat zowel face-to-face als in een online community plaats moet krijgen, niet alleen lokaal of regionaal, maar ook nationaal. Triadisch werken tussen cliënten/burgers, familie en/of andere betrokkenen en professionals in het werkveld is hiervoor de basis. Belangrijke doelen hierbij zijn ervaringsuitwisseling, het regelen van onderlinge hulp, het delen van opportuniteiten en het uitwisselen van kennis. Het idee is dit collaboratief aan te vliegen, niet gestuurd vanuit instellingen of instituties, maar vraaggestuurd vanuit de community zelf. De community maakt daarbij dankbaar gebruik van de digitale mogelijkheden die de informatie- en communicatietechnologie haar biedt;
3. Het derde uitgangspunt gaat over het kantelen van middelen naar de wijk, waarbij de Nieuwe GGZ streeft naar radicale de-bureaucratisering en open, zelfsturende samenwerkingsverbanden. Deelnemende zorgaanbieders in de Nieuwe GGZ besteden 75% van hun middelen aan de wijk infrastructuur en 25% aan de landelijke infrastructuur (inclusief hoog-specialistische regionale klinieken). Bovendien wil men 1/3 investeren in professionele hulpverlening, zoals F-ACT en de basis ggz (80/20), 1/3 in de begeleidingsinfrastructuur (RIBW, dagcentra (50/50) en 1/3 in een sociale economie (20/80).

In Maastricht wordt vanaf het begin gewerkt met een herstelondersteunende intake, met inschakeling van ervaringsdeskundigen voor alle cliënten die behoefte hebben aan behandeling, begeleiding en ondersteuning op welk vlak dan ook. Er is een koppeling gemaakt met de principes van positieve gezondheid, ontwikkeld door Machteld Huber. Er is sprake van een volledig geïntegreerd zorgaanbod vanuit de ggz en het sociaal domein, rechtstreeks georganiseerd rondom twee huisartsenpraktijken. Er wordt dus vanuit één team samengewerkt door partners in het sociaal domein, het maatschappelijk werk, ervaringsdeskundigen en de gespecialiseerde ggz. Door de bundeling van kennis en kunde is het team in staat om ondersteuning op alle levensgebieden aan te bieden, in plaats van alleen op psychische gezondheid. Men ziet elkaar een keer per week in een groot multidisciplinair overleg ter afstemming,

coördinatie en triage van bestaande of nieuwe casuïstiek. Een keer per maand doet men dat samen met de huisartsen. In Heerlen (Hoensbroek) en Sittard-Geleen (De Baandert en Munstergeleen) zijn vergelijkbare initiatieven opgepakt; thans wordt uitgebreid naar de overige gemeentes.

### **Onderzoek in Zuid-Limburg**

Gerelateerd aan de eerder genoemde principes van Triple Aim en/of Quattro Aim, waarbij men kijkt naar het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, het verbeteren van de (positieve) gezondheid van een gedefinieerde populatie, het verlagen van de gemiddelde kosten per hoofd van de bevolking en naar de tevredenheid van professionals op de werkvloer, wordt er in Zuid-Limburg systematisch onderzoek gedaan naar de effecten van het nieuwe beleid in de regio. Om de algemene gezondheidskenmerken van buurten in kaart te brengen en na verloop van tijd te evalueren, wordt gebruik gemaakt van openbare data uit verschillende bronnen. Daarnaast gebruikt men een gevalideerde effectencalculator, in relatie tot de 6 pijlers van positieve gezondheid. Deze effectencalculator is samen met de Zuyd Hogeschool ontwikkeld. Verder meten de gemeenten (o.a. in Heerlen t.a.v. Stand-By) de ervaren kwaliteit van de dienstverlening met een (landelijk) cliëntervaringsonderzoek. Onder leiding van Vilans zijn voorts ook de klantwaarden en mantelzorgwaarden in kaart gebracht. Te denken valt aan:

- Vertrouw in mij en kom niet met de oplossing;
- Werk samen met mij en speel niet de baas;
- Zie heel mijn leven en niet alleen waar jij voor komt;
- Luister naar mij en sluit aan bij wat ik wil;
- Geef me erkenning voor wat goed gaat;
- Ik wil meedoen, maar wetten en regels staan mij in de weg.

Bovendien wordt gekeken naar eventuele klachten over de ondersteuning en naar de snelheid waarmee hulpverleners contact hebben met cliënten en hoe snel zij de hulpverlening daadwerkelijk starten.

Om de kostenontwikkeling van zorg en begeleiding te beheersen, wordt in Limburg gestreefd naar nieuwe vormen van financiering waarbij de schotten tussen de diverse financieringsstromen (Participatiewet, Wmo, Wlz en Zvw) zoveel mogelijk worden weggenomen. Dit vindt plaats op basis van (virtuele) lumpsumbekostiging (in aanloop naar populatiebekostiging) waarbij de begeleiding en zorg wordt bekostigd via een lumpsum met hieraan gekoppeld kwalitatieve 'kritische prestatie indicatoren' (KPI's). Hierdoor kan de registratie en declaratie van uren en dagdelen worden losgelaten, waardoor er minder uren verloren gaan door administratieve handelingen. De overblijvende registratie wordt zo veel mogelijk gefaciliteerd door innovatieve toepassingen zoals spraakgestuurd rapporteren, om de hieraan verbonden tijd te beperken tot een minimum.

De tevredenheid van medewerkers wordt gemeten met behulp van medewerkerstevredenheidsonderzoek. Bovendien zijn onder leiding van Vilans en analoog aan de klantwaarden ook de medewerkerswaarden in kaart gebracht. Het gaat bijvoorbeeld om:

- Duidelijkheid waar ik bij hoor;
- Inzetten op mijn expertise;
- Ruimte voor persoonlijke ontwikkeling;
- Een luisterend oor bij leidinggevend en het hogere management.

Binnen het inhoudelijke frame van positieve gezondheid wordt ook gekeken naar de voortgang in de nieuwe manier van werken, volgens het principe 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Daarnaast wordt in samenwerking met de Hogeschool Zuyd en de Universiteit van Maastricht de onderlinge samenwerking in de breed samengestelde sociale buurtteams onder de loep genomen, teneinde ook die samenwerking te kunnen evalueren en verbeteren.



## 2.0. Onderzoeksaanpak, dataverzameling en data-analyse

Voor dit verkennend onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve benadering, met dataverzameling door middel van interviews, twee spiegelsessies met betrekking tot de eerste bevindingen en een analyse van bestaande documentatie. Het voeren van open gesprekken over de innovaties in de vier regio's leverde gedetailleerde informatie op over persoonlijke denkbeelden, opvattingen en zienswijzen. Tijdens de gesprekken kregen de geïnterviewden ook ruimschoots de kans om hun mening nader uit te leggen. Bovendien was er ruimte om terug te komen op dingen die eerder in het gesprek aan de orde kwamen.

Voorafgaand aan de interviews zijn kennismakingsgesprekken gevoerd met de project- of programmamanagers of de bestuurders van de deelnemende zorgaanbieders in de vier regio's. Deze gesprekken gingen voornamelijk over het doel en het plan van aanpak van deze veldverkenning. Daarnaast is uitgelegd welke gespreksonderwerpen in de interviews aan de orde zouden komen. Tevens is afgesproken welke aanvullende in- en externe bronnen over de betrokken zorg- en welzijnsorganisaties geraadpleegd konden worden en welke personen per regio benaderd konden worden voor een interview.

De interviews zijn voorbereid op basis van bestaande kennis en werkervaring. Zo zijn er naast relevante wetenschappelijke literatuur diverse andere bronnen geraadpleegd. Bijvoorbeeld publicaties van zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars over de innovaties, of interne documentatie van zorgaanbieders over project- en programmamanagement. Maar ook publicaties over verschillende samenwerkingsvormen en over tussentijdse of eindevaluaties (zoals de evaluatie van de EPA Taskforces). Uit de thema's die hieruit naar voren kwamen, is een 'topiclijst' opgemaakt met potentiële interviewvragen.

Per regio is gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van (groepen) respondenten:

- Cliënten;
- Professionals (waaronder ervaringsdeskundigen) in de ggz en het sociaal domein op uitvoeringsniveau;
- Project- en programmamanagers bij zorgaanbieders;
- Het midden- en hogere management en bestuurders bij zorgaanbieders;
- Wethouders en beleidsambtenaren van gemeenten;
- Adviseurs en directies van zorgverzekeraars

De lijst met geïnterviewden is te vinden in bijlage I.

Er zijn in totaal 23 interviews gehouden in de periode januari tot en met juni 2020. Deze gesprekken duurden gemiddeld 60 minuten. Naast een-op-een-gesprekken vonden er interviews met twee personen of groepsinterviews plaats. In sommige gevallen volgde nog een gesprek, om op basis van de verzamelde gegevens nog enkele verdiepende vragen te kunnen stellen. De interviews zijn opgenomen, naderhand schriftelijk uitgewerkt en ter correctie voorgelegd aan de geïnterviewden. Na een eerste grove analyse van de verkregen gegevens is een indeling op hoofdthema's gemaakt:

- 1) Cliëtgericht werken;
- 2) De ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie op integrale zorg;
- 3) Samenhang in de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij herstel;
- 4) Daarbij passende herstelondersteunende attitudes en gedrag;
- 5) Het adequaat faciliteren van veranderingen op de werkvloer;
- 6) Benodigde aanpassingen van wet- en regelgeving en;
- 7) Structureel onderzoek naar de resultaten op het gebied van innovatieve wijkgerichte ggz.

Daarna zijn allerlei fragmenten gecodeerd en onder terugkerende thema's in een Excel-bestand geplaatst.

Voorafgaand aan de verslaglegging zijn eerst nog twee spiegelsessies georganiseerd met de betrokkenen uit de vier regio's en met diverse belangrijke stakeholders. Het doel van deze sessies was om feedback te krijgen op de voorlopige bevindingen, en om het draagvlak voor gewenste oplossingsrichtingen bij gesignaleerde knelpunten te verkennen. Aan de eerste spiegelsessie deden ervaringsdeskundigen, professionals en het middenmanagement mee. Hun feedback is vervolgens voorgelegd aan de deelnemers van de tweede spiegelsessie. Dat waren bestuurders, directeuren, wethouders, verzekeraars en ambtenaren van het ministerie van VWS. Alle feedback is uiteindelijk gebruikt bij de data-analyse en de latere verslaglegging hiervan. Bij de verslaglegging is gebruik gemaakt van bestaand onderzoek op relevante thema's.

### 3.0. 7 praktijklessen

## Les 1 – Vertrek altijd vanuit de behoeften van de cliënt in diens omgeving

### Quotes uit het werkveld

*“In de jaren '90 van de vorige eeuw bestond de noodzaak om de psychiatrie te academiseren, om de ggz evidence based maken. Dat is gelukt. Er zijn hele goede richtlijnen uit gekomen, maar het contextualiseren daarvan is waar we nu staan en wat nog niet gebeurd is. Dan moet je als hulpverlening verder kijken dan het probleemdenken ons heeft geleerd. Het gaat ook om de hele rits van andere levensgebieden waar ik vooral niet op functioneer. En als ik daar weer functioneer dan kan ik een deel van die symptomen dragen.” (Professional met ervaringskennis, Limburg)*

*“Kijk naar de mens in zijn hele omgeving. Als het gaat om complexe ggz-casuïstiek dan denk ik dat hoe wij het aanpakken preventiever is en dure zorg voorkomt. We besparen geld met wat we niet (meer) doen. Zo moet je volgens mij daarin juist kijken naar de menselijke maat en daar een passende oplossing voor zoeken. Ik geloof er nog steeds in dat wanneer je aansluit bij wat iemand kan, wat iemands perspectief is, dat je dan iemand beter kunt ondersteunen bij diens herstel dan dat je het heel erg vanuit hokjes gaat benaderen.” (Bestuurder, Utrecht)*

*“We moeten productie draaien dus dan geef ik maar een stempel, zodat we aan de slag kunnen. Zo deden we dat altijd. En nu nemen we de ruimte voor iemands persoonlijke verhaal, en ontwikkelen we aan de voorkant een intake die hierop aansluit.” (Zorgprofessional, Drenthe)*

*“We benadrukken echter hoe belangrijk maatwerk is bij onze doelgroep. Zij kennen geen rigide herstelproces. Dit dilemma erkennen we, onze professionals lopen hier dagelijks tegenaan. Zij moeten heel effectief en efficiënt werken, want de zorg kan maar net uit. Onbedoeld kan dat protocollair werken ervoor zorgen dat cliënten bij wie dit niet past uitvallen, omdat hun problematiek zich in de praktijk nu eenmaal grilliger en complexer manifesteert. Die komen als het ware bedrogen uit. En daarvan zeggen we allemaal, tot in Den Haag, dat het anders moet. Wie gaat ons daarbij helpen dan?” (Management, Utrecht)*

### De essentie

Deze les is de basis voor het hele veranderingsproces. Waarom is het essentieel om de behoeften van de cliënt in diens omgeving als vertrekpunt te nemen? **Mensen met een ernstige psychische aandoening willen perspectief hebben en blijven houden bij de invulling van hun dagelijks bestaan. De focus moet liggen op wat zij willen bereiken in het leven**, in plaats van op hun aandoening of klachtenpatroon.<sup>[1]</sup> Hun herstelprocessen verlopen niet lineair en hersteldoelen verschillen per persoon. Sommigen van hen willen een betaalde baan, maar weten nog niet zo goed hoe dat te bereiken. Anderen zouden het liefst een zelfstandig huishouden runnen, met ambulante begeleiding op de achtergrond. Of uitbreiding van sociale contacten met familie en vrienden, het liefst in de buurt. Omdat zij in hun leven vaak te maken hebben met een combinatie van aandoeningen en problemen op meerdere levensdomeinen die met elkaar samenhangen, is gecoördineerde zorg noodzakelijk. Het systeem van zorg en ondersteuning is dermate ingewikkeld en gefragmenteerd over de verschillende organisaties, sectoren en wettelijke kaders heen, dat cliënten en naasten vaak door de bomen het bos niet meer zien. Een herstelgerichte benadering vraagt telkens om opnieuw goed te luisteren naar de cliënt en diens naasten, vertrouwen te hebben in de eigen regie van cliënten, en om triadisch werken tussen cliënten, naasten en professionals te bevorderen (zie ook les 4). Dit heeft gevolgen voor de samenwerking tussen organisaties die deze uitgangspunten delen. Verder gaat het hier niet voor niets om **de cliënt in ‘diens omgeving’, want dat is het eigen netwerk of de buurt of de wijk waar diegene woont. Dat betekent in de praktijk dat de leefbaarheid van een wijk van invloed is op de veiligheid en kwaliteit van leven van kwetsbare burgers en vice versa.**

<sup>[1]</sup> Onderzoek MIND cliëntenpanel, oktober 2020:

[https://mindplatform.nl/media/5368/download/Rapport%20achterbanraadpleging%20diagnostiek\\_publicatie.pdf?v=1](https://mindplatform.nl/media/5368/download/Rapport%20achterbanraadpleging%20diagnostiek_publicatie.pdf?v=1)

Hieruit volgt dat je óók aandacht hebt voor (de ontwikkeling van) sociale voorzieningen op buurt- en wijkniveau, zodat het cliënten in de praktijk beter lukt om aan hun verschillende herstelperspectieven te werken (zie ook les 3). Bijkomend voordeel is dat de leefbaarheid van buurten en wijken hierdoor succesvoller toeneemt en de samenleving als geheel hiervan profiteert.

### Toelichting

Omdat de behoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelden betrekking hebben op alleen het levensdomein psychische gezondheid, is het noodzakelijk om **over de grenzen van de eigen organisatie** heen ook zorg en ondersteuning op andere levensdomeinen vorm te geven. Het is moeilijk voor een hulpverlener uit één organisatie, die met slechts een of enkele gezondheids- en/of welzijnsaspecten werkt, om het totale welbevinden van de cliënt in ogenschouw te nemen en te houden, terwijl dit juist wel de wens is van de mensen die in zorg zijn. Cliënten en hun omgeving willen gezien en gehoord worden; hun wensen en behoeften zijn de toetssteen bij alle activiteiten die je als gezamenlijke organisaties in een samenwerkingsverband onderneemt. Alle keuzes die gemaakt worden en activiteiten die ontwikkeld worden, dragen hier (in)direct aan bij, zowel op operationeel, tactisch als strategisch niveau binnen de deelnemende organisaties. Als dat het vertrekpunt is voor al het handelen, worden blinde vlekken, tunnelvisies en verkokerd denken zoveel mogelijk voorkomen. Het adagium hierbij is: Kijk over de grenzen van het eigen ‘professionele perspectief’ heen.

**Betrek cliënten, naasten en de nabije omgeving** bij het opzetten en ontwerpen van de beoogde samenwerking in de zorg en ondersteuning. Praat zoveel mogelijk mét hen in plaats van óver hen. Cliënten maken hun eigen, persoonlijke herstelproces door met meer eigen verantwoordelijkheid, **onder eigen regie**. Zij worden gestimuleerd om na te denken over hun eigen leven en wat ze anders zouden willen. Wat zien zij als belangrijkste ingrediënten van zorg en ondersteuning en wat is volgens hen voor verbetering vatbaar? Dit moet het inhoudelijke doel van het triadisch samenwerken bij symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel zijn (van der Stel, 2015)<sup>2</sup>. Een goed voorbeeld hiervan zijn de dialoogsessies geweest, die in Drenthe zijn gehouden voor de start van de Optimaal Leven teams (Bos, ea., 2017).<sup>3</sup> Het is bovendien in lijn met een belangrijk uitgangspunt van **Positieve Gezondheid** (Huber, M., 2014; Institute for Positive Health, 2020), dat het accent moet liggen op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt. Met deze bredere kijk op gezondheid worden mensen geholpen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan.

Er is lef nodig op alle niveaus bij deelnemers in zo’n organisatienetwerk om consequent bij deze les te blijven. Immers, als je vertrekt vanuit de behoeften van de cliënt in diens leefomgeving moet je de (eventueel verregaande) consequenties daarvan onder ogen durven zien. Dit kan namelijk betekenen dat je nieuwe activiteiten moet ontwikkelen en/of bestaande activiteiten moet afstoten. Anders gezegd: innovatieve werkwijzen verwelkomen, en bekende en vertrouwde werkwijzen durven loslaten.

In Drenthe, Utrecht en Zuid-Limburg durft men de stelling aan, **dat vertrekken vanuit de cliënt in diens leefomgeving vanaf de start dé opgave is voor alle maatschappelijke partners gezamenlijk**. De EPA-vignettenstudies in Drenthe en Utrecht, en de vaststelling van de gezondheidsachterstanden van de Zuid-Limburgse bevolking ten opzichte van de algemene bevolking in Nederland waren het vertrekpunt hiervoor. Die boden als zodanig voldoende aanknopingspunten voor de start van Optimaal Leven, respectievelijk de Gebiedsteams en De Nieuwe Ggz (voortbordurend op het Partnerschap Sociaal Domein uit 2013). Het heeft deze regio’s geholpen **om de wederkerigheid tussen de veiligheid en kwaliteit van leven van individuele kwetsbare burgers enerzijds en de leefbaarheid van buurten en wijken anderzijds** centraal te stellen. In Zuid-Limburg wil men nu met behulp van een speciale onderzoekstoel de impact hiervan op buurt- en wijkniveau in kaart te brengen, door gegevens te verzamelen over het beleid in uitvoering, maar dan door de bril van de burger bekeken. Dat levert relevante feedback op voor de corporatie (het organisatienetwerk), die direct vertaald wordt in de benodigde aanpassingen van dat beleid.

<sup>2</sup> <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-11-artikel-vanderstel.pdf>

<sup>3</sup> <https://ggzdrenthe.nl/media/02-documenten/optimaal-leven-wat-willen-mensen-die-in-zorg-zijn-eigenlijk.pdf>

## Opgaven

- **Cliënten** en hun **naasten** zijn gelijkwaardige gesprekspartners voor hulpverleners. Zij geven aan waar zij naar toe willen werken, wat zij daar zelf in kunnen doen en waar zij nog hulp bij nodig hebben.
- **Professionals** dienen voortdurend stil te staan bij de behoeften van de cliënt in diens omgeving, voordat zij het gesprek aangaan over werken aan herstelperspectieven. Uit hun attitude en gedrag blijkt dat zij zich herstelondersteunend opstellen bij waar de cliënt en zijn naasten naar toe wil(len) werken.
- Een fundamenteel andere benadering van cliënten en hun naasten vereist investeringen van **staf, management en bestuur** van de betrokken organisaties in de opleiding en training van alle medewerkers in herstelondersteunend werken, gebaseerd op gezondheid, veerkracht, functioneren en eigen regie. Zij nemen het voortouw hierin, stellen zich consequent en constructief op en zijn aanspreekbaar op afwijkend gedrag.
- **Staf, management en bestuur** verwelkomen activiteiten of breiden activiteiten uit, die bijdragen aan het herstel en de positieve gezondheid van de cliënt in diens omgeving, maar stoppen per direct met activiteiten die hier niet aan bijdragen of dit dwarsbomen.
- **Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren** baseren hun zorginkoopbeleid op dit belangrijke uitgangspunt en toetsen de handelwijze van het organisatienetwerk en/of haar deelnemers hieraan. Zij sturen hiermee op levensbrede hulp en ondersteuning van cliënten en hun naasten.
- **De Rijksoverheid** neemt de cliënt in diens leefomgeving ook als uitgangspunt bij het ontwikkelen van landelijk beleid en zorg van de toekomst.
- Nieuwe **organisatienetwerken** handelen vanuit het principe, dat de veiligheid en kwaliteit van leven van cliënten onlosmakelijk verbonden is met de leefbaarheid van een buurt of wijk waarin zij leven en vice versa. Daarom zijn de organisatienetwerken altijd breed van opzet, met zowel ggz-expertise als sociaal-maatschappelijke expertise aan boord.
- Nieuwe **organisatienetwerken** nemen afscheid van mensen die zich niet (meer) conformeren aan de doelen hieromtrent en de daarbij passende en gewenste alternatieve werkwijze(n).

## Les 2 – Ontwikkel een gemeenschappelijke visie op integrale zorg

### Quotes uit het werkveld

*“Hier hebben we toch echt de keuze voor een integraal team gemaakt en in andere gebieden hebben we meer de keuze voor een ketensamenwerking gemaakt. In dat laatste geval blijf je iets meer zitten in je eigen proces, in je eigen wereld, en je hebt casuïstiek overleg en dan probeer je ook echt wel je aanpak op elkaar af te stemmen. Maar je leert elkaar iets minder intensief kennen dan in zo’n integraal teamverband. En de meerwaarde van elkaar intensief leren kennen is deels moeilijk te grijpen, maar is naar mijn overtuiging een belangrijke meerwaarde van echt integraal werken.” (Teamcoördinator, Utrecht)*

*“Specialisten Samen in de Wijk. Dat is de belangrijkste beweging die we hebben gemaakt. We hadden bij GGZ NHN Fact-teams en specialistische centra, dat is bij elkaar gezet en door elkaar gehusseld. En vervolgens zijn er geïntegreerde teams gevormd en dat noemen we GGZ-teams. En daarnaast kennen we een specialistisch netwerk welke als een web over de hele regio heen ligt.” (Onderzoeker, Noord-Holland-Noord)*

*“Bestuurlijk draagvlak is groot bij ons. De zeer betrokken bestuurders hadden een gezamenlijke visie en doel voor ogen, ontwikkeld langs de route van dialoogsessies waar ongeveer 300 mensen aan hebben meegewerkt. Hier zijn de Optimaal Leven Teams uit voortgekomen. Er is in de stuurgroep veel draagvlak en openheid. We werken met bestaande financiering en hebben drempels verlaagd in de stuurgroep. Dat is ook een belangrijke voorwaarde geweest in de afgelopen jaren; dat alle wethouders en bestuurders hebben gezegd dat dit moet slagen. Als er grote obstakels zijn dan zullen wij ook ons best doen om die weg te nemen.” (Bestuurder, Optimaal Leven Drenthe)*

### De essentie

Om mensen met een ernstige psychische aandoening beter te ondersteunen in hun herstelproces, is integrale zorg volgens meerdere professionals, projectleiders en bestuurders dé oplossing. Iedereen is het erover eens dat professionals onvoldoende bij machte zijn om mensen met een ernstige psychische aandoening vanuit slechts één organisatie voldoende adequaat te ondersteunen. Met het leveren van integrale zorg zijn gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars een nieuwe weg ingeslagen. Maar wat verstaat eenieder onder herstel en integrale zorg? Het heeft betrekkelijk veel tijd van de betrokken teams en organisaties in de vier regio’s gekost om integrale zorg vorm te geven, bestaande cultuurverschillen te overbruggen en een gezamenlijke taal en identiteit te ontwikkelen, die motiveert en enthousiasmeert. Toch blijkt dit proces de moeite waard te zijn geweest, omdat het zo uiteindelijk beter lukt beter aan te sluiten bij de hulp- en ondersteuningsvragen van cliënten en hun naasten. Daarnaast heeft men steeds meer besef van de consequenties van integraal samenwerken voor de bedrijfsvoering binnen en tussen organisaties. Dit onderwerp verdient tijdens de transformatie voortdurend aandacht om tot de best passende samenwerkingsvorm(en) te komen.

### Toelichting

**Een goede voorbereiding is het halve werk, dat bleek ook in de vier onderzochte regio’s.** In Zuid-Limburg zijn organisaties voor ambulante begeleiding en welzijn al jaren voordat de decentralisatie van taken van het Rijk naar de gemeenten een feit was, begonnen met de onderlinge samenwerking met gemeenten en het verkennen van de mogelijkheden. Na verloop van tijd trok men gezamenlijk de conclusie dat het beste kon worden samengewerkt in een coöperatie van zorgaanbieders. Binnen GGZ Noord – Holland - Noord is ook veel tijd gestoken in de voorbereidende fase van visievorming en het vinden van draagvlak onder medewerkers voor de verdere organisatieontwikkeling. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van nieuwe SSIW-teams waarin de expertise van verschillende disciplines uit de eigen organisatie gebundeld werd. Maar, anders samenwerken met externe partners was hiermee nog niet ondervangen. In Utrecht werd een brede stuurgroep in het leven geroepen waaraan een zorgverzekeraar, gemeenten en zorgorganisaties deelnamen. Vervolgens is er een

**gedegen analyse gedaan naar de doelgroep(en) en hun zorg- en ondersteuningsvragen en/of de dagelijkse zorg hierop aansloot.** In eerste aanvang heeft men in Utrecht de visievorming voornamelijk op bestuurlijk- en managementniveau uitgewerkt. Het besluit om de proeftuinen om te vormen tot ggz-gebiedsteams werd pas in een latere fase genomen. Deze top-down aanpak leverde aanvankelijk veel weerstand op onder professionals. Toen het eenmaal zover was, hadden de ggz-gebiedsteams vooral hulp nodig bij het ontwikkelen van integraal gebiedsgericht werken. Optimaal Leven in Drenthe daarentegen kende vanaf de start naast een stuurgroep ook een inhoudelijke taskforce. Daar is het voorbeeld van Utrecht gevolgd bij het ontwikkelen van een gedegen analyse op basis van de EPA-vignettenstudie. Vervolgens is met ongeveer 300 mensen uit de hele regio de visie van Optimaal Leven ontwikkeld. Hier waren meer dan 40 cliënten bij betrokken.<sup>4</sup> Iedereen raakte doordrongen van de uitdaging om de kwaliteit van de gemeenschappelijke zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te verbeteren. De Optimaal Leven teams zijn de concrete uitwerking hiervan; letterlijk alles wordt samen ontwikkeld, besloten en uitgevoerd.

In alle vier regio's zijn gedurende 2 – 4 jaren voorbereidingen getroffen voordat pilots in de praktijk zijn gestart. Deze tijd is nodig geweest om **een vertrouwensbasis in de onderlinge samenwerking** te creëren.

In de onderzochte regio's heeft men uitgebreid stilgestaan bij hoe men tot een **gemeenschappelijke visie en doelstellingen** kon komen. Immers, er waren forse verschillen in visie, missie, kernwaarden en strategie tussen de deelnemende netwerkpartners. Deze zoektocht heeft er, volgens diverse betrokkenen op de werkvloer, voor gezorgd dat zij in staat waren een nieuwe, gezamenlijke identiteit en taal te ontwikkelen binnen de teams, die qua attitude en gedrag voor een belangrijk deel leunen op de theoretische kaders van 'herstel' en/of 'positieve gezondheid'. Veel regio's hebben het rapport Over de Brug, plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen (projectgroep Over de Brug, 2014) als vertrekpunt gepakt. Ook het gedachtegoed over Positieve Gezondheid van Machteld Huber en het VN-verdrag voor Rechten van mensen met een beperking, dat Nederland in 2016 ratificeerde, waren belangrijke bronnen. Het management en de bestuurders van de betrokken organisaties geven bovendien aan dat **bestuurlijk commitment vanuit de moederorganisatie(s) hierbij een absolute vereiste** is geweest. Zij hebben zichzelf naar eigen zeggen naar de achtergrond gemanoeuvreerd om de professionals onderling de ruimte te geven elkaars werkveld en expertise te verkennen en zich daarbinnen te verplaatsen (zie ook les 3 en 4).

De weg naar een gemeenschappelijke visie en doelstelling van integrale zorg verschilt per regio. Het lijkt erop dat de aanpak die men verkiest invloed heeft op de intensiteit van de uiteindelijke onderlinge samenwerking. Als je met elkaar vaststelt dat het de afzonderlijke organisaties zelf niet lukt om mensen met ernstige psychische aandoeningen op alle levensdomeinen adequaat te helpen, dan dringt het besef door van de wederzijdse afhankelijkheid in de onderlinge samenwerking en van de noodzaak om een gemeenschappelijke visie op integrale zorg te ontwikkelen en die met alle netwerkpartners gezamenlijk uit te werken.

**Het ontwikkelen van een gezamenlijke identiteit en taal kost energie van alle betrokkenen, daar moet je de tijd voor nemen.** Niet iedereen vereenzelvigd zich als vanzelf met het nieuwe organisatienetwerk. Daarom is het volgens de professionals van belang dat het draagvlak hiervoor op alle niveaus binnen de deelnemende organisaties op orde is of aandacht krijgt. Lukt dat niet, dan kan het eigen belang van een van de deelnemende moederorganisaties volgens hen alsnog prevaleren boven het belang van het nieuwe organisatienetwerk. Met name de specialisten in de ggz hadden aanvankelijk moeite om hun expertrol in een breder generalistisch samenwerkingsverband of netwerk te incorporeren, en als zodanig minder vaktaal te bezigen in het contact met andere hulpverlenende of ondersteunende disciplines. Vaak wordt er volgens bestuurders onvoldoende of te laat aandacht besteed aan het beslechten van dit soort cultuurverschillen en beroepsopvattingen tussen de deelnemende organisaties, terwijl een gezamenlijke taal en een eendrachtig optreden naar buiten toe wel belangrijk gevonden wordt. Volgens hen dienen vanaf het begin het maatschappelijk belang, het gezamenlijke doel van de beoogde verandering(en) en de gezamenlijk te bereiken resultaten daarom stevast veel aandacht te krijgen.

---

<sup>4</sup><https://ggzdrenthe.nl/media/02-documenten/optimaal-leven-wat-willen-mensen-die-in-zorg-zijn-eigenlijk.pdf>

Zij zeggen zich vergist te hebben in het belang hiervan voor de latere samenwerking tussen partijen. Ook diverse wethouders hadden hier notie van, maar vonden het in deze gepast om enige afstand te bewaren. Zij nemen inmiddels wel verandering waar, waarbij de ggz minder naar binnen gericht lijkt te opereren en meer op zoek is naar intensieve samenwerking met het sociaal domein. Zij onderschrijven de idee dat je gedreven bestuurders nodig hebt om de gemeenschappelijke visie uit te dragen en die telkens concreet te vertalen naar het werk op strategisch, tactisch en operationeel niveau binnen hun eigen organisatie.

#### Opgaven

- **Staf, management en bestuur** van deelnemende organisaties in het organisatienetwerk moeten voldoende tijd nemen om de beoogde veranderingen binnen hun eigen organisatie of domein te verankeren.
- **Gemeenten** (wethouders en raadsleden) maken beleid voor een veel langere termijn dan hun eigen bestuurs- of raadsperiode, zodat de in gang gezette beweging naar de organisatie van integrale zorg zorgvuldig kan worden gecontinueerd.
- **Gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren** sturen, in lijn met de visie op integrale zorg, consequent op aanpassing en herinrichting van het lokale aanbod van zorg- en welzijnsvoorzieningen, in plaats van andersom.
- **Gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren** maken meerjarenafspraken met zorgaanbieders, zodat er meer (financiële) zekerheid en rust ontstaat en zorgaanbieders meer investeringen op de (middel-) lange termijn durven doen in het opbouwen van (een) organisatienetwerk(en).
- Vanuit De **Rijksoverheid** zijn waardegedreven, normatieve kaders nodig met bijpassende richtlijnen en handleidingen voor het opzetten van integrale zorg op buurt- en wijkniveau. Hierbij moet aandacht worden besteed aan de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen lokale en/of regionale partners. Inhoudelijke ontwikkelingen daarentegen zijn aan de betrokken stakeholders zelf.
- **Organisatienetwerken** dienen cliënten, naasten en professionals consequent te betrekken bij de ontwikkeling van een visie op integrale zorg. Het adagium hierbij is: 'niets over ons, zonder ons'.



## Les 3 – Creëer samenhang in de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij herstel

### Quotes uit het werkveld

*“Misschien missen we nog steeds cliëntgroepen omdat we niet kijken vanuit mensbehoeften, maar omdat we kijken naar categorieën. Binnen Optimaal Leven proberen we zoveel en zo goed mogelijk vanuit mensbehoefte te kijken. Een goed multidisciplinair overleg draagt hieraan bij. Ik denk dat goed multidisciplinair werken binnen je eigen organisatie een voorbeeld is voor hoe je kan samenwerken met anderen en in hoeverre je ze betreft bij de zorg rondom een cliënt. Wanneer je weet waar je zelf goed in bent en wat je mist en je kent je collega's van andere moederorganisaties goed, dan weet je wat hun bijdrage toevoegt aan het welzijn van de cliënt.” (Bestuurder, Drenthe)*

*“Mensen worstelen met identiteit, worstelen met het idee of ze überhaupt nog wat te melden hebben in deze samenleving. Het gaat over stigma's, je verbonden voelen met jezelf met de anderen. Ik denk dat de rehabilitatie gedachte, dus persoonlijk en maatschappelijk herstel, nog steeds niet goed geland is in de GGZ zorg. Terwijl zingeving een van de belangrijkste thema's voor onze bezoekers is.” (Enik recovery college, Utrecht)*

*“We zitten met een aantal organisaties in het team, maar dat wil niet zeggen dat organisaties of mensen die hier niet in zitten niet ingezet worden. Dus de huisartsen acteren op dit moment actiever mee. We zitten ook in een ruimte bij een huisartsenpost waar we binnenlopen en de wijkverpleegkundige sluit dan aan. Er zijn korte lijntjes met de wijkverpleegkundige, de POH-GGZ en de wijkagent. Die verbindingen worden meer en meer gemaakt zodat we steeds beter een passend aanbod aan cliënten kunnen aanbieden.” (Projectleiders, Zuid-Limburg)*

*“Ik vind het wel heel mooi dat het niet meer zo is van 'jij doet de traumabehandeling, jij doet de CGT en ik doe de ondersteunende contacten'. Dat klopt in principe wel, maar je doet het wel op geïntegreerde manier met elkaar. En dat vind ik wel een mooie omslag die je de professionals echt ziet maken.” (Onderzoeker, Noord-Holland Noord)*

*“De multidisciplinaire casussen bespreek je en die probeer je van een oplossing te voorzien. Wat je daar probeert voor elkaar te krijgen is dat mensen elkaar leren kennen en dat je elkaar sneller weet te vinden. We stimuleren de ontwikkeling van een 'hands on mentaliteit'. Dus we pakken ook door wanneer iets niet onze expertise is.” (Wethouder, Zeist)*

*“Zorgverzekeraars hebben bijgedragen aan de medicalisering van de ggz want je moet een depressie hebben of een angststoornis om te vergoeden en daar zijn we in het begin enorm mee doorgeschoten. Er is eigenlijk vergeten dat er ook een Sociaal Domein was. En dan ga je met de medische bril op de hele zorg organiseren. Wat je echter moet doen is de medisch specialisten zo trainen dat ze in staat zijn om de hele breedte van het sociale domein wat erbij hoort vorm te geven. En mee te sturen op de hele netwerkzorg.” (Management, Zuid-Limburg)*

### De essentie

**Als je de behoeften van de cliënt in diens omgeving als vertrekpunt neemt voor al je denken en doen, en je hebt samen bepaald hoe je naar integrale zorg kijkt en hoe je dat in de praktijk wil brengen, dat zou het behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod hier als vanzelf op moeten aansluiten en in onderling overleg moeten zijn afgestemd.** Alle betrokken netwerkpartners moeten het erover eens zijn wat goede zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening is en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om die zorg daadwerkelijk te leveren. Zo moet de zorg laagdrempelig beschikbaar zijn, de expertise van een of meer hulpverleners direct oproepbaar en moet het proces van aanmelding, intake en diagnostiek en de uitvoering en evaluatie van zorg transparant zijn voor eenieder. Bovendien moet de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op draagvlak van alle betrokken partners kunnen rekenen. Het complete zorgaanbod en de manier waarop wordt samengewerkt binnen het nieuwe samenwerkingsverband moet bovendien meerwaarde hebben ten opzichte van wat er als van oudsher door

door de afzonderlijke moederorganisaties aan cliënten werd aangeboden. Soms kunnen succesvolle interventies en/of werkwijzen van andere netwerkpartners worden overgenomen, maar het komt ook voor dat er hele nieuwe interventies en/of werkwijzen gewenst zijn of ontwikkeld moeten worden. Waar mogelijk worden interventies ingezet die bewezen effectief zijn, gecombineerd met ervarings- en/of professionele kennis over goede behandeling en ondersteuning. Zowel evidence-based werken als het herstelconcept vertrekken vanuit het idee dat mensen op basis van deugdelijke informatie beslissingen over hun eigen behandeling moeten kunnen nemen (Over de Brug, 2014). Een zorgkaart en/of een sociale kaart kunnen helpen om het complete zorgaanbod en de verschillende keuzeopties daarin voor cliënten inzichtelijk te maken en de afwegingen hierin te bespreken. Omdat de zorg wordt aangeboden door een netwerk van organisaties spreken we van netwerkpsychiatrie (Mulder et al., 2020).

## Toelichting

**Netwerkpsychiatrie moet worden ingezet als nieuwe strategie** voor ggz-zorg bij mensen met ernstige psychische aandoeningen. Met netwerkpsychiatrie wordt bedoeld dat cliënten door het hele netwerk aan voorzieningen heen, steeds de best mogelijke en passende behandeling, begeleiding en ondersteuning ontvangen. De belangrijkste principes van netwerkpsychiatrie zijn:

- Werken vanuit een gemeenschappelijke visie op herstel en positieve gezondheid;
- Regie bij de cliënt: 'niets over ons, zonder ons';
- Langdurige en directe samenwerking met naasten;
- Rekening houdend met kwetsbaarheid en stimuleren van veerkracht van cliënt en diens naasten;
- Sector-overstijgende (medisch-sociale) samenwerking op het niveau van voorzieningen, de cliënt en diens naasten;
- Bevorderen van de dialoog en ruimte voor de verschillende perspectieven van de deelnemers;
- Het bieden van continuïteit van zorg, informatie en ondersteuning door het netwerk heen, in een toegankelijk netwerk aan formele voorzieningen.

Dit wordt bij voorkeur door het organiseren van een stabiel (in)formeel netwerk om de cliënt heen gerealiseerd. Tegelijkertijd zien we dat veel mensen met ernstige psychische aandoeningen een klein (sociaal) netwerk hebben en dat hun persoonlijk en maatschappelijk herstel vaak achterblijft bij hun wensen. De grootste onvervulde behoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen gaan immers niet over die aandoening zelf, maar over een zinvolle daginvulling en het vervullen van maatschappelijke rollen (Panel Psychisch Gezien, 2020). Hun wens om een goed, zinvol en sociaal bestaan op te bouwen is groot. Meestal gaat het om basale wensen die men allemaal kent: het hebben van een woning, vrienden, een relatie, opleiding en (vrijwilligers)werk. Alhoewel zij dit het liefst zonder hulp zouden willen bereiken, is steun hierbij voor hen essentieel, zeker in een tijd waarin onze samenleving steeds complexer en veeleisender wordt en er hoge eisen gesteld worden aan de zelfredzaamheid van burgers (WRR, 2017). Publiek stigma en discriminatie zijn dan ook reële problemen voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Om hier daadwerkelijk iets aan te kunnen doen, hebben de netwerkpartners uit het zorgdomein en sociaal domein in de vier regio's gemeend de handen ineen te moeten slaan. Zij voelden zich bovendien genooddaakt om naast het bestaande behandel- en begeleidingsaanbod in de ggz ook te kijken naar nieuwer aanbod, zoals Resource Groepen, Peer-Supported Open Dialogue (POD) en Actief Herstel in de Triade (de Nederlandse equivalent van de Active Recovery Triade, ART).

**Goede zorg dient aan te sluiten bij de drie dimensies van herstel:** naast symptomatisch herstel (waarvoor goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling en het leren van zelfmanagement van symptomen belangrijk zijn) gaat het evenzeer om persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het persoonlijk herstel is primair van de cliënt zelf; zelfhulpgroepen en herstelwerkgroepen zijn hierbij van het grootste belang (zie verderop), maar ook herstelondersteunende behandel- en rehabilitatieinterventies kunnen hieraan bijdragen. Het maatschappelijk herstel, gericht op actieve deelname in de samenleving, staat meer in het teken van het (weer) invullen van diverse maatschappelijke rollen.

Veel kennis over de behandeling en begeleiding van mensen met ernstige psychische aandoeningen is reeds samengebracht in multidisciplinaire richtlijnen (bijvoorbeeld Schizofrenie), diagnose specifieke zorgstandaarden (psychotische stoornissen) en generieke modules, zoals de Module Ernstige Psychische Aandoeningen en de Module Herstelondersteuning<sup>5</sup>. Het gaat in veel gevallen om **bewezen effectieve interventies, die die bijdragen aan herstel**. Te denken valt aan farmacotherapie, acute dagbehandeling, gezinsinterventies, cognitieve gedragstherapie, de Individuele Rehabilitatie Benadering, Individuele Plaatsing en Steun, enzovoort. Er zijn ook bewezen effectieve interventies voor verslavingen en angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen voorhanden die, afhankelijk van de behoeften van de individuele cliënt, kunnen worden ingezet. Het gaat zoals gezegd om een combinatie van interventies op meerdere levensdomeinen, met betrokkenheid van zowel ggz-professionals als maatschappelijke professionals. Davidson e.a. (2009) gebruiken de metafoor van ‘olie en azijn’ voor het integreren van bewezen effectieve interventies en herstelgericht werken: “die vloeistoffen brengen het beste bij elkaar naar boven en leveren aldus een smakelijke vinaigrette op (in: Over de Brug, 2014).” Naast interventies gericht op het psychisch en sociaal welbevinden zijn er ook interventies gericht op het lichamelijk welbevinden van mensen met een ernstige psychische aandoening, zoals somatische screening, screening op het metabool syndroom en uitgebreide leefstijlinterventies. De laatste jaren is hier in toenemende mate belangstelling voor van cliënten, hun naasten en professionals.

Om een te vroege focus en teveel aanbodgericht denken te voorkomen, zijn **een brede intake en een zorgplan op meerdere levensdomeinen** wezenlijk. In Noord-Holland-Noord wordt bijvoorbeeld gewerkt met de Herstel Ondersteunende Intake (HOI), wat men in Zuid-Limburg ‘de brede intake’ noemt. Dit is een nieuw format voor het intakegesprek, waarbij naast een behandelaar ook een professionele ervaringsdeskundige betrokken is. Het doel is om alle dimensies van herstel aan de orde te laten komen. Het gesprek is vooral gericht op de eigen kracht en mogelijkheden van de cliënt, en wat deze nodig heeft om aan zijn of haar herstel te werken. Vier basisvragen zijn bij het gesprek leidend: Wat is er met je gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid? Waar wil je naartoe? En: Wat heb je nodig? (Van Os, 2014). Tijdens de HOI wordt met de cliënt besproken wat het best passende vervolg is bij de hulpvraag en het verdere herstel. De uitkomst van het gesprek is dan vaak, dat cliënten ook gebaat zijn bij andere hulp dan alleen een specialistische ggz-behandeling. Die hulp krijgen ze in Noord-Holland-Noord dan met name via de herstelwerkplaats(en) en e-Health. De brede intakes kunnen leiden tot aanvullende diagnostiek, het verkennen van de zorg- en ondersteuningsvragen en tot het samen met de cliënt opstellen van doelen en activiteiten. Hiervoor hebben de Optimaal Leven teams in Drenthe het Herstel Ondersteuningsplan (HOP) ontwikkeld. Dit HOP is onder andere gebaseerd op de Individual Recovery Outcome Counter (I.ROC) en de zes levensdomeinen van Huber (Positieve Gezondheid).

**Zelfhulp en initiatieven van en voor cliënten en ervaringsdeskundigen (een nadere invulling van persoonlijk herstel)**, vormen voorts een belangrijke aanvulling op het traditionele zorgaanbod.

Twee voorbeelden van zelfhulp zijn HEE-groepen en WRAP. HEE staat voor Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid.<sup>6</sup> Het programma is gebaseerd op ervaringskennis, en bevat effectieve werkwijzen en strategieën van mensen met een ernstige psychische aandoening om zichzelf te (leren) helpen. HEE kent drie pijlers:

- 1) Het leren zien en gebruiken van eigen kwetsbaarheden en talenten (herstel);
- 2) Het aanboren van je eigen kracht (empowerment);
- 3) Het leren toepassen van de kennis die je op grond van je eigen ervaringen opbouwt (ervaringsdeskundigheid)

Deelname aan HEE leidt tot een verbeterde kwaliteit van leven en een verminderde zorgbehoefte bij de cliënt (Boevink et al., 2016). Het Wellness Recovery Action Plan (WRAP) is een zelfhulpinstrument dat mensen ondersteunt om weer grip te krijgen en te houden op het leven, als dat ontregeld raakt door ernstige

<sup>5</sup> Allen te vinden via: [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl)

<sup>6</sup> <https://www.trimbos.nl/docs/e3b3342a-d2f7-4632-a020-48625ab8fa58.pdf>

gebeurtenissen. <sup>7</sup> Bij WRAP maken mensen zelf een herstelplan voor hun eigen leven, ondersteund door ervaringsdeskundigen en door middel van uitwisseling tussen deelnemers in de WRAP-groep. Mensen met ernstige psychische aandoeningen voelen zich na het meedoen aan een WRAP-groep vaak minder beperkt in hun werk, en ook hun zelfmanagement verbetert (Van Erp et al., 2015). Tevens draagt het WRAP bij aan een hogere kwaliteit van leven en afname van zorgbehoeften en zorggebruik (Cook et al., 2011). “Cliënten geven aan **minder zorg nodig** te hebben, naarmate zij leren om **meer eigen regie** te pakken in het dagelijks leven. Ze hebben een vrije ruimte nodig, een diagnosevrije omgeving, waar zingevingvragen belangrijker gevonden worden dan methodisch werken, en waar verdieping het wint van ‘met grote stappen snel thuis’. Ze praten onderling ook liever over een ‘leerroute’ dan over een ‘patiënt- of cliëntreis” (manager herstelacademie, Utrecht). Ook in de onderzochte regio’s streeft men naar **meer zelfhulp en cliëntinitiatieven in de regio**, ervan overtuigd dat cliënten minder professionele hulp nodig hebben naarmate zij binnen hun eigen mogelijkheden voortgang boeken op onder andere de levensdomeinen wonen, werken, leren en sociale relaties en het hen dus beter lukt om een voor hen zinvol bestaan op te bouwen.

Veel cliënten blijken in de dagelijkse praktijk nog moeite te hebben om **in de eigen buurt of wijk goede en laagdrempelige sociale voorzieningen (belangrijk bij maatschappelijk herstel)** te vinden, waar je even op adem kunt komen en jezelf kunt zijn, ongeacht je psychische aandoening of klachtenpatroon dat daarbij hoort. Voorbeelden als het Enik Recovery College in Utrecht, de Herstelacademie Fameus in Tilburg en de diverse herstelwerkplaatsen in Noord-Holland-Noord spreken tot de verbeelding van velen, maar dat soort initiatieven lukken (nog) niet overal of overal even goed. Voor respijtoorzieningen zoals logeerhuizen, zorgboerderijen, zorghotels, de dagbesteding en intervalopnamen geldt hetzelfde; Op sommige plekken in Nederland al de normaalste zaak van de wereld en makkelijk bereikbaar, maar elders (nog) niet te vinden. Toch blijken dit in de praktijk **belangrijke plekken om aan maatschappelijk herstel te werken**, niet in de laatste plaats omdat in de huidige samenleving hun ‘anders zijn’ naar eigen zeggen steeds minder geaccepteerd wordt. Helaas hebben wetten als de Participatiewet (2014) en de Wmo (2015) dit niet kunnen veranderen en blijft de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische aandoening nog te vaak achterwege (SCP, 2020). Ook sommige welzijnsorganisaties in de onderzochte regio’s beaamden dat ze deze doelgroep (nog) onvoldoende (her)kenden. Daarom is er in de netwerken direct voor gekozen om van **sociale inclusie een topprioriteit** te maken.

**Bij het werken aan sociale inclusie moet rekening worden gehouden met de overwegend negatieve en stereotiepe beeldvorming over (mensen met) psychische aandoeningen.** Vaak wordt ten onrechte gedacht dat mensen met een psychische aandoening gevaarlijk zijn; Zij zouden onvoorspelbaar zijn en niet goed in staat om sociale rollen te vervullen; Zij worden zelf verantwoordelijk gehouden voor hun toestand en men denkt dat psychische aandoeningen een slechte prognose hebben (Van Weeghel e.a., 2016). Het hebben van een psychische aandoening heeft doorgaans negatieve gevolgen voor iemands sociale identiteit en resulteert vaak ook in structurele achterstelling op het gebied van lichamelijke gezondheid, welzijn, actief burgerschap en toegang tot hulpbronnen. Mensen met een psychische aandoening worden vaak veel minder in het normale leven betrokken en zij krijgen hierdoor minder kansen op een opleiding, een baan en een woning. Bovendien kan zelfstigma leiden tot symptomen van angst en depressie, demoralisatie, sociaal isolement, lage zelfachting, geringe kwaliteit van leven, demoralisatie en het vermijden van professionele hulp. De negatieve gevolgen van (zelf)stigma zijn ook risicofactoren voor suicide (Rüsch e.a., 2014). **Voor het terugdringen van het publieke stigma zijn, naast de inzet van cliënten en van de ggz, ook de bijdragen van andere maatschappelijke partners noodzakelijk, waaronder publieke gezagsdragers.** Destigmatiseringsprogramma’s zijn succesvol als zij specifiek gericht zijn op van tevoren gekozen leerdoelen van een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld werkgevers). Kernelementen om zulke programma’s vorm te geven zijn: contact met mensen met een psychische aandoening (cliënten en ervaringsdeskundigen); activiteiten die aansluiten bij de doelgroep en lokaal georganiseerd worden; voorlichting door en/of ontmoeting met mensen met eigen ervaring; het contact moet duurzaam zijn en op verschillende momenten en plaatsen worden herhaald (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling Ggz, 2017; Stuart e.a., 2012).

---

<sup>7</sup> <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/wrap/>

De begeleiding en ondersteuning bij persoonlijk en maatschappelijk herstel houdt natuurlijk niet op bij de achterdeur van zorgaanbieders, welzijnsorganisaties of de maatschappelijke opvang, die reikt verder. In 2015 concludeerde **de Commissie Dannenberg** al dat kwetsbare burgers, waaronder degenen die gebruik maken van beschermde woonplekken, een voorkeur hebben voor zelfstandig wonen in een wijk, en dat het merendeel van deze mensen dit ook aankan. **De commissie heeft 8 condities voor sociale inclusie beschreven.** Eerder in deze les is het gegaan over het versterken van zelfmanagement, het garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit, een ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie, de laagdrempelige toegang tot zorgfuncties en het borgen van de kwaliteit en de vraaggerichtheid van ondersteuning. We zien dat dit in de vier innovatieve regio's steeds beter lukt. **Waar het volgens de gesprekspartners nog aan ontbreekt is een breed arsenaal aan woonvarianten en beschikbare en betaalbare wooneenheden voor deze doelgroep, die leemtes moeten nog worden ingevuld.** In Zuid-Limburg heeft men in de afgelopen jaren in overleg met de woningcorporaties, zorgaanbieders en gemeentes al wel **'housing loketten'** (Housing, Housing First en het project Zeer Moeilijk Plaatsbaren) opgezet, die door Levantogroep worden gefaciliteerd. Binnen deze loketten worden burgers aan een woning geholpen waarbij een pakket aan afspraken m.b.t. ondersteuning inbegrepen is. De betrokken zorgaanbieders zijn o.a. Radar, Mondriaan, het Leger des Heils en Moveoo. De housing loketten worden geleidelijk omgezet in 'coördinatiepunten Wonen en Zorg' voor alle bijzondere doelgroepen. Dus allerlei burgers die een gecombineerde zorg-huisvestingsvraag hebben, kunnen hier terecht. Gestreefd wordt naar de integratie tussen het fysieke en sociale domein, om de verbinding te kunnen maken tussen verbetering van (positieve) gezondheid van wijkbewoners en de leefbaarheid in de wijk. Hierbij wordt getracht **om top-down de verbinding te maken tussen gemeentes, wonen en zorg via tripartite prestatieafspraken en bottom-up via een groot aantal pilots op het gebied van integratie van wonen en zorg.** Alhoewel deze samenwerking zijn vruchten begint af te werpen, mist men ook in Zuid-Limburg nog voldoende beschikbare en betaalbare wooneenheden. De hoop is nu gevestigd op de **Actieagenda Wonen (2020-2023)**, die op initiatief van koepelorganisatie Aedes in overleg met de landelijke stakeholders is opgesteld en vergelijkbare samenwerking tussen lokale en regionale partners als in Zuid-Limburg voorstelt. Hierbij wordt ook ingegaan op de te beperkte reikwijdte van de Woningwet, waardoor de woningcorporaties onvoldoende gemengd kunnen bouwen en het woningaanbod van betaalbare woningen achterblijft. De idee is om o.a. hogere inkomensgrenzen en flexibeler toewijzingsregels te gaan hanteren, in plaats van het strikte passend toewijzen in de huidige situatie.

Tot slot nog iets over een thema dat vaak onderbelicht blijft: het soort contact dat professionals met cliënten en hun naasten hebben. Volgens de gesprekspartners blijft het bieden van herstelgerichte behandeling, begeleiding en ondersteuning door middel van face-to-face contact de voornaamste route. De mogelijkheden van digitalisering of het bieden van blended care is dan ook amper onderwerp van gesprek geweest tijdens de interviews. Naast het gegeven dat sommige cliënten de digitale wereld wantrouwen ("ze luisteren mee") zeggen professionals nogal eens handelingsverlegen te zijn. Met kleine stapjes wordt gezocht naar mogelijkheden van uitbreiding van de **online (zelf)hulpverlening**, waarbij professionals de onlineactiviteiten kunnen integreren in hun eigen behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod. Nu men zich tijdens de crisis met het COVID-19 virus genoodzaakt voelde om minder face-to-face-contact te hebben met cliënten, en dat te vervangen door bijvoorbeeld beeldbellen, is de mindset hierover in de ggz in vlug tempo aan het veranderen. Alhoewel face-to-face-contact volgens de meeste hulpverleners dus van wezenlijk belang blijft, zijn er ook momenten dat bijvoorbeeld beeldbellen prima volstaat. Zolang voor e-Health gekozen wordt vanwege de kwaliteit (sneller contact, een lagere drempel en makkelijker in te passen in het dagelijks leven van cliënten) en niet alleen om kosten te besparen, is online (zelf) hulpverlening van toegevoegde waarde. **Online platforms** als 'PsychoseNet' en 'Proud2BMe' blijken hierbij in de dagelijkse praktijk een toegankelijke en handige hulpmiddelen te zijn. Deze zijn laagdrempelig en buiten de bestaande hulpverlening om te benaderen. Maar ook blogs van andere ervaringsdeskundigen, chats met lotgenoten en laagdrempelige e-sprekuren aanbieden worden genoemd als goede voorbeelden.

In de ggz-gebiedsteams van Utrecht, 'De Nieuwe GGZ' in Maastricht en in Optimaal Leven in Drenthe lopen behandeling, begeleiding en ondersteuning bij symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel steeds vloeiender in elkaar over. Een belangrijk verschil met de ontwikkeling hiervan in veel andere regio's is, dat zij niet zijn gestopt bij het verkennen en opzetten van herstelgericht behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod binnen de afzonderlijke organisaties an sich, maar dat zij als organisatienetwerken ook moeite hebben gedaan om een gezamenlijke herstelondersteunende attitude en daarbij passend

gedrag te ontwikkelen (zie les 4) en om de gewenste transformatie(s) in en tussen teams vervolgens professioneel aan te pakken (zie les 5).

### Opgaven

- **Cliënten en naasten** die invloed willen hebben op de ontwikkeling van het herstelondersteunend zorgaanbod zijn erbij gebaat zich te professionaliseren door middel van een opleiding in ervaringsdeskundigheid.
- **Professionals** zijn sleutelfiguren in de ontwikkeling van het regionale herstelondersteunende zorgaanbod, omdat zij het moeten aandurven ervaringsdeskundige expertise toe te laten in hun eigen beroepspraktijk en in de onderlinge samenwerking met netwerkpartners.
- **Professionals** zijn gebaat bij een goede onderlinge afstemming van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden als zij samen het regionale zorgaanbod verder op touw zetten. Hun specialismen dienen elkaar aan te vullen in plaats van uit te sluiten, te overlappen of te overrulen. Erkenning van elkaars kwaliteiten en competenties en van de wederzijdse afhankelijkheid in de onderlinge samenwerking helpen bij zowel bij een stap terugdoen als bij een stap extra zetten indien nodig.
- **Professionals** moeten meer initiatief nemen in ‘triadisch werken’ (intensieve, onderlinge samenwerking tussen cliënten, naasten en professionals). Dit bevordert het herstel op het individuele cliëntniveau en de ontwikkeling van beleid omtrent regionale maatwerkvoorzieningen, zoals herstelwerkplaatsen.
- **Staf, management en bestuur** dienen ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundige familieleden te betrekken bij de ontwikkeling van het regionale herstelondersteunende zorgaanbod.
- **Staf, management en bestuur** moeten de ontwikkeling van samenhang in het regionale zorgaanbod tussen de netwerkwerkpartners adequaat faciliteren in tijd, mensen en middelen. Dat betekent dat zij actief sturen op het loslaten van wat niet werkt en het uitvinden en omarmen van wat wel werkt.
- **Staf, management en bestuur** presenteren en etaleren de andere manier van werken bij gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren en het Rijk, alsook de effecten hiervan op het individuele cliëntniveau en op het niveau van de populatie. Idealiter staven zij dit met zoveel mogelijk data. Zodoende creëren zij een goede basis voor het gesprek over de benodigde ontwikkelruimte.
- **Gemeenten** stellen in onderling overleg met lokale en regionale partners prioriteiten en maken afspraken over scenario’s voor de verdere ontwikkeling van de herstelondersteunende zorg in de regio voor een periode van 3 – 5 jaar.
- **De Rijksoverheid** ondersteunt de implementatie van integraal, herstelondersteunend werken met het opzetten van een landelijk kennisnetwerk, door het bij elkaar brengen en faciliteren van beleidsmakers, kenniscentra en onderwijsinstellingen, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliënt- en familievertegenwoordigers om de in gang gezette beweging een boost te geven.
- **De Rijksoverheid** neemt de adviezen uit de landelijke Actieagenda Wonen 2020 – 2023 over en zorgt voor een breed palet aan betaalbare woonvarianten, waardoor de uitstroom van cliënten in de ggz, beschermd wonen en de maatschappelijke opvang verbetert en waardoor de kwaliteit van leven van kwetsbare burgers en de leefbaarheid van woonwijken wordt vergroot.
- Nieuwe **organisatienetwerken** moeten hun regionale zorgaanbod regelmatig spiegelen aan de meest wenselijke combinatie van interventies die 1) bewezen effectief zijn, gecombineerd met 2) zelfhulp en andere cliëntinitiatieven (ervaringskennis) en 3) herstelondersteuning die in de professionele praktijk goed blijkt te werken (best practices). Bij evaluaties is daarom de centrale vraag: Wat doen we nog niet en waarom niet, en hoe en met wie kunnen we dat aanpakken?

## Les 4 – Leer professionals een herstelondersteunende attitude en gedrag aan

### Quotes uit het werkveld

*“We vinden het allemaal belangrijk dat mensen met een psychische aandoening weer deel uitmaken van de samenleving, maar als het gaat om hun wensen en verlangens daarbij, dan is dat mijns inziens nog steeds niet goed geland. De wens om bijvoorbeeld zelfstandig te wonen wordt nog te vaak geparkeerd door hulpverleners. Zo'n wens kan je samen methodisch verder uitwerken, door te verkennen hoe iemand dat voor zich ziet, met behulp van motivational speaking of de presentiebenadering bijvoorbeeld. Ik vraag me af of dat soort methodische kaders voor hulpverleners helder zijn. Men probeert vaak allerlei protheses aan te brengen om de cliënt te stutten en te stimuleren dingen aan te pakken. Maar daarmee heb je nog niet gelijk het geloof in eigen kunnen weer terug. Het verminderen van zelfstigma en de ontwikkeling van een eigen identiteit blijven daar vaak nog op achter. Als je beter weet wie je bent en waar je voor staat, dan durf je ook makkelijker spannende dingen in je leven op te pakken. Dan krijg je meer eigenwaarde, en lukt het makkelijker om voet aan de grond te krijgen. Die zelf ondersteunende zorg kan nog beter (manager herstelacademie, Utrecht).”*

*“Het was in het begin lastig voor zowel de specialisten als de medewerkers binnen F-ACT, de impact van de ingezette veranderingen op medewerkers van de ggz-teams was enorm groot. Zoiets begint ook chaotisch, men had even geen houvast meer. Er waren zorgen over het waarmaken van de specialistische rol binnen de bredere samenwerking, maar ook of men voldoende present was in de wijk. Dat is ook niet zo vreemd, want werken vanuit een herstelbenadering vraagt om een andere insteek, een andere attitude en een andere methodiek. Er wordt makkelijk voorbij gegaan aan de essentie van herstel voor de cliënt zelf bijvoorbeeld. Bovendien vond men het moeilijk om een extra beroep te doen op collega's van andere teams bij complexe casuïstiek. Na een jaar zagen we dat dit makkelijker werd (onderzoeker, Noord-Holland-Noord).”*

*“We worden in het sociale wijkteam wel serieuzer genomen de laatste tijd in onze eigen deskundigheid. Ik durf ook sneller te praten over eventuele twijfels en onzekerheden over hoe te handelen. En ik kan erop vertrouwen dat ik ook geholpen word (professional, Utrecht).”*

*“We waren gewoon echt teveel naar binnen gekeerd, veel te veel op onszelf gericht, en we opereerden vaak op eigen houtje, waarschijnlijk ook omdat we onszelf best goed vinden. Maar cliëntwaarderingsonderzoeken lieten ons toch iets heel anders zien. We bleken onvoldoende op de hoogte van de hoeveelheid begeleidings- en ondersteuningsmogelijkheden in het sociaal domein en daarbuiten, waardoor bepaalde zorgopties in het gesprek met de cliënt buiten beschouwing bleven en de cliënt hiervan verstoken bleef (psychiater, Limburg).”*

### De essentie

Uit de interviews komt naar voren dat hulpverleners in de dagelijkse praktijk nog teveel op de rem gaan staan wanneer cliënten hun eigen dromen en wensen kenbaar maken en voor zichzelf doelen willen stellen. Dit wordt door cliënten als bevoogdend of betuttelend ervaren, met het risico op (zelf-)stigmatisering. ‘Zorgen voor’ zou volgens hen moeten plaats maken voor ‘zorgen dat’ en ‘zorgen met’, of ‘herstelondersteuning’. De last die met name in Noord-Holland-Noord en Drenthe werd ervaren, is dat ‘herstel’ en/of ‘positieve gezondheid’ bij aanvang van de verandertrajecten (nog) heel wisselend werden geduid en ingevuld door de deelnemende partijen. Er was betrekkelijk veel tijd nodig om dat tij te keren. Met de herstelondersteunende intake en behandeling (de HOI en HOB, Noord-Holland-Noord) en het herstelondersteunende plan (de HOP, Drenthe) hadden de professionals goede instrumenten in handen om die verandering op gang te brengen, maar waren een andere attitude en gedrag daarmee niet als vanzelfsprekend geregeld of gewaarborgd. Professionals hebben volgens de betrokkenen ruimte nodig om zich hierin te ontwikkelen, want herstelondersteunend werken doet een beroep op andere competenties en vaardigheden dan men vanuit de curricula van de initiële opleidingen heeft meegekregen. De ervaring leert bovendien dat dit makkelijker gaat als er intensiever wordt samengewerkt met ervaringsdeskundigen of ervaringswerkers.

## Toelichting

Uit enkele gesprekken met professionals, ervaringsdeskundigen en onderzoekers komt naar voren dat **de bejegening van mensen die in zorg zijn een cruciale factor** is in het succes dat met elkaar bereikt wordt. Belangrijk zijn een luisterend oor, een empathische houding en daadwerkelijk aandacht voor iemand hebben als volwaardig persoon. Een professional sluit aan bij de wensen van degene om wie het gaat, bekijkt samen wat de daadwerkelijke vraag of de vraag achter de vraag is en zoekt in onderling overleg naar een passende route om doelen te realiseren. Hulpverleners kunnen best suggesties doen, maar moeten daar naar eigen zeggen heel terughoudend in zijn, ook als de cliënt een hele andere aanpak voorstaat dan zichzelf. Wellicht ontstaat er dan een spanningsveld tussen wat de cliënt wil en wat de hulpverlener voor (on)mogelijk acht. Maar, dat biedt volgens de betrokkenen juist ruimte om het er samen over te hebben en bepaalde afwegingen te maken, zonder dat de cliënt direct het gevoel heeft dat hij of zij overruled wordt. In zo'n situatie wordt vooral een beroep gedaan op de **sensitiviteit van medewerkers, een van de gedragsaspecten binnen het professioneel handelen die centraal staan bij herstelondersteunend werken**.

De idee hierachter is om iemands individuele herstelproces te bevorderen, waarbij de cliënt centraal staat en zelf de regie voert: "Zijn of haar wensen, behoeften en mogelijkheden zijn het uitgangspunt, en daar sluit de behandeling en ondersteuning op aan. Je kijkt dus op een andere manier naar mensen met een ernstige psychische aandoening dan gebruikelijk was in de ggz (Samen sterk zonder stigma, 2020)." Herstelondersteunend werken wordt gekenmerkt door een attitude van hoop en optimisme, presentie (aandachtig aanwezig zijn), professionele terughoudendheid en bescheidenheid, het centraal stellen van het eigen verhaal van de cliënt, het benutten van de eigen kracht van de cliënt (empowerment), het erkennen, benutten en stimuleren van de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt en van de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen, en is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van de eigen regie en autonomie (Boevink e.a., 2009, Dröes en Plooy, 2010). **Herstelondersteunend werken is gelijk aan destigmatiserend werken** en vereist als zodanig structurele aandacht van professionals en leidinggevenden in nieuwe teams of samenwerkingsverbanden. Zij moeten het zich eigen maken en incorporeren in bestaande of nieuwe werkwijzen.

**De inzet van ervaringsdeskundigen of ervaringswerkers in het multidisciplinair team- of netwerkverband** is een belangrijk element bij de ontwikkeling van nieuwe werkwijzen en/of aanpassingen van het bestaande behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod. In de gebiedsteams in Utrecht en de teams Optimaal Leven in Drenthe heeft dit niet alleen voor **een heroriëntatie op het bestaande aanbod van voorzieningen op buurt- en wijkniveau** gezorgd, maar ook voor **een andere dynamiek in de onderlinge samenwerking**. "Mensen met een psychische aandoening hebben behoefte aan het opbouwen van een zinvol bestaan en dat gaat natuurlijk niet zo maar, dat is waar. Maar naast therapie heb je ook **goede voorbeelden van anderen nodig**, van mensen zeg maar die het ondanks hun psychische klachten gelukt is om er wat van te maken in het leven (ervaringswerker, Utrecht)." Uit de gesprekken komt naar voren dat cliënten behoefte hebben aan **contact met lotgenoten**, mensen die in een vergelijkbare situatie zitten of hebben gezeten. Naast een luisterend oor en begrip over en weer leren zij naar eigen zeggen ook veel makkelijker van elkaar. Voor cliënten zijn ervaringsdeskundigen en ervaringswerkers rolmodellen, **ze bieden perspectief** en zijn als zodanig een belangrijke houvast voor mensen die nog overweldigd zijn door de aandoening, of daarmee worstelen. In Zuid-Limburg zet men naast ervaringsdeskundigen en ervaringswerkers ook **ervaringsdeskundige behandelaars** in als professionele herstelconsulenten. De ervaring leert dat deze behandelaars met hun eigen bagage aan psychische problematiek juist het verschil kunnen maken in het contact met de individuele cliënt; zij weten als geen ander wat cliënten doormaken en kunnen daardoor **de boodschap over het zoeken naar passende hulp en ondersteuning goed, dat wil zeggen gewetensvol en met tact, overbrengen**.

Betrokken professionals hebben dus de ruimte nodig om zich te ontwikkelen in herstelondersteunend werken. De hiervoor benodigde competenties kwamen van oudsher nauwelijks voor in de curricula van opleidingen in de geestelijke gezondheidszorg. Hier is wel een kentering zichtbaar, maar daarvan profiteren vooral jonge medewerkers, die aan hun opleiding bezig zijn of die net hebben afgerond. Bij de verandertrajecten in Noord-Holland-Noord en Drenthe is daarom **extra veel aandacht voor andere vormen van deskundigheidsbevordering**.



Van elkaar leren en elkaar voeden blijken belangrijke voorwaarden te zijn om integraal samen te werken in een generalistisch team. Andersom nodigt integraal samenwerken in een generalistisch team ook uit tot van elkaar leren en elkaar voeden. In Drenthe en Noord-Holland-Noord durft men de stelling aan **dat ieders expertise toeneemt in een generalistisch team**, mits je dat vanuit de deelnemende organisaties voldoende faciliteert. Naast het organiseren van **casuïstiekbesprekingen** en **intervisie** op de werkvloer, heeft men er in Noord-Holland-Noord bijvoorbeeld voor gekozen om netwerkbijeenkomsten met de huisartsen en hun praktijkondersteuners te organiseren. “Je moet ze meenemen in het SSIW-gedachtengoed, in de herstelondersteunende intake en behandeling enzovoort, dat gaat echt niet vanzelf. Niet op een beleurende, maar op een onderzoekende manier. En soms moet je hele expliciete keuzes maken, die direct van invloed zijn op de onderlinge samenwerking, maar dat doe je dan wel samen (onderzoeker, Noord-Holland-Noord).” In Drenthe organiseert men maandelijks zogenoemde **‘actie leer sessies’**, waarbij de professionals uit de deelnemende organisaties samen relevante vraagstukken op de werkvloer systematisch uitwerken. Behalve dat dit helpt om grip te krijgen op ingewikkelde casuïstiek, verkent men hierbij ook elkaars perspectief qua attitude en gedrag, hetgeen de onderlinge samenwerking doorgaans verbetert en leidt tot nieuwe inzichten.

Wat vraagt dit alles van de professionals in de ggz en het sociaal domein? Is hun specialisme uitgespeeld in het bredere organisatienetwerk? Volgens de professionals in de vier regio’s is dat niet het geval, maar gaat het meer om een **herbezinning op de expertrol**, omdat je naast je vakinhoudelijke kennis en vaardigheden ook moet beschikken over vaardigheden om te kunnen samenwerken met andere disciplines. Het gaat daarbij om de juiste mindset, waarbij je enerzijds hulp aan anderen aanbiedt en anderzijds ook hulp van anderen aanvaardt. Volgens Mulder e.a. (2020) is **binnen de netwerkpsychiatrie een zogenoemde T-shaped professional nodig** (Korevaar & Wester, 2012; Van Weeghel, J., Delespaul, 2020), iemand met een diepgaande toewijding, specialistische kennis en vaardigheden binnen het eigen vakgebied (het verticale deel van de T), en daarnaast met competenties en vaardigheden om te verbinden met mensen uit andere disciplines of vakgebieden (het horizontale deel van de T). De T-shaped professional kijkt niet alleen vanuit het eigen referentiekader naar de situatie, maar ook uit dat van andere disciplines. Het gaat daarbij niet alleen om goede onderlinge communicatie, maar bijvoorbeeld ook om procesmatig en innovatief te kunnen denken, over inlevingsvermogen, analytisch vermogen en het creëren van nieuwe inzichten. Een T-shaped professional kan zich beter ontwikkelen in een team dat hem of haar faciliteert om over de grenzen van het eigen vakgebied heen te kijken en samen met andere disciplines waarde toe te voegen aan de onderlinge samenwerking. Alhoewel dit binnen de ggz een vrij nieuw fenomeen is, nodigen organisatienetwerken hiertoe uit, niet alleen over de grenzen van het eigen vakgebied, maar ook over de grenzen van de wettelijke domeinen heen.

#### Opgaven

- **Ervaringsdeskundigen** moeten de ruimte krijgen om herstelacademies, herstelwerkplaatsen of anderszins op te bouwen. Succesvolle trajecten zoals in Utrecht en Noord-Holland-Noord hebben laten zien dat zoiets veel tijd en energie van alle belanghebbenden kost, waarbij het uitgangspunt was: groot denken, klein doen en successievelijk uitbreiden. Teveel haast hiermee hebben gaat voorbij aan het ‘consumer-run principe’, waar herstel letterlijk op rust.
- Ervaringsdeskundige professionals zijn gelijkwaardige collega’s in multidisciplinaire teams en dragen vanuit die rol bij aan de verdere ontwikkeling van herstelondersteunend werken in teamverband. Deze vooralsnog kwetsbare rol behoeft aandacht van andere professionals in de teams, waarbij men moet leren de ervaringsdeskundigen niet te overvragen of te verwaarlozen.

## Opgaven

- **Professionals** moeten meer aandacht hebben voor de wensen van cliënten en hun naasten met betrekking tot de ontwikkeling van zelfhulp, eigen regie en peer support in de regio. Het kost tijd (lees: je moet hier een paar jaar voor uittrekken (!) om het adagium 'niets over ons, zónder ons' zorgvuldig in de praktijk te brengen.
- **Staf, management en bestuur** van zorg- en welzijnsorganisaties zijn erbij gebaat om na te gaan wat medewerkers aan kennis en vaardigheden nodig hebben om herstelondersteunend werken binnen nieuwe organisatienetwerken verder op te tuigen. In aanvulling hierop moet bekeken worden welke professionals gebaat zijn bij gezamenlijke huisvesting in de wijk, teneinde effectiever en efficiënter te kunnen samenwerken en laagdrempelig benaderbaar en inzetbaar te zijn.
- Omdat goed voorbeeld goed doet volgen, dienen ook **de staf en het management en bestuur** de tijd en de ruimte te nemen om een herstelondersteunende attitude en bijpassend gedrag te ontwikkelen. Zodoende creëren zij een veilige werkomgeving, waarin er ruimte is om elkaar beter te leren kennen, op elkaar te durven vertrouwen, fouten te mogen maken, hiervan te leren en samen opnieuw te beginnen.
- Gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn gebaat bij een landelijk kwaliteitskader voor herstelondersteunende zorg. Alhoewel er in de ggz al langere tijd gewerkt wordt met multidisciplinaire richtlijnen, zorgstandaarden, generieke modules (zoals die voor ernstige psychische aandoeningen) en aanvullende normenkaders zoals ART, IRB of SRH, is hierover nog onvoldoende consensus bereikt met andere stakeholders en financiers. Op initiatief van de **Rijksoverheid** zou het Zorginstituut Nederland hier de lead in kunnen nemen.

## Les 5 – Faciliteer de transformaties in en tussen de betrokken organisaties adequaat

### Quotes uit het werkveld

*“Snel op- en afschalen, ergens direct op anticiperen gebeurt veel, want dat blijkt in de dagelijkse praktijk goed te werken, maar dat levert heel veel gedoe achter de schermen op. Terwijl wij binnen het netwerk zeggen: bij de ene cliënt doe je iets meer en bij de andere iets minder, soms door de ene, dan weer door de andere organisatie. Iedereen moet er op kunnen vertrouwen dat we in overleg met de cliënt en zijn of haar familie telkens de juiste beslissing nemen en vervolgens de meest geschikte hulpverleners op pad sturen. Maar als je ziet hoeveel administratie onze collega's uit de ggz erbij krijgen als ze zelf een extra interventie willen plegen bovenop de reguliere zorg, dan getuigt dat van wantrouwen, terwijl we er uiteindelijk samen onder aan de streep minder geld aan uitgeven of hebben gegeven. Er is nu weinig ruimte voor flexibiliteit of handelingsvrijheid van onze professionals, terwijl dat nu precies de condities zijn waaronder we veel doelgericht en doelmatiger kunnen worden.” (bestuurder, Zuid-Limburg)*

*“Een van de belangrijkste succesfactoren is het commitment in alle bij de transitie betrokken organisaties geweest. Niet alleen van de professionals op de werkvloer of van de bestuurders, maar echt van iedereen. Bij ons was dat commitment essentieel om de proeftuinen om te vormen naar de ggz-gebiedsteams en van die gebiedsteams een succes te maken.” (Projectleiders, Utrecht)*

*“Gezamenlijke verantwoordelijkheid is gegroeid. Wat ik bij de gemeente heb gezien, is dat men van ‘niet weten’ naar ‘weten’ is gegaan. In het begin zag ik bij hen dat ze echt zoiets hadden van ‘waarom lossen jullie het probleem niet op rondom burgers met verward gedrag?’ Daar werden ze toen ineens zelf verantwoordelijk voor en dit lijkt hen te hebben overvallen. Doordat ze in de stuurgroep zijn gekomen van Optimaal Leven, is de kennis over de ggz-sector gegroeid. Ze zijn meegenomen in de doelgroep waar we het over hebben, welke problemen er spelen en we verkennen het vraagstuk van ieders afzonderlijke en onze gezamenlijke verantwoordelijkheden. Ze hadden ook het gevoel dat wij niets aan problemen deden. Doordat we elkaar beter hebben leren kennen, is er meer begrip voor elkaar ontstaan. Wat echt nog wel een issue is, is de financiering van het een en ander.” (Bestuurder, Drenthe)*

*“Je ziet het totaalplaatje, maar wie heeft het totaalplan voor de organisatie voor ogen? Hoe werk je samen naar die stip op de horizon toe? Je hebt mensen nodig die de betrokken organisaties daarbij ondersteunen. Sinds 2017 hebben we in Zuid-Limburg een werkbaar model (het team De Nieuwe Ggz, red.) dat twee kanten op werkt. Enerzijds is de ontwikkeling binnen onze eigen organisatie hierdoor niet meer te stoppen, anderzijds zijn we nu beter in staat om te netwerken binnen de krachtenbundeling in Maastricht.” (Projectleiders, Limburg)*

### De essentie

Sinds de decentralisatie van taken van het Rijk naar de gemeenten in 2015, **een verandering op systeemniveau (de transitie)**, zijn zorgaanbieders in het zorgdomein en het sociaal domein volop bezig met **transformeren, veranderingen op organisatieniveau**. Immers, veranderingen op systeemniveau vragen om het fundamenteel herzien van de manier van organiseren en veranderen. In theorie betekent dit dat de veranderingen als ‘inter-organiseer problemen’ moeten worden benaderd; een probleem is niet meer een vraagstuk van een afzonderlijke organisatie, maar een gezamenlijk probleem (Witte, de, M. & Jonker, J., 2014). Veranderkundig ronduit lastig, omdat er niet onmiddellijk een logisch platform is waarop alle spelers bijeengebracht kunnen worden. Bovendien staan de betrokken spelers niet onder hetzelfde hiërarchische gezag. Partijen moeten vanuit hun intrinsieke motivatie en visie worden verleid en verbonden om gezamenlijk het systeem in beweging te brengen. Het gaat dus niet alleen om een fundamentele herziening en/of herinrichting van een of meer maatschappelijke opgave(n), maar ook om de organisatorische opgaven die ermee gepaard gaan. Nadat zorgorganisaties, gemeenten en verzekeraars vanaf 2015 op zoek moesten naar hoe zij het beste konden anticiperen op het verander(en) de zorglandschap, is dit steeds een actueel vraagstuk gebleven. Door de decentralisatie hebben de diverse stakeholders in de onderzochte regio's te maken gekregen met vraagstukken over de onderlinge (netwerk) samenwerking, de eigen organisatieontwikkeling en cultuurveranderingen op (wederom) strategisch,

tactisch en operationeel niveau. Door de complexiteit van deze transformaties in en tussen de betrokken organisaties konden zij niet terugvallen op slechts één veranderstrategie, maar waren zij genoodzaakt om **situationeel te veranderen**, dus afhankelijk van de situatie die zich voordeed te kiezen voor een bepaalde veranderaanpak of -strategie.

### Toelichting

Alhoewel zij qua organisatievorm of -ontwerp van elkaar verschillen, is in alle vier regio's gekeken naar de verdere ontwikkeling van bestaande behandel- en begeleidingsmethoden binnen de nieuwe samenwerkingsverbanden. De netwerkpartners in alle regio's hebben goed moeten kijken naar de gewenste organisatievorm of het -ontwerp op buurt- en wijkniveau. Men wilde de behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met een ernstige psychische aandoening immers beter integreren, maar had nu rekening te houden met meer partners en partijen. "Het organisatieontwerp doet ertoe ja, dat klopt, het ontwerp doet er zeker toe" (wethouder, Utrecht). **Het gezamenlijke organisatieontwerp volgt als het goed is de gekozen strategie voor innovatie** (Mintzberg, 1978) en **bepaalt in hoeverre er integraal wordt samengewerkt**. "Op zichzelf geeft het niet dat integraal samenwerken in Drenthe en in Utrecht van elkaar verschillen, of dat er in Limburg wel een coöperatie is opgezet en elders niet, zolang je de doelen en gewenste resultaten van de beoogde samenwerking maar goed in het oog blijft houden samen." (projectleider, Utrecht). Volgens enkele professionals volstaan FACT, IRB en SRH als modellen en/of methoden nog steeds, maar is er in de loop van de tijd wel steeds kritischer gekeken naar wie nu welke taak voor zijn rekening neemt binnen de nieuwe samenwerking. "Je bedenkt iets nieuws met elkaar, maar dat betekent natuurlijk niet dat je direct afscheid moet nemen van beproefde methoden, je kunt beter kijken hoe je die kunt incorporeren in het nieuwe organisatienetwerk. Bij ons in Heerlen bleek dat we op den duur toch moesten reorganiseren." (psychiater, Zuid-Limburg). Ook elders bleek het nodig om te reorganiseren en zodoende een betere aansluiting te vinden binnen het (nieuwe) netwerk. Volgens sommige bestuurders was er moed voor nodig om de **belangen van de eigen organisatie ondergeschikt te maken aan het gezamenlijke belang van het organisatienetwerk**, omdat hulpverleners en het management zich hier aanvankelijk conservatief in opstelden. Men heeft zich hier echter niet door laten afleiden en ingezet op de nieuwe koers.

In deze koers zie je de wisselwerking tussen de beoogde transitie (op systeemniveau) en, als gevolg daarvan, de gewenste transformatie(s) (op organisatieniveau) terug. Immers, de transformaties zijn complex, want belegd bij meerdere partijen met ieder hun eigen ontstaansgeschiedenis en cultuur. Kiezen voor één veranderstrategie werkt dan meestal niet, omdat je rekening wilt kunnen blijven houden met de organisatieontwikkeling en cultuur van alle deelnemende partijen in het netwerk afzonderlijk. **Situationeel veranderen werkt dan vaak beter**, omdat je afhankelijk van de situatie die zich voordoet samen kiest voor de meest passende veranderaanpak, of voor verschillende veranderaanpakken per organisatie en/of organisatieniveau(s). Voorwaarde is dat er kennis is van de verschillende veranderstrategieën, de werkingsprincipes die hieraan ten grondslag liggen en ingrediënten om die principes in een organisatie werkbaar te maken (Vermaak, H., in: Boonstra, J. et al., 2018). Maar er is volgens de gesprekspartners meer voor nodig geweest om de gewenste verandering in hun regio daadwerkelijk in gang te zetten en te voltooien. Men had behoefte aan **bestuurders met lef**, bij wie het geoorloofd is om op tactisch en operationeel niveau zo nu en dan buiten de lijntjes te kleuren. Niet om dwars te zitten, maar om te **mogen experimenteren** met beloftevolle interventies en/of nieuwe werkwijzen. Met name hulpverleners wilden in hun dagelijkse werk **bestuurlijk commitment ervaren** of **rugdekking krijgen**, als zij buiten de kaders van de eigen organisatie nieuwe wegen verkenden met andere netwerkpartners. Dit bleek vooral nodig op momenten van interne discussie(s) over het (gezamenlijke of eigen) organisatieontwerp en medewerkers als gevolg hiervan in een loyaliteitsconflict belanden.

Verder zijn weerstanden tegen verandering ook regelmatig onderwerp van gesprek geweest in de vier regio's. **Weerstand behoeft aandacht** volgens enkele gesprekspartners, door gedurende de transformatie zorgvuldig na te gaan waarom en waartegen de weerstand bestaat, om vervolgens een effectieve invloedstijl te kiezen en alsnog steun voor de gewenste verandering te verkrijgen. Zinnvolle interventies bij het erkennen en hanteren van interventies zijn: 1) het **onderzoeken van de achtergronden van de weerstand**; 2) het **hanteerbaar maken** van onzekerheid en **houvast bieden**; 3) het (inspirerend) **informer en communiceren over de verandering** (Bennebroek Gravenhorst, K., in: Boonstra, J., et al., 2018). Besteed men daar geen aandacht aan, dan is er

volgens de betrokkenen op een later moment een reëel risico op miterij en komt het voortbestaan van het nieuwe samenwerkingsverband vroeg of laat in gevaar. Juist in nieuwe organisatienetwerken is het van belang om **frieties boven tafel** te krijgen, bespreekbaar te maken en aandacht te hebben voor het eigen belang van diverse deelnemers versus het organisatiebelang, eventuele machtsspelletjes en conflictueuze gedragspatronen.

Het zorgvuldig afronden van verschillende transformaties is gebaat bij een **overzichtelijke project- of programmastructuur**, die geleid wordt door **professionele project- of programmamanagers met veranderkundige expertise**. Alle vier regio's maakten hiervan gebruik. Het hielp de betrokken organisaties om de verandertrajecten stapsgewijs te doorlopen. Door de programma's zijn organisatievormen of -ontwerpen ontstaan, die voor wat betreft de regionale samenwerking tussen het organisatienetwerk enerzijds en betrokken moederorganisaties anderzijds een zogenoemde matrixstructuur kennen. **De matrixstructuur van een organisatienetwerk** stelt het netwerk in staat om de verbinding tussen de verschillende structuren van de deelnemende moederorganisaties aan te maken en te coördineren, teneinde de ontwikkeling en implementatie van nieuwe, domeinoverstijgende ambulante ggz-teams op korte termijn mogelijk te maken.

Aan de matrixstructuren die in de verschillende regio's zijn ontstaan kleven voor- en nadelen met betrekking tot de onderlinge samenwerking. Professionals zijn vaak positief gestemd over de ontwikkelruimte die ze krijgen, de mogelijkheid om de richting van hun team (en daarmee het organisatienetwerk) mede te bepalen en de mate waarin zij geprezen worden voor hun zorginhoudelijke bijdragen. Dit zijn belangrijke elementen voor het **verhogen van hun betrokkenheid**. Bovendien zijn zij **minder tijd kwijt aan intercollegiaal contact** en het bijwonen van overleggen. **De lijntjes zijn kort en de onderlinge afstemming gaat snel**. Zij ervaren **minder stroperige besluitvorming** dan voorheen. Al met al zijn zij dus **wendbaarder binnen het organisatienetwerk**. Daar tegenover staat dat er bij professionals doorgaans **meer onzekerheid is over het functioneren** en de invulling van de eigen functie binnen het nieuwe netwerk; door de matrixstructuur kan er **onzekerheid ontstaan over verantwoordelijkheden en verwachtingen**. Wat te doen bijvoorbeeld als leidinggevendenden uit het organisatienetwerk en de moederorganisatie een opdracht geven die met elkaar conflicteren? Het is in die gevallen vooral aan de project- en programmamanagers en de lijnmanagers om zich te **concentreren op het voorkomen of aanpakken van die rolambigüiteit**. Zij moeten voortdurend **duidelijke verwachtingen uitspreken en heldere doelstellingen meegeven** die niet met elkaar conflicteren en in lijn zijn met de richting waarin het organisatienetwerk zich beweegt. Zij moeten steeds **duidelijk maken welke specifieke rol een medewerker vervult en hoe deze rol bijdraagt aan het succes van de (netwerk)organisatie, aan wie verantwoording moet worden afgelegd en waar iemand op wordt afgerekend**. Hetzelfde geldt voor het geven van bruikbare feedback op het dagelijks functioneren (Bron: McKinsey, 2021). De ervaring in met name Drenthe en Zuid-Limburg leert, dat naarmate hier meer structurele aandacht voor is, medewerkers zich **taakvolwassener** gedragen en **zelfstandiger bewegen binnen en buiten de eigen (netwerk)organisatie(s)**.

Het succes van nieuwe samenwerkingsverbanden of organisatienetwerken wordt mede bepaald door **de 'network centrality' van het netwerk** (Cristofoli D., M. Menneguzzo en N. Riccucci (2017)). Die heeft de taak om de betrokken actoren uit de deelnemende organisaties telkens op alle niveaus met elkaar te verbinden. Of het nu gaat om brainstormen, het vormen van ideeën, het bepalen van een strategie, het maken van plannen, het uitstippelen van bepaalde routes of om een evaluatie van de kwaliteit van het dagelijks werk; de project- of programmaleider nodigt uit, stimuleert en enthousiasmeert hiertoe. Hij of zij moet daarbij **oog blijven houden voor de verbinding met de moederorganisaties**. Lukt dat niet, dan kan het eigen belang van een van de deelnemende moederorganisaties alsnog prevaleren boven het belang van het organisatienetwerk en komen goede initiatieven in de praktijk niet van de grond. "Als vanzelfsprekend hebben de moederorganisaties zelf hier ook een belangrijke rol in, zolang je elkaar maar blijft opzoeken" (manager ggz-gebiedsteam, Utrecht). In Drenthe en Utrecht zijn er bijvoorbeeld regelmatig discussies geweest tussen het projectteam en het lijnmanagement over de inzet van mensen en middelen voor Optimaal Leven respectievelijk de EPA-proeftuinen. **De projectleiders of -coördinatoren faciliteren** binnen het netwerk idealiter de gesprekken en het maken van nieuwe afspraken over de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de professionals onderling. **De lijnmanagers daarentegen moeten juist durven loslaten**, een stap terug doen en erop durven vertrouwen dat hun medewerkers de juiste beslissingen nemen over hun inzet binnen het

netwerk. De professionele (semi-) autonomie van diverse disciplines op de werkvloer moet integraal onderdeel gaan uitmaken en ten dienste staan van het bredere geheel, waarbij de som volgens de betrokkenen meer is dan het geheel der delen. De ervaring leert dat dit beter lukt, als de professionals en het (programma-) management **escalatiemogelijkheden hebben binnen zowel het nieuwe netwerk als in de afzonderlijke organisaties**. Worden eventuele problemen binnen afzonderlijke organisaties in relatie tot de samenwerking met elkaar gedeeld? Komen knelpunten en moeilijke onderwerpen wel op tafel? Het gaat er volgens de bestuurders om dat je voldoende ruimte biedt om lastige situaties bespreekbaar te maken en een uitweg te bieden als dit niet lukt.

Tot slot is het van belang dat het netwerk **naar buiten toe met één mond spreekt**. Laagdrempelig contact en snel met elkaar kunnen schakelen blijken van doorslaggevende betekenis voor de kwaliteit van de onderlinge samenwerking. **Het inrichten van een zogenoemde ‘liaison-functie’ of ‘kwartiermakersfunctie’ (op middenmanagementniveau) helpt** volgens enkele bestuurders om vanuit het organisatienetwerk de buitenwacht adequaat te bedienen. Naast het maken en onderhouden van contact met lokale stakeholders kan diegene ook voorlichting geven over de activiteiten van het netwerk op wijk- en buurtniveau, zoals herstelactiviteiten, zelfhulpgroepen en/of andere sociale activiteiten. Het doel hiervan is om het blikveld van andere disciplines en/of netwerkpartners op de vernieuwingen binnen de ggz te vergroten en ook om de belangstelling hiervoor van mensen met een ernstige psychische aandoening zelf te prikkelen. Maar daar blijft het volgens hen niet bij, want zij zien hier voor zichzelf ook een belangrijke rol weggelegd. Het eerder genoemde bestuurlijk commitment gaat wat hen betreft daarom niet alleen over het maken van onderlinge afspraken op strategisch niveau of de onvoorwaardelijke steun voor het werk op tactisch en operationeel niveau, maar ook over **zichtbaar zijn als netwerk naar buiten toe**. Dat betekent dat de netwerkpartners altijd namens het hele organisatienetwerk spreken en aangeven dat zij samen een belangrijke maatschappelijke klus hebben te klaren en als zodanig ook gezamenlijk aanspreekbaar zijn op te behalen doelen en resultaten. Zodoende faciliteren zij het netwerk ook, omdat de externe omgeving zich steeds vaker tot het netwerk zélf zal richten, in plaats van op de afzonderlijke netwerkpartners die hierin deelnemen.

#### Opgaven

- **Professionals in de ggz** dienen beproefde methoden en/of werkwijzen niet langer als ‘heilige huisjes’ te behandelen, maar die kritisch tegen het licht van de samenwerking met andere partners aan te houden en hier beter op aan te laten sluiten.
- Transformaties in de gezondheidszorg en het sociaal domein zijn per definitie complex te noemen, omdat men van doen heeft met uiteenlopende wettelijke domeinen en financiële kaders, zeer diverse gebruikersgroepen, tientallen specialismen en tal van zorgaanbieders die met elkaar moeten samenwerken. Het is daarom aan **de staf, het management en bestuur** om de professionals gedurende de transformatie voldoende ruimte te bieden om te kunnen experimenteren met nieuwe werkwijzen, en te vertrouwen op hun professionele autonomie.
- **De staf, het management en bestuur** hebben verandercapaciteit nodig, om de beoogde verandering daadwerkelijk te realiseren. Dit vereist voldoende veranderkundige expertise aan boord. Is die onvoldoende of niet aanwezig, moet die worden aangetrokken.
- Omdat veel innovaties gebaat zijn bij situationeel veranderen en situationeel leiderschap, dienen de **staf, het management en bestuur** gedurende het verandertraject telkens momenten te creëren om na te denken en in gesprek te gaan over de meest passende veranderstrategie, de werkingsprincipes die hieronder liggen en de ingrediënten om die principes in de organisatie werkbaar te maken. Dat
- iets misloopt of anders uitwerkt dan aanvankelijk bedacht is niet erg, als er tussentijds maar voldoende besef is dat het anders moet of beter kan, en er bewust gestuurd wordt op een andere koers.

## Opgaven

- Commitment van **het bestuur** en het bieden van rugdekking zijn essentieel om door te gaan op de ingeslagen weg, als de transformatie an sich (door wie dan ook) ter discussie wordt gesteld. Durven falen is een kunst, die met veel vallen en weer opstaan wordt aangeleerd.
- Weerstanden tegen verandering(en) zijn een gegeven, daar ontkomt geen verandertraject aan. Echter, vaak wordt er tijdens transformaties nog te weinig gestuurd op het boven tafel krijgen van eventuele fricties binnen en tussen partijen. Het is aan **de staf, het management en bestuur** om hier structureel aandacht aan te besteden. Leidinggevendenden vervullen als zodanig een voorbeeldfunctie, door te blijven vragen waar eventuele weerstanden uit bestaan, waar ze vandaan komen en hoe ze zijn weg te nemen. Niet om elkaar daarop af te rekenen, maar om samen oplossingen te vinden. Dat geeft lucht en creëert ruimte voor nieuwe ideeën en activiteiten.
- **De staf, het management en bestuur** moeten daarbij vooral aandacht hebben voor het overbruggen van taal- en cultuurverschillen tussen de ggz en het sociaal domein. Beide werelden opereerden tot voor kort weliswaar in ketens, maar overwegend gescheiden van elkaar. Intensiever met elkaar optrekken in netwerken, teneinde flexibeler te kunnen anticiperen op hulpvragen van cliënten en samen meer slagkracht en performance te vertonen, dwingt de in het netwerk deelnemende organisaties om elkaars expertise te verkennen en erkennen, en toe te geven aan de wederzijdse afhankelijkheid.
- Ondanks hun financieel onzekere positie, doen **gemeenten** er verstandig aan te blijven investeren in het tijdig opsporen van en adequaat interveniëren bij ernstige psychische aandoeningen op buurt- en wijkniveau (secundaire preventie), en het inzetten van de steeds belangrijker signaalfunctie van de sociale wijkteams daarbij. Dit is een effectieve, relatief goedkope manier van samenwerken, die bijna altijd loont.
- **Zorgverzekeraars en zorgkantoren** verstaan de bredere opgaven van zorg- en welzijnsorganisaties bij het opzetten van lokale of regionale organisatienetwerken nog onvoldoende. De focus is nog teveel gericht op de behandeling van de psychische gezondheid alleen, terwijl cliënten met een ernstige psychische aandoening ook baat hebben bij begeleiding en ondersteuning op andere levensdomeinen. Het vergroten van hun eigen regie bij het op orde krijgen en behouden van hun psychische en lichamelijke gezondheid en bij hun zelfzorg, sociale relaties, wonen, werken, vrijetijdsbesteding en zingeving, helpt cliënten om op de been te blijven en terugval(len) te voorkomen. Het loont dus om breder in te kopen en meer in te zetten op tertiaire preventie (zie ook les 6).
- **Organisatienetwerken** besteden nog te weinig aandacht aan de kwartiermaker functie t.b.v. het contact met lokale en/of regionale stakeholders. Door transparanter te opereren en de stakeholders te betrekken bij eventuele dilemma's en mogelijke oplossingen hiervoor, voelen zij zich medeverantwoordelijk voor de te klaren klus en ontstaat er ook met hen gedeeld eigenaarschap.

## Les 6 – Zorg voor passende wetgeving en financiële randvoorwaarden

### Quotes uit het werkveld

*“Als je de wetten intact laat, dan blijf je al die verschillende perspectieven toestaan en hebben de verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten nog gelijk ook, als ze stellen dat ze binnen hun eigen wettelijk domein of financieringsstroom niet heel veel samen kunnen. Terwijl de gezamenlijke doelen, zoals het voorkomen van duurdere zorg, het verplaatsen van zorg naar dichterbij mensen thuis en het vervangen van zorg door andere hulp en/of ondersteuning door alle betrokken partijen wel belangrijk gevonden worden. En dat schuurt (professional, Limburg).”*

*“Als we ons niet herbezinnen op de onderlinge verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, dan boeten we veel te veel in op de kwaliteit van het zorgaanbod. Tenzij je dit uit andere opbrengsten financiert, maar dan teer je in op het eigen vermogen of de opgebouwde reserves, dat hou je op den duur niet vol (bestuurder, Utrecht).”*

*“De landelijke partijen waren als de dood dat het stelsel overhoop moest, en men was er ook heilig van overtuigd dat er binnen het huidige stelsel of de substelsels voldoende juridische en financiële ruimte zou zijn om te experimenteren met integrale, domeinoverstijgende zorg. Maar niets is minder waar, die ruimte is er gewoon niet, of nou ja, onvoldoende. Wil je echt domeinoverstijgend werken, dus levensbreed behandelen, begeleiden en ondersteunen met partners uit de ggz, het sociaal domein en andere sectoren, dan moet je het ook aandurven om buiten de reikwijdte van de bestaande wettelijke kaders om te redeneren en te handelen, daar ontkom je dan niet aan (bestuurder, Drenthe).”*

### De essentie

Professionals en bestuurders stellen dat het gewenste domeinoverstijgende samenwerken met andere netwerkpartners in de langdurige ggz onvoldoende kans van slagen heeft, als de huidige indeling van ons zorgstelsel in de diverse substelsels, en de aparte financiering die daarbij hoort, overeind blijven.

**De Zvw, Wmo, Wlz, Wfz en Jeugdwet bevorderen volgens hen eerder onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders, dan dat ze onderlinge afstemming en samenwerking faciliteren;** de bestuurlijke

aanbestedingsprocedures in het sociaal domein en de individuele contractering in de Zvw, gekoppeld aan een op inspanning gebaseerde bekostiging (p x q) zonder financiële limieten of plafonds, creëren een vrijwel onbeheersbare situatie. Er is sprake van zeer veel concurrerende zorgaanbieders, waarbij het aanbod de vraag creëert in plaats van andersom. Als gevolg hiervan bestaat er een enorm inkoop- en uitvoeringsapparaat, een forse overhead en een verantwoordingscyclus die veel geld kost. Als duurdere zorg voorkomen écht het doel is, en het daarom beter is om zorg dichterbij huis te organiseren en te vervangen door andere hulp en/of ondersteuning (men refereert hierbij aan de gezamenlijke afspraken hierover in het Bestuurlijk akkoord ggz 2019-2022), dan ontkomt men er niet aan om **de samenwerking tussen de netwerkpartners beter te faciliteren** dan tot nu toe mogelijk is. Het gaat met name om het vertrouwen in en stimuleren van de handelingsvrijheid van diverse professionals binnen het samenwerkingsverband, die in onderling overleg hun expertise moeten kunnen inzetten als dat nodig is, of nalaten als dat overbodig is.

### Toelichting

Volgens de professionals en bestuurders zijn er **gezamenlijke zorgprestaties** nodig, dus pakketten zorg en ondersteuning die gezamenlijke doelen nastreven en geen onderscheid meer maken tussen de activiteiten van ggz-professionals en professionals in het sociaal domein. Zij zeggen dat de huidige zorgprestaties in de Zvw, de zorgarrangementen in de Wmo en de zorgzwaartepakketten in de Wlz (en ook in het lggz-regime voor het 2e en 3e jaar verblijf in de Zvw) onvoldoende uitnodigen om doelgerichter en doelmatiger samen te werken. Met de toornis specifieke zorgstandaarden, de generieke modules als de Generieke Module EPA en aanvullende veldnormen als de ART-methodiek (Active Recovery Triad) hebben professionals naar eigen zeggen voldoende



referenties om de behandeling, begeleiding en ondersteuning samen op touw te zetten. Het gaat erom die gezamenlijke expertise te bundelen in plaats van te blijven onderscheiden. Dat nodigt naar hun idee meer uit tot overleg, een betere coördinatie en afstemming van de hulpverlening, het flexibeler op- en afschalen van zorg en sneller contact met diverse collega's.

In de vier regio's gelden ***burgerlijke en bestuurlijke ongehoorzaamheid*** als deugden op momenten dat het overleg over innovatie(s) met de stakeholders niet wilde vlotten of dreigde te mislukken. Dit is volgens de bestuurders en wethouders vooral nodig als de doelen van integraal, domeinoverstijgend samenwerken onverkort onderschreven worden, maar de bestaande middelen en kaders telkens ontoereikend blijken en de acties om dit op lokaal, regionaal of landelijk niveau aan te pakken achterwege blijven. Juist op zulke momenten zijn investeringen nodig in coalities van bereidwilligen om alternatieve organisatie- en financieringsvormen kritisch tegen het licht te houden en uit te proberen.

Bestuurders geven aan dat ***afspraken over gezamenlijke investeringen in lokaal en regionaal project- en programmamanagement***, gebaseerd op de principes van Triple Aim of Quattro Aim, helpen bij het uitproberen van alternatieve organisatie- en financieringsvormen. In Limburg bijvoorbeeld, waar men een virtuele lumpsum heeft opgezet, zijn de netwerkpartners en de financiers vanaf het begin betrokken bij het formuleren van doelen over de kwaliteit van zorg, het verbeteren van de mentale gezondheid van (een deel van) de bevolking, het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking en over het behoud van tevreden professionals gedurende de transitie (Quattro Aim). Dat vergemakkelijkt het maken van afspraken over projecten en programma's in de regio en de inzet van mensen en middelen hierbij aanzienlijk. ***Projecten en programma's helpen het werk*** dat door de verschillende belanghebbenden verzet moet worden overzichtelijk, fasegewijs te ***structureren***.

Hetzelfde geldt voor het maken van afspraken over het verzamelen van data, waarmee het al dan niet behalen van de gestelde doelen geëvalueerd wordt. Het gaat dan om structureel onderzoek naar de effecten van Triple Aim of Quattro Aim op zowel organisatieniveau als populatieniveau, waarbij de onderzoeksresultaten direct worden teruggekoppeld aan professionals, het management en bestuurders (bij zowel zorgaanbieders als financiers), met het doel om hiervan te leren en verbeterlagen in gang te zetten. Met andere woorden: ***laat zien wat je doet en toon aan dat het werkt***. Zodoende creëert het samenwerkingsverband draagvlak voor en vertrouwen in nieuwe werkwijzen, waarbij goede voorbeelden goed doen volgen. Bovendien wordt het makkelijker om twijfelaars alsnog over de streep te trekken. Het gaat daarbij om strategische communicatie over de geboekte resultaten (in woord en getal) van de 'integrale samenwerking' tussen de 'netwerkpartners' versus de 'verkokerde samenwerking' tussen de oude 'ketenpartners', met als doel om te inspireren en enthousiasmeren en om de verantwoording van de inzet van mensen en middelen, die betaald zijn met gemeenschapsgeld.

Desgevraagd geven bestuurders en wethouders aan dat de ***financiering van de langdurige ggz definitief op de schop*** moet. Integraal samenwerken vraagt volgens hen om integrale zorgprestaties (zie hiervoor) en om integrale financiering en bekostiging daarvan. De voorbeelden uit Utrecht (lump sum voor aanbieders van beschermd wonen) en Limburg (virtuele lump sum voor alle betrokken zorgaanbieders, met de wens om toe te groeien naar populatiebekostiging) spreken volgens hen tot de verbeelding. Zij vinden ook dat landelijke evaluaties over de werking van het zorgstelsel teveel gericht geweest zijn op het al dan niet beheersen van de zorguitgaven op macroniveau, ofwel het zorgstelsel of -systeem, waarbij oorzaken voor kostenstijgingen in de langdurige ggz vooral gezocht worden in de sfeer van controle en beheersing, zoals in onvoldoende volume- en prijsprikkels, onvoldoende inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van zorg, onvoldoende informatie-uitwisseling en inadequaat toezicht. Er wordt naar hun idee te weinig stilgestaan bij de inhoud en praktische uitvoerbaarheid, zoals de toegenomen complexiteit van de langdurige ggz, het beschikbaar komen van beter passend zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en de hogere kwaliteits- en veiligheidseisen daarbij, afgezet tegen de krapte op de arbeidsmarkt, de noodzakelijke investeringen in duurzaamheid en innovatie, de hoge administratieve lasten en de schotten tussen de wettelijke domeinen en financieringsstromen in.

## Opgaven

- Zolang wetswijzigingen uitblijven, voelen de **staf, het management en bestuur** van de zorgaanbieders in de ggz en in het sociaal domein zich genoodzaakt om door te gaan op de ingeslagen weg. Zij zien voor zichzelf vooral een belangrijke taak weggelegd om het effectiever en efficiënter samenwerken aantoonbaar en inzichtelijk te maken.
- **De staf, het management en bestuur** van zorgaanbieders in de ggz en het sociaal domein kunnen naar eigen zeggen nog beter kijken naar de onderlinge verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de betrokken netwerkpartners. Een en ander heeft gevolgen voor de opbouw van zorgprestaties en daarmee de bekostiging en financiering hiervan.
- **De staf, het management en bestuur** moeten meer aandacht hebben voor de productiedruk, privacy kwesties en problemen in de ICT-infrastructuur tussen de netwerkpartners uit verschillende wettelijke domeinen (met afwijkende kwaliteits- en veiligheidseisen t.a.v. behandeling, begeleiding en ondersteuning). Deze onderwerpen krijgen (nog) te weinig aandacht bij het begin van verandertrajecten, maar blijken vaak een ‘bug’ bij het bestendigen van de onderlinge samenwerking in netwerken. Dit risico moet in de ontwerpfase van verandertrajecten al op tafel liggen en beslecht worden, wil men er in een later stadium niet heel veel last van krijgen.
- **Gemeenten** dienen het niveau van algemeen maatschappelijke voorzieningen in buurten en wijken op peil te houden. Dit zijn juist voorzieningen die kunnen bijdragen aan de sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het verdient de voorkeur om te kijken naar gecombineerde voorzieningen voor meerdere kwetsbare doelgroepen.
- **Gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren** dienen bij de inkoop van zorg meer aandacht te hebben voor de handelingsvrijheid van de professionals op de werkvloer, omdat die bijdraagt aan de noodzakelijke flexibiliteit in, coördinatie op en afstemming van het totale zorg- en/of hulpaanbod. Hulpverleners worden zo gestimuleerd om duurdere zorg te voorkomen, zorg te verplaatsen of door andere hulp of ondersteuning te vervangen.
- Zolang wet- en regelgeving nog niet is aangepast, kunnen de **Rijksoverheid, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren** al wel kijken naar een herinrichting van de aanbesteding en contractering, naar zorginhoudelijke en financiële ontschotting op buurt- en wijkniveau, naar filtering aan de voorkant met een maximale inzet op secundaire en tertiaire preventie, naar het verder optuigen van de consultatiefunctie, en naar een optimale doorstroom aan de achterkant door de coördinatie van allerlei gecombineerde woon-zorgvragen van gemeenten, woningcorporaties en zorg- en welzijnsaanbieders te beleggen bij zogenoemde coördinatiepunten (naar een voorbeeld in Limburg). Verder is het al mogelijk om meer te organiseren op basis van vertrouwen en partnerschap, om duurzame samenwerkingsverbanden aan te gaan en gebruik te maken van outputgerichte bekostiging op basis van een (virtuele) lumpsum.
- **De Rijksoverheid** moet bij het aanpassen van de bekostiging en financiering van de langdurige ggz starten met een evenwichtige opbouw van zorgprestaties over de domeinen heen, met daarin aandacht voor een goede afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod. Hierbij moet er meer aandacht zijn voor secundaire en tertiaire preventie en onderlinge dienstverlening zoals consultatie en overleg, omdat het binnen de huidige substelsels van wet- en regelgeving nagenoeg onmogelijk is om dit op touw te zetten of verder op te tuigen.
- Er zijn structurele middelen vanuit de **Rijksoverheid** nodig om transities en transformaties, gebaseerd op innovatie(s) mee te bekostigen. Immers, bij innovaties gaan de kosten per definitie voor de baten uit, en met structurele middelen voorkom je een rem op de ambities en stimuleer je de belanghebbenden goede basisafspraken te maken over doelen, activiteiten en te behalen resultaten. Bovendien val je samen minder makkelijk terug in oude gewoonten of werkwijzen, zoals dat vaak het geval is bij het wegvallen van kortdurende subsidies of tijdelijke financiering. Het helpt als zodanig bij een zorgvuldige implementatie van nieuwe werkwijzen in organisatienetwerken.

## Les 7 – Laat zien wat je doet en toon aan dat het werkt

### Quotes uit het werkveld

*“We doen tussendoor SSIW-modelgetrouwheidsmetingen, want het is natuurlijk een nieuwe schaal, we hebben de F-ACT schaal opgeplust met SSIW-items en items uit de ROPI-R, die over herstel gaat. Zo krijgen we best een goed beeld van hoe we werken, of we vorderingen maken of dat we steken laten vallen. Het gaat natuurlijk om die feedback, zowel voor de teams als voor managers en bestuurders.” (Onderzoeker, Noord-Holland-Noord)*

*“Quattro Aim bood voldoende soelaas om de veranderingen in deze regio periodiek tegen het licht te houden. Daar hebben we vooraf ook afspraken over gemaakt met de gemeenten. We laten nu al enige tijd zien dat de nieuwe coöperatie goed werk verricht en minder kost, daar ben ik blij mee. Het is natuurlijk niet voor niets dat de gemeente Heerlen weer voor drie jaar heeft bijgetekend. Ik hoop dat dit de discussie op landelijk niveau over de financiering ervan ook een duwtje geeft.” (Bestuurder, Zuid-Limburg).*

*“Er is meer onderzoek nodig naar wat werkt in de praktijk. Er is behoefte aan ‘practice-based evidence.’” (Programmamanager, Drenthe).*

### De essentie

Alle vier regio’s doen onderzoek naar de effecten van de nieuwe manieren van integraal, gebiedsgericht werken in de ggz en het sociaal domein. Het onderzoek is erop gericht lokale en/of regionale werkwijzen te evalueren en te verbeteren tijdens de lopende pilots. Het onderzoek is overal net opgestart en staat nog in de kinderschoenen. In de meeste gevallen gaat het om een nulmeting of een eerste vervolgmeting. Met deze zeven lessen is weliswaar een eerste aanzet gegeven om een aantal gemeenschappelijke succes- en faalfactoren bij het samenwerken in nieuwe netwerken bloot te leggen, maar **longitudinaal, multifactorieel en vergelijkend onderzoek** hiernaar **ontbreekt vooralsnog**. Uit de gesprekken is gebleken dat hier om meerdere redenen wel behoefte aan is.

### Toelichting

De op gang gebrachte transformaties in Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg kennen ieder hun eigen ontstaansgeschiedenis en verloop, waardoor de doelen en te behalen resultaten hiervan per regio verschillen. Dat is ook terug te zien in de verschillende manieren van onderzoek doen naar de beoogde effecten, zowel qua reikwijdte als qua instrumentarium. In GGZ Noord-Holland-Noord heeft men bijvoorbeeld de nieuwe SSIW-schaal (Specialisten Samen in de Wijk) ontwikkeld om de eigen zorginhoudelijke en bedrijfsmatige processen periodiek en systematisch tegen het licht te houden. In Drenthe heeft men eigen (kwalitatief en kwantitatief) actieonderzoek opgezet ten behoeve van alle betrokken netwerkpartners. Alhoewel men in de eigen regio veel baat heeft bij de feedback op ingezette veranderingen en eventuele verbeterlagen hierin, blijft de zeggingskracht van het onderzoek beperkt tot die regio alleen en is het **lastig om onderzoeksresultaten te extrapoleren naar elders**. Er is wel belangstelling naar hoe men elders herstelondersteunend werkt, maar goed vergelijken blijft volgens de betrokkenen lastig vanwege de ‘couleure locale’ van de beoogde veranderingen. Tegelijkertijd wil men (vooral op proces- en organisatieniveau) ook niet steeds het wiel opnieuw uitvinden. **Eén valide meetinstrument om meerdere transformaties kritisch tegen het licht te houden** zou dit probleem deels kunnen oplossen, maar dat is niet het enige. Erover in gesprek gaan met elkaar, om ervan te leren en verbeteringen in gang te zetten, is ook belangrijk. De interactieve leersessies uit Drenthe bijvoorbeeld zouden ook kunnen worden ingezet tussen de regio’s onderling. Zo wordt voorkomen dat data blijven liggen en wordt een werkklimaat gecreëerd, waarin onderzoek doen de gewoonste zaak van de wereld is.

De tijd is rijp om **structureel meer data** te verzamelen over de nieuwe integrale en domeinoverstijgende samenwerking tussen partijen in de ggz en het sociaal domein. De zorg- en welzijnspartners, woningcorporaties, gemeenten en overige financiers in Zuid-Limburg bijvoorbeeld, hebben met Onze Regio in Beeld (ORIB) afspraken gemaakt over meer **geïntegreerde dataverzameling over de regio**. Op basis hiervan kunnen er gedegen analyses op buurt- en wijkniveau gemaakt worden.

Hiermee kunnen de netwerkpartners in de wijk veel gericht interveniëren op de verschillende levensdomeinen, zowel qua uitvoering als beleid. Meer regio's zouden volgens de gesprekspartners moeten laten zien wat zij precies doen en aantonen dat het werkt, of niet. Dat helpt bij de ontwikkeling van nieuwe organisatievormen en het gesprek over aanpassingen van wet- en regelgeving en voedt de gesprekken hierover tussen zorgaanbieders, financiers en diverse instituties, zoals het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit. Een andere belangrijke meerwaarde van gericht landelijk onderzoek is, dat naarmate meer data beschikbaar komen over de effectiviteit en efficiëntie van gezamenlijke interventies op buurt- en wijkniveau, hier gericht beleid op gemaakt kan worden. Volgens sommigen wordt dat nu verhinderd door de opdeling van de langdurige ggz in meerdere substelsels (de Zvw, Wmo, Wlz, Wfz en de Jeugdwet) en de opsplitsing van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de netwerkpartners die hieruit volgt. Ervan uitgaande dat professionals er zelf voor zorgen dat zij State of the Art in hun vakgebied blijven, werd de suggestie gedaan om naast de **'evidence-based practice'** meer onderzoek te gaan doen naar wat in de praktijk goed werkt, dus in te zetten op het verzamelen van **'practice-based evidence'**. Het gaat erom innovatieve bewegingen nauwlettend te (blijven) monitoren en hiervan te leren, liefst over langere tijd; longitudinaal en multifactorieel onderzoek lijken hier van toepassing.

Wanneer er een nieuwe onderzoeksagenda ontwikkeld wordt, zou er volgens de betrokkenen uit de vier regio's ook gekeken moeten worden naar een koppeling van verschillende soorten onderzoek. Niet alleen onderzoek vanuit de ggz naar iemands psychische aandoening, diens levensomstandigheden en sociale vangnet zijn van belang, maar ook onderzoek naar zaken als schuldhulpverlening, het voorkomen van huisuitzettingen enzovoort. "Je moet natuurlijk voorzichtig zijn met data. Je kan het niet allemaal zomaar op een hoop gooien, maar zo'n rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving van vorig jaar (aut. RV&S, 2019), over een nieuw soort tweedeling in de samenleving en wie daar het meeste onder lijden, is vrij duidelijk. Daar moet je samen iets mee, dat kan je eigenlijk niet laten liggen. Daar hebben mensen die psychisch lijden ook wat aan." (wethouder, Limburg).

Kenmerkend voor de vier onderzochte regio's is, dat zij **nauwe banden onderhouden met kennisinstituten, universiteiten en hogescholen**. Men wil het liefst toe naar een zogenoemde 'één-loket-functie' voor onderzoek naar zorg en welzijn in de wijk en het structureel monitoren hiervan. Men wil bovendien niet alleen meer data verzamelen, maar ook delen. Dat is niet alleen effectiever en efficiënter, maar brengt ook veel interactie en onderlinge uitwisseling tot stand met andere regio's.

#### Opgaven

- Trek lering uit bestaand praktijkonderzoek. Vijf jaar na de in gang gezette decentralisaties van zorg naar het sociaal domein concluderen diverse onderzoeksinstituten en kenniscentra dat de integrale zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening achterblijft bij de vooraf geformuleerde ambities en doelstellingen. Daarnaast verschenen kritische publicaties van onder andere de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2019) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (2020) over de steeds grotere tweedeling in de samenleving van arm en rijk enerzijds, in relatie tot ziek(er), respectievelijk gezond(er) anderzijds. Terwijl dat onderzoek voldoende aanknopingspunten biedt voor innovaties op het gebied van integraal, gebiedsgericht werken (zoals in Drenthe, Noord-Holland, Zuid-Limburg en Utrecht het geval is) is hier in de praktijk nog te weinig mee gedaan. **Landelijke stakeholders, zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren** dienen zich dit aan te trekken en kunnen ook hun voordeel hiermee doen, als zij nieuwe afspraken maken over domeinoverstijgende samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein.
- Er moet meer aandacht komen voor de kruisbestuiving van kennis en werkervaring tussen innovatieve regio's onderling. Het opzetten van een landelijk kennisnetwerk van best practices draagt hieraan bij. Dit is een gezamenlijke opgave voor **zorgaanbieders, gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren**. De samenwerking met onderzoeksinstituten, universiteiten en hogescholen is hierbij onontbeerlijk.

### Opgaven

- Het onderzoek naar de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening dient uitgebreid te worden. Onderzoeklijnen lijken zich nog te veel te ordenen of rangschikken naar de wettelijke kaders van bijvoorbeeld de Zvw, Wmo en Wlz en minder naar het domeinoverstijgende karakter van deze zorg, om die wettelijke kaders heen. **De Rijksoverheid** dient het initiatief te nemen voor gesprekken hierover met onderzoeksinstituten en kenniscentra.
- Het verdient aanbeveling om de innovaties van gebiedsgerichte ggz in een breder verband tegen het licht te houden, de transformaties hierin structureel te volgen. Weten wat al dan niet werkt gaat dus verder dan alleen metingen op het individuele cliëntniveau. **De Rijksoverheid** dient hier richting aan te geven.

## Tot slot, blijven ademen, volhouden en doorgaan

### Quotes uit het werkveld

*“We kleuren regelmatig buiten de lijntjes ja, zeker wat betreft de consultatie onderling, want we willen als integraal team flexibel blijven opereren. Vooral in de optuigfase hebben we tegen elkaar gezegd: “Laten we het gewoon maar gaan doen, dan ontdekken we vanzelf wat nodig is. Als een psycholoog een behandeling bijvoorbeeld afschaalt, en het gaat vrij snel daarna toch niet zo goed met de cliënt, dan organiseren we twee of drie contactjes vanuit het gebiedsteam en we informeren de huisarts of het sociale wijkteam wat ze kunnen doen. [...] In de praktijk werkt dit heel fijn, maar het is landelijk nog steeds niet goed geregeld. Zo’n eenvoudige manier van samenwerken, zo effectief en efficiënt, maar het toch niet geregeld krijgen, dat is uitermate jammer. Maar we blijven ermee doorgaan, zonder financiering dus, omdat we weten dat het werkt (account- en relatiemanager, Utrecht).”*

*“Ik moest als psychiater echt even schakelen in het begin, die bredere focus van herstelgericht werken was nieuw voor mij. Je zag binnen het team dat iedereen zich een soort van heroriënteerde op zijn eigen vakgebied. Je beseft dat je onderdeel uitmaakt van een veel groter geheel en daar dus zelf maar een kleine schakel in bent, hoe belangrijk die soms ook is. Maar nu zie ik dat ik nog specialistischer kan werken, omdat ik veel kan overlaten aan de collega’s uit andere disciplines. Is soms best nog stoeien hoor, zeker bij complexe problematiek op meer levensdomeinen, maar het gaat me steeds beter af (psychiater, Utrecht).”*

*“We moeten lef blijven tonen en niet bij de pakken neer gaan zitten. We hebben hier al heel wat visite uit Den Haag gehad, Kamerleden, de ambtelijke top van het ministerie, beleidsmakers van gemeenten en verzekeraars. Ze vinden het allemaal indrukwekkend wat hier gebeurt en zien ook wat er nog aan mankeert, maar ze hebben mekaar nog niet gevonden in hoe het anders moet. Wij hebben laten zien hoe het anders kán, maar we hebben we het lef van anderen nodig om het goed te regelen (bestuurder, Zuid-Limburg).”*

Een oude wijsheid leert ons dat de enige constante in een organisatie verandering is. De Griekse filosoof Heraclitus duidde dit met de woorden ‘Panta Rhei’, alles stroomt. In de loop van de tijd zijn hier allerlei varianten op bedacht, zoals ‘slechts verandering is eeuwig’ (in: Boonstra, J., 2020). Die woorden relativiseren en geven spannende verandertrajecten even een net ander gewicht, waardoor ze door belanghebbenden makkelijker te verhapstukken zijn en er na verloop van tijd voldoende draagvlak voor is. Dit geldt ook voor de verandertrajecten in Drenthe, Noord-Holland-Noord, Utrecht en Zuid-Limburg, die in gang gezet zijn om langdurige ggz dichterbij huis aan te bieden en beter te voorzien in de behoeften van mensen met een ernstige psychische aandoening. Deze vernieuwingen gingen niet altijd om grootse of meeslepende veranderingen, als vanzelf disruptief van karakter, maar ook om kleine verbeteringen, die stap voor stap hebben bijgedragen aan veranderingen op de werkvloer. Het kostte alle vier regio’s veel tijd om het herstelgericht werken in en tussen organisaties goed van de grond te krijgen, waarbij de eigen regie van cliënten voorop staat, de vraag van de cliënt te allen tijde leidend is en er gewerkt wordt op basis van onderling vertrouwen tussen de cliënt, diens familie en professionals. Traditionele denkpatronen werden losgelaten en nieuwe attitudes en daarbij passend gedrag aangeleerd. Verder zijn er nieuwe verbindingen gelegd tussen de ggz en het sociaal domein, tussen afdelingen en organisatieonderdelen bij de netwerkpartners onderling, tussen zorgaanbieders en financiers, enzovoort. Vaak is ervoor gekozen om bij het innoveren de expertise van eigen medewerkers in te zetten. Bijkomend voordeel van deze ‘bottom-up strategie’ was het brede draagvlak voor de beoogde nieuwe samenwerking. De ervaring in deze vier regio’s leert dat dit continue aandacht en onderhoud behoeft, omdat er gedurende het (ver)bouwen gemakkelijk scheurtjes in het bouw- of metselwerk ontstaan; door het onderhoud is bedrijfsblindheid voorkomen en hebben creativiteit en innovatie aan kracht gewonnen. De investeringen hierin hebben geloond, zo blijkt uit uiteenlopende gesprekken met verschillende betrokkenen, zowel op het niveau van de individuele cliënt, als op het niveau van de integrale, wijkgerichte ggz in zijn geheel. Blijven ademen, volhouden en je niet laten afleiden bleken het mantra in de omgang met de stelselproblematiek(en), weerstanden tegen verandering(en) en conflictsituaties. “We hebben gewoon een goed verhaal samen, want we streven belangrijke maatschappelijke doelen na en zijn waardegedreven bezig.

Soms moeten we net iets harder lopen om het goed te verkopen, het zij zo.” (bestuurder, Utrecht) Er samen van overtuigd dat het anders moest, heeft men de tijd genomen om successievelijk afscheid te nemen van oude gewoonten en ingesleten gedragspatronen; Er was voldoende tijd om de beoogde veranderingen in gang te zetten en verder te ontwikkelen. Nog altijd gaat dat met vallen en opstaan, maar leidt dat niet tot tussentijdse koerswijzigingen; De veranderdoelen en veranderstrategieën zijn nagenoeg ongewijzigd gebleven.

In de vier regio's is hebben de professionals binnen het nieuwe organisatienetwerk zichzelf doorgaans een vragende, onderzoekende attitude aangemeten, gericht op zelfhulp, eigen regie en peer support. Alhoewel dat niet overal benoemd is, hebben verandermanagement, project- en programmamanagement en competentie management ertoe bijgedragen dat de werkvloer zich binnen het relatief nieuwe netwerk kon vereenzelvigen met de gezamenlijke doelen en activiteiten van de betrokken organisatie(s). Door identiteitskwesaties bewust aan te kaarten en conflicterende waarden tussen deelnemende (moeder)organisaties onderling te bespreken, is er ruimte gecreëerd voor identificatie met het nieuwe organisatienetwerk. Er is met behulp van bestaande en beproefde methoden en technieken, zoals intervisie en supervisie, intercollegiaal overleg en casuïstiekbesprekingen aandacht besteed aan bewust en onbewust gedrag, beïnvloedingsstijlen, situationeel veranderen en persoonlijk leiderschap. Hierdoor lukt het medewerkers steeds beter om proactief namens het nieuwe samenwerkingsverband de boer op te gaan, terwijl zij zich hier aanvankelijk gereserveerd in opstelden. Het heeft hen naar eigen zeggen geholpen om uit de rol van toeschouwer te stappen of in een later stadium juist door te gaan op de ingeslagen weg. Hetzelfde geldt voor het reflectievermogen op het eigen gedrag en performance en de onderlinge verhoudingen. Dat is gegroeid naarmate men meer ging samenwerken en er meer vertrouwen ontstond in het nieuwe netwerk – het nieuwe ‘wij’. Het heeft bovendien geholpen dat hier op meer organisatieniveaus structureel aandacht voor is geweest. Er is volgens het midden- en hoger management meer voor nodig dan alleen zo nu en dan de thermometer erin steken; Het goede onderlinge gesprek hierover tussen de betrokken stakeholders moet periodiek gepland en adequaat gefaciliteerd worden. “Zo hou je mekaar scherp, en blijf je dicht op de veranderdoelen zitten, dat stimuleert.” (Onderzoeker, Noord-Holland-Noord)

Alhoewel er tijdens de gesprekken weinig is gesproken over het type leiderschap dat nodig is bij grote verandertrajecten, is hier indirect wel uit af te leiden dat het om een belangrijke variabele gaat. Het is gegaan over lef hebben, de kop boven het maaiveld durven uitsteken, focus aanbrengen, prioriteiten stellen, durven loslaten, minder in control zijn, ruimte bieden aan professionals, laveren tussen begeleidings- en beïnvloedingsstijlen, enthousiasmeren en motiveren en het aan de dag leggen van de benodigde creativiteit en flexibiliteit. Dat zijn de leiderschapskenmerken of -stijlen die er bij innovaties kennelijk toe doen. Strategisch (verander)management gericht op verdere organisatieontwikkeling gaat daarbij verder dan de optelsom van kwaliteitsmanagement, hr-management, informatiemanagement, kwaliteitsmanagement, financieel management en marketing- en performancemanagement. In Drenthe, Limburg, Noord-Holland en Utrecht zag men zich genoodzaakt om eerst opnieuw naar cliënten met een ernstige psychische aandoening te kijken, hun behoeften opnieuw te definiëren en te kijken in hoeverre de bestaande zorg- en dienstverlening daar nog op aansloot. Men moest als het ware terug naar de tekentafel, voordat bepaald werd hoe en met wie de nieuwe klus geklaard ging worden. De verschillende soorten aansturing daarna van (onderdelen van) de nieuwe organisatienetwerken laten zich het best samenvatten als situationeel leiderschap, waarbij er afhankelijk van de taakvolwassenheid van medewerkers in uiteenlopende contexten gekozen wordt voor instrueren, coachen, motiveren of delegeren. Dit past goed bij de diversiteit aan deelnemende partijen binnen de nieuwe netwerken en eventuele verschillen hiertussen qua organisatieontwikkeling.

De opbouw en ontwikkeling van een goed geoliede wijkinfrastructuur ziet er in de vier onderzochte regio's heel verschillend uit. Er is gekozen voor een stapsgewijze aanpak die past bij lokale of regionale omstandigheden. Mogelijke conflicten over bijvoorbeeld gemeenschappelijke doelen en activiteiten, diverse deelbelangen of de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft men zoveel mogelijk proberen te voorkomen. En als dit niet lukte, waren er escapes en/of escalatieladders. Medewerkers konden in zulke gevallen terecht bij hun hiërarchisch leidinggevende (verticale escalatieladder) of bij de collega's uit de eigen discipline die elders werkzaam zijn (horizontale escalatieladder).

Stoom afblazen hielp dan en had een functie, namelijk op adem komen, er nog eens goed over nadenken en dan met nieuw elan samen aan de slag. “Je moet er wel in blijven geloven natuurlijk, ook al loopt het niet altijd even soepeltjes. Weet je, waar mensen werken worden fouten gemaakt, zo simpel is dat. Je kan het ook niet altijd met elkaar eens zijn, maar dan is het wel goed dat je er met elkaar over praat. Lukt dat even niet, dan is het goed om het een en ander op een professionele manier te problematiseren of, in the end, op te schalen naar degenen die de knopen kunnen doorhakken” (programmamanager, Utrecht).

Als gekeken wordt naar de condities, waaronder integrale, wijkgerichte ggz-zorg beter van de grond kan komen, ontkomen de betrokkenen in de vier innovatieve regio's er naar eigen zeggen niet aan om ook te kijken naar de benodigde aanpassingen van wet- en regelgeving. Wie het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 – 2022 erbij pakt, komt tot de conclusie dat het onvoldoende gelukt is om binnen de werking van het huidige zorgstelsel en substelsels een aantal belangrijke afspraken hierover na te komen. “We krijgen er de handen nog niet voor op elkaar, terwijl we weten dat de zorg er echt beter van wordt” (bestuurder, Drenthe). Dat heeft ertoe geleid dat men op uiteenlopende wijze, en met wisselend succes, is gaan experimenteren met interventies, andere manieren van samenwerken en financieren. Desgevraagd zeggen diverse betrokkenen veel gehad te hebben aan de onderlinge steun om desondanks door te gaan met innoveren en de verleiding te weerstaan om terug te vallen op conventionele werkwijzen.



## Bibliografie

### Literatuur

Bennebroek Gravenhorst, K. (2018). Omgaan met weerstand, visies, context en tactieken, in: Boonstra, J., et al. (2018), Perspectieven op veranderen, hst. 7, Vakmedianet, Deventer, pp 225-254.

Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (ggz) 2019 t/m 2020 (2018). Toekomstbeeld/ ambitie voor de GGZ. Nederland: GGZ Nederland, Mind landelijk platform, Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten, Nederlands Instituut van Psychologen, Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en pedagogen, Platform MMERGGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, InEen vereniging voor eerstelijnsorganisaties, Federatie Opvang, RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland & De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>

Bos, Y., Horst, S. ter, Kemp, W., Molenaar, E., Rijff, L., Smit, P., Ubels, J. & Veenstra, G. (2016). Wat willen mensen die in zorg zijn eigenlijk?... Impressie van wensen en behoeften van mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid in Drenthe. Assen, Nederland: Optimaal Leven Drenthe.

Bouwman, J., Hoof, F. van, Erp, N. van & Muusse, C. (2014). Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trendrapportage GGZ, themarapport. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Bouwman, J., Hulsbosch, L., Knispel, A., Kroon, H., Lange, A. de, Michon, H. & Oud, M. (2018). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Bouwman, J., Hulsbosch, L., Knispel, A., Kroon, H., Lange, A. de, Michon, H. (2019). Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met ernstige psychische aandoeningen - Bevindingen panel Psychisch Gezien 2019 Deelonderzoek 3 - Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

MIND cliëntenpanel (2019), Resultaten achterban raadpleging diagnostiek, Geraadpleegd van [https://mindplatform.nl/media/5368/download/Rapport%20achterbanraadpleging%20diagnostiek\\_publicatie.pdf?v=1](https://mindplatform.nl/media/5368/download/Rapport%20achterbanraadpleging%20diagnostiek_publicatie.pdf?v=1)

Couwenbergh, C., Winter, L. de, Oudejans, S. (2019). Verbeteren van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Landelijke lessen en best practices uit de taskforces EPA voor regionale samenwerking van de ggz en het sociaal domein gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht, Nederland: Kenniscentrum Phrenos.

Couwenbergh, C., Winter, L. de, Harmsen, K., Oudejans, S. (2019). Een routekaart voor het opzetten van regionale samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein voor herstel en burgerschap van mensen met een ernstige psychische aandoening. Utrecht, Nederland: Kenniscentrum Phrenos.

Couwenbergh, C.P.G. & Weeghel, J. Van & projectgroep (2014). Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht, Nederland: Kenniscentrum Phrenos.

Couwenbergh, C.P.G. & Weeghel, J. van (2020). Voorkómen van stagnatie van herstel en chronische problemen bij patiënten in de ggz. Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62, 18-26.

Cristofoli D., M. Menneguzzo en N. Riccucci (2017). Collaborative administration: the management of successful networks. *Public Management Review* 19, 03. 3:275 - 283. Idenburg A., Paris C., Oosterhof P., Koldewijn M. (2020) laat de knikkers niet het spel dicteren: financiering van netwerksamenwerking in Regio Zwolle. Samen Werken, samen betalen? Over de kostiging van opgaven in maatschappelijke netwerken, Raad voor het Openbaar Bestuur.

Dannenbergh, E., Allers, A., Doornhof, H., Haan, G., de., Wolf, J. (2015), Van Beschermd Wonen naar een Beschermd Thuis, Advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen, in opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten. Geraadpleegd van [https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen\\_20151109.pdf](https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf)

Delespaul, Ph., & De Consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.

De Nederlandse GGZ (2020). Geestelijke gezondheidszorg: op maat én op tijd. Input verkiezingsprogramma's en contourennota VWS. Utrecht, Nederland.

Diekman, W., Kemp, W., Ouden, R. den, Smit, B., Smit, P., Toering, T., drie Optimaal Leven teams, Supportgroep leden & afdelingen control van Cosis, GGZ Drenthe en VNN (2020). Optimaal Leven teams, het derde jaar. Praktijkevaluatie. Optimaal Leven Drenthe, samenwerkingstraject zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Assen, Nederland: Optimaal Leven Drenthe. Geraadpleegd van <https://optimaallevendrenthe.nl/documentatie>.

Dijk, N., Jansen, P., Looman, M. & Lubbes, E. (2020). Zorg in de wijk voor mensen met EPA. Den Haag, Nederland: Bureau HHM.

Doevendans, P., Deuten, J., Triest, N. van, Corel, A., Fokkema, M. (2020). Organisatienetwerken van Waarde. Een voorstudie naar het functioneren en de toekomst van organisatienetwerken in het maatschappelijk domein.

Hoof, F. van, Hulsbosch, L., Knispel, A., Kroon, H., Lange, A. de, Michon, H., Muusse, C., Place, C., Planije, M., Vugt, M. van (2016). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, Hulsbosch, L., Knispel, A., Kroon, H., Lange, A. de, Michon, H. (2017). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, Knispel, A., Kroon, H., Nuijen, J. (2016). Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van, Knispel, A., Kroon, H., Rijen, S. van. (2016). Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verkenning van praktijkvoorbeelden. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Inspectie der Rijksfinanciën (2020). Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, brede maatschappelijke heroverweging. Ministerie van Financiën. Den Haag, Nederland.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). Goede zorg in zorgnetwerken. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. Den Haag, Nederland.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). Toezicht op de ambulante ggz voor cliënten met chronische psychische aandoeningen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. Den Haag, Nederland.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2020). Meer samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronisch psychische aandoeningen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport. Den Haag, Nederland.

Kemp, W. & Nagelhout, D. (2014). De Zandloper. Leiderschap in Tijden van Transitie. Zoetermeer, Nederland.  
Kenis, P., Cambré, B. (2019). Organisatienetwerken. De organisatievorm van de toekomst.  
Korevaar, L. & Wester, F. (2012). Wmo-werkplaats Groningen-Drenthe 2009-2012. Eindrapport. Groningen: Hanzehogeschool, Lectoraat Rehabilitatie.

Lange, A. de, Michon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L. & Kroon, H. (2019). Maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Factsheet panel Psychisch Gezien. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Lange, A. de, Michon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L. & Kroon, H. (2020). Impact van de coronacrisis op mensen met ernstige psychische aandoeningen. Factsheet panel Psychisch Gezien. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut.

Meinema, T. (2018). Mens tussen de mensen. Handboek GGZ in de wijk. Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.

Meulen, M. van der (2020). Optimaal leven in Drenthe: de kracht van samenwerking. Hoe verbeter je de kwaliteit van leven met langdurige psychische kwetsbaarheid? Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/artikel/optimaal-leven-drenthe-kracht-samenwerking>.

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 55 (6), p 427-438.

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2019), Blijk van vertrouwen, anders verantwoord van goede zorg, via <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen--anders-verantwoorden-voor-goede-zorg>.

Vektis, Factsheet ernstige psychische aandoeningen, Geraadpleegd van <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>

Vermaak, H. (2018). Veranderstrategieën, vuistregels en valkuilen bij het situationeel kiezen van een aanpak, in: Boonstra, J., et al. (2018), Perspectieven op veranderen, hst. 4, Vakmedianet, Deventer, pp 113-154.

Van Weeghel, J., & Delespaul, (2020), Epiloog, in: Mulder, N., van Weeghel, J., Delespaul, Ph., e.a. (2020) Netwerkpsychiatrie, Preventie, behandeling en herstel bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, Utrecht, Boom de Tijdstroom , pp 403-414

Winter de , L. Bergmans, C. Couwenbergh, C., Weeghel van, J. (2020). Individuele Plaatsing en Steun (IPS) in Nederland: Stand van zaken binnen de praktijk en onderzoek. . Tijdschrift voor Participatie en Herstel 3.

Witte de, M., Jonker, J. (2014). De kunst van veranderen. Bewegen naar de kern.

## Andere bronnen – naslagwerk, vertrouwelijk, intern

### **Cosis, GGZ Drenthe, VNN, Optimaal Leven Drenthe**

Actieplan Optimaal Leven Drenthe 2020  
Basisdocument onderzoek Optimaal Leven Drenthe 2018 – 2020  
Herstel ondersteuningsplan  
Integrale (financiële) verantwoordingen Optimaal Leven Drenthe afdeling control  
Notitie doorbraaksessies Elektronisch Patiënten Dossier 2018  
Notulen stuurgroep vergaderingen 2019 – 2020  
Overzicht urencoderingen niet-cliëntgebonden activiteiten medewerkers teams 2019 - 2020  
Plan van Aanpak programma Optimaal Leven Drenthe 2019 – 2020  
Rapportage Dialoogsessies  
Samenwerkingsovereenkomst Cosis, GGZ Drenthe, VNN  
Scenarioplanning 2021 en verder  
Verslaglegging actie leer sessies teams 2018 - 2020

### **GGZ Altrecht, Lister, Kwintes – gebiedsgericht werken Utrecht**

Evaluatie proeftuinen Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht 2018  
Praktijkgericht onderzoek ‘hulpverlening in de wijk voor mensen met ernstige psychische aandoeningen’ – naar de proeftuinen wijkgerichte GGZ in Utrecht, Woerden en Zeist 2016  
Proeftuinen Utrecht Taskforce EPA, plan van aanpak 2016  
Rapportage gebiedsteams ggz, Utrecht Stad en Lekstroom 2019  
Samenwerking gebiedsteam ggz en Basiszorg Utrecht Overvecht 2020  
Veranderplan gebiedsgericht werken definitief 2018  
Voortgangsnotitie Gebiedsteam GGZ 2018

### **GGZ Noord – Holland Noord**

De reis naar herstel, actieplan GGZ NHN naar 30% meer herstel  
Over de start, rapportage startmeting Specialisten Samen in de Wijk  
Presentatie vervolgmeting Specialisten Samen in de Wijk en procesevaluatie  
Powerpoint werkbezoek GGZ Rivierduinen SSIW  
Samenvatting procesevaluatie Specialisten Samen in de Wijk

Startdocument Specialisten Samen in de Wijk

Vragenlijst Specialisten Samen in de Wijk

### **Levantogroep, GGZ Mondriaan en VGZ, de Nieuwe GGZ en Stand-By in Zuid-Limburg**

Ambitiedocument instellingen Zuid-Limburg i.v.m. DNG definitief 2019  
Coöperatie DNG Zuid-Limburg 2019 definitief  
Evaluatie Heerlen Stand-by 2017 & 2018  
Good governance in de praktijk  
Heerlen Stand-by presentatie  
Krachtenbundeling Maastricht  
Plan van aanpak krachtenbundeling  
Pragmatische GGZ (DPG) ambitiedocument van de nieuwe GGZ vertaald naar adequaat inrichtingsvoorstel van het primaire GGZ-proces in de pilots (2019)  
Presentatie samenwerkingsinitiatieven situatie Zuid-Limburg (2020)  
Samenwerkingsovereenkomst De Nieuwe GGZ 2017  
Stip op de horizon, inhoudelijke scenario's 2020 en verder  
Taakverdeling binnen samenwerkingsverband

## Websites

<https://www.altrecht.nl/wat-bieden-wij/gebiedsgericht-werken/>  
<https://www.jaapboonstra.nl/blog/panta-rhei/>  
<https://www.cosis.nu/alles-over-cosis/actueel/nieuws/staatssecretaris-blokhuis-enthousiast-over-programma-optimaal-leven>  
<http://www.denieuweggz.nl/>  
<https://www.enikrecoverycollege.nl/>  
<https://ggzdrenthe.nl/optimaalleven>  
<https://www.ggz-nhn.nl/site/verwijzers/GGZ-teams-en-GGZ-regiotteams.html>  
<https://www.ggz-nhn.nl/Herstelwerkplaats>  
<https://www.heerlenstandby.nl/>  
<https://www.levantogroep.nl/>  
<https://www.lister.nl/locatie/lister-ambulante-teams-utrecht/>  
<https://optimaallevendrenthe.nl/>  
<https://www.vnn.nl/kennisbank/nieuws/optimaal-leven-teams-assen-emmen-en-hoogeveen>  
<https://www.aedes.nl/artikelen/aedes/vereniging/aedesagenda/aedesagenda.html>  
<https://www.iph.nl/>

## Bijlage I – Lijst deelnemers interviews en spiegelsessies

Bakker, S.	Verpleegkundige	GGZ Altrecht
Blom J.	Persoonlijk begeleider met ervaringsdeskundigheid	Lister
Bongers, B.	Manager GGZ	ZIO (De Nieuwe GGZ)
Boumenjal, B.	Persoonlijk begeleider	Lister
Brinkmann, J.	Lid Raad van Bestuur	GGZ Noord-Holland-Noord
Jacqeline Broere	Begeleider	Lister
Broere, P.	Herstelcoach	GGZ Altrecht
Brouwer, E.	Verpleegkundige	GGZ Noord-Holland-Noord
Donk, J. van der	Trajectbegeleider	WIJ 3.0
Eeden, R. van	Directeur Markt & Innovatie	Kwintes
Fluitman, M.	Wethouder	Gemeente Zeist
Fontijn, R.	Manager GGZ	Levantogroep
Groningen, E. van Emmen	Ambulant begeleider	Cosis, Optimaal Leven
Grunt, L. de	Lid Raad van Bestuur	GGZ Altrecht
Hek, H. van der	Directeur Bedrijfsvoering	GGZ Drenthe
Hogeboom, B.	Lid Raad van Bestuur	Cosis
Holt, H. voor in 't	POH GGZ	Huisartsenpraktijk Emmen
Hoogen-Saleh, T. van der	Lid managementteam	Directie Maatschappelijke ondersteuning, ministerie van VWS
Hooff, I. van	Voorzitter Raad van Bestuur	Kwintes
Hovinga, M.	Directeur Ambulante Zorg	Cosis
Kast, E.	Casemanager	GGZ Altrecht
Kelders, Y.	Bestuurssecretaris	Levantogroep
Kleine, R.	Wethouder	Gemeente Emmen
Klingenberg, B.	Psychiater	GGZ Mondriaan (De Nieuwe GGZ)
Koops, A.	Ambulant begeleider	Abrona (Utrecht)
Kwant, H.	SPV-er	GGZ Altrecht
Lagen, L. van	Verpleegkundig specialist	GGZ Drenthe, Optimaal Leven Emmen
Liesens, H.	Hoofd subregio	Levantogroep Limburg
Meerstra, J.	Verpleegkundig specialist	GGZ Drenthe, Optimaal Leven Assen
Nanning, A.	Manager Trajectbegeleiding	Wij 3.0
Ooijen, M. van	Wethouder	Gemeente Utrecht
Oosting, G. van	Ambulant begeleider	Cosis, Optimaal Leven Emmen
Ouden, R. den	Projectleider	Optimaal Leven Drenthe
Panday, S. N.	Directeur Zorg	VNN
Pietersma, E.	Lid managementteam	Directie Curatieve zorg, ministerie van VWS
Plugge, J.	Ervaringsdeskundige	Cosis, Optimaal Leven Emmen

Polhuys, A.  
Poppinga, L.  
Rooijen, S. van  
Schefman, P.  
Schouw, M.  
Smeets, N.  
Smit, B.  
Toering, T.  
Valk, G. de  
Verspoor, T.

Vink, M.  
Vlieg, H.  
Wubbels, T.

Wullems, S.  
Zuidam, P. van  
Zutphen, P. van

Herstelcoach  
Projectleider  
Senior Onderzoeker  
Voorzitter Raad van Bestuur  
Psychiater  
Zorginkoper  
Projectleider  
Projectleider  
Team Zorgcontractering  
Manager

Beleidsadviseur  
Wethouder  
Welzijnswerker

Gebiedscoördinator  
Strategisch adviseur  
Wethouder

Lister  
Optimaal Leven Drenthe  
GGZ Noord – Holland Noord  
Levantogroep  
GGZ Altrecht  
Zorgverzekeraar CZ  
Optimaal Leven Drenthe  
Optimaal Leven Drenthe  
GGZ Altrecht  
Enik Recoverycollege,  
Utrecht  
Gemeente Utrecht  
Gemeente Assen  
Sedna, Optimaal Leven  
Emmen  
Lister  
Zilveren Kruis  
Gemeente Heerlen