

GGZ NHN *in*

VER
ANDE
RING

The title 'VERANDE RING' is rendered in large, bold, multi-colored letters. The letters are arranged in three rows: 'VER' on top, 'ANDE' in the middle, and 'RING' on the bottom. Each letter is a different color: V (green), E (yellow-green), R (purple), A (blue), N (orange), D (pink), E (cyan), R (purple), I (green), N (yellow), and G (red). Small black silhouettes of people are placed around the letters to provide a sense of scale. One person stands next to the 'E' in 'VER', another points towards the 'R'. Two people stand between the 'A' and 'N' in 'ANDE'. One person stands next to the 'R' in 'RING', and another stands next to the 'G'.

*op weg naar een op herstel
gerichte praktijk*

Jos Brinkmann, Lucretia d’Fonseca,
Jaap van der Stel *(redactie)*



GGZ NHN *in*
VERANDERING

*op weg naar een op herstel
gerichte praktijk*



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5	
Inleiding. Achtergrond ssiw.	7	
Deel 1	Context	15
Hoofdstuk 1	Maatschappij en ggz: trends en thema's	17
Hoofdstuk 2	Ggz-beleid in de onvoltooid verleden tijd	25
Hoofdstuk 3	Cliënten en cliëntenparticipatie	33
Hoofdstuk 4	Specialisten samen in de wijk, een integraal verhaal	41
Hoofdstuk 5	GGZ NHN: herstelondersteunende zorg, een visie met consequenties	47
Deel 2	Veranderingsproces	53
Hoofdstuk 6A	Organisatie: jeugdzorg, een vreemde eend in de bijt?	55
Hoofdstuk 6B	Organisatie: volwassenenzorg	63
Hoofdstuk 7	Cliënten	73
Hoofdstuk 8A	Medewerkers: leren om het verschil te maken	83
Hoofdstuk 8B	Medewerkers: nut en noodzaak van expertnetwerken	91
Hoofdstuk 8C	Medewerkers: tevredenheid en duurzame inzetbaarheid	99
Hoofdstuk 9	Financiën en bedrijfsvoering	111
Hoofdstuk 10A	Extern: de zorg- en veiligheidsregio Noord-Holland Noord	123
Hoofdstuk 10B	Extern: specialisten werken samen in één team	131
Tot slot. Conclusies en nabeschuiving	139	
Woorden van dank	147	
Afkortingen	148	
Auteurs	150	

*Wanneer je je reis naar Ithaka aanvangt,
bid dan dat de weg lang mag zijn,
vol avontuur, rijk aan stof tot kennis.*

Konstantinos Kavafis, 1911

VOORWOORD

Ithaka is mijn lievelingsgedicht. Een van de weinige gedichten die ik regelmatig herlees. Toen ik de hoofdstukken doorlas die opgenomen zijn in dit boek moest ik aan dit gedicht denken.

GGZ Noord-Holland-Noord is een organisatie waar ambitieuze en innovatieve mensen werken die echt stappen willen zetten richting het Ithaka van de zorg; het realiseren van onze maatschappelijke opdracht. Namelijk: het bijdragen aan het herstelproces van mensen met psychische kwetsbaarheid en aan een inclusieve samenleving.

In een context die steeds verandert, noem het die vaak woeste zee waar Odysseus over voer, hebben vele mensen samen het lef gehad om een nieuwe koers in te slaan, eilanden te verkennen die nog niet verkend waren, misschien nog niet eens ontdekt.

Dit boek vertelt over de avonturen die de afgelopen jaren binnen GGZ NHN zijn opgedaan tijdens die reis... We hebben Ithaka nog lang niet bereikt. Maar onderweg hebben we wel veel beleefd en een rijkdom aan kennis opgehaald die we graag met jullie delen. Om zo weer samen verder te komen.

Veel leesplezier,

Elsbeth de Ruijter

Lid raad van bestuur/psychiater en medereiziger

INLEIDING

Achtergrond ssiw

Na twee jaar van voorbereiding is GGZ Noord-Holland-Noord in september 2017 gestart met Specialisten Samen in de wijk, afgekort ssiw. GGZ NHN was een organisatie waarin goede zorg werd geleverd en herstel werd beschouwd als een gedeeld en gedragen uitgangspunt.

Met de visie 'Beter worden doe je thuis' werden nieuwe zorgmodellen ontwikkeld, zoals Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) in 2003 en Intensive Home Treatment (IHT) in 2011. Bij andere modellen zoals High Intensive Care (HIC) waren wij een (mede-)koploper in de ontwikkeling. De stoornis-specifieke behandeling was goed ontwikkeld, er waren opleidingen van hoge kwaliteit en de inzet van ervaringsdeskundigheid kreeg gestalte. Ook was er een voorzichtige begin gemaakt met de ontwikkeling van digitale zorg. Dit maakte dat GGZ NHN een goede uitgangssituatie had om meer integrale, herstelondersteunende, evidence based en wijkgerichte zorg te organiseren.

Was het dan allemaal optimaal? Nee, het kan altijd beter en er waren ook obstakels binnen GGZ NHN. De herstelvisie en wijkgerichte benadering was in de praktijk gescheiden van evidence based practices, ervaringsdeskundigheid was een groot goed in het ene onderdeel en afwezig in het andere, de ambulante praktijk ontwikkelde zich apart van de klinieken, forensisch was gescheiden van regulier en voor kinderen en jongeren was er zelfs een aparte organisatie. Door deze verdeeldheid werd de kennis onvoldoende gedeeld en ontsloten.

Inzichten over de doelgroep met ernstig psychiatrische aandoeningen, zoals verwoord in *Over de Brug* (2014) en veranderingen in echelonering van de ggz (poh, gbggz en sggz) gaven aanleiding tot een fundamenteel andere aanpak binnen GGZ NHN: een geïntegreerde, specialistische behandeling. De voormalige F-ACT-teams en specialistische centra werden samengevoegd. Op die manier ontstonden er 18 nieuwe ambulante, specialistische ggz-teams, elk met een overzichtelijk werkgebied van ongeveer 35.000 inwoners en gemiddeld grofweg 300-400 cliënten. Naast deze ggz-teams zijn er ggz-regioteams voor ouderenzorg (Frailty) en voor PEA: persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en ADHD. Met het opheffen van de specialistische centra en F-ACT-teams werd het borgen van specialistische kennis een belangrijk vraagstuk. Daarvoor zijn er eind 2017/begin 2018 expertnetwerken opgericht, o.l.v. lead experts, die tot doel hebben de specialistische kennis up-to-date te houden en te delen met collega's in alle teams en divisies (Keet et al., 2016).

Deze verandering heeft plaats gevonden vanaf 2017 onder de naam Specialisten Samen in de Wijk (ssiw) en kan beschouwd worden als een verandering in de structuur waarin zorg geboden wordt. We hebben in de Nederlandse ggz veel richtlijnen en zorgstandaarden die aangeven welke hulp er zorginhoudelijk geboden zou moeten worden. Maar over de manier waarop en hoe dat in de praktijk in een systeem van ggz het best gestalte kan krijgen is nog veel onbekend (Van Os, 2021) en bestaat in de sector zeker geen consensus. We zien in andere disciplines, zoals de oncologie, dat de kenniscyclus over wat werkt veel beter op orde is dan in de ggz (Van der Stel, 2022). Gebrek hieraan hindert de progressie in de ggz en maakt haar kwetsbaar voor ingrepen van buitenaf. Gevolg is dat het organiseren en inrichten van de zorg overgelaten wordt aan de overheid, waarbij keuzes meer op grond van politiek ('marktwerking') dan op wetenschap gebaseerd zijn. Bovendien worden deze keuzes meestal niet goed geëvalueerd en leiden niet zelden tot onbedoelde effecten van beleid (Denys, 2020, Van Os, 2021).

Al met al betekende ssiw een ingrijpende organisatieverandering om mensen met ernstige psychische aandoeningen in hun eigen omgeving te ondersteunen bij hun hersteltraject met een geïntegreerde, specialistische behandeling. Deze verandering is uitgewerkt in vijf uitgangspunten voor ssiw:

1. Geïntegreerde, herstelgerichte behandeling in aansluiting op de capaciteiten en hulpbehoefte van de cliënt.
2. Doelgerichte en doelmatige behandeling met bijbehorende behandelplancyclus.
3. Flexibele inzet van de expertise die aanwezig is.
4. Onderlinge verbinding en samenwerking tussen divisies en teams.
5. Samenwerking met externe partners om gezamenlijk vorm te geven aan de zorg voor cliënten in de wijk.

EVALUATIE

Bij de start van ssiw is besloten om het implementatieproces te volgen en te evalueren met als hoofdvraag: zijn de doelen bereikt voor wat betreft de organisatie, de cliënten en de medewerkers en in hoeverre slagen we erin om de geformuleerde uitgangspunten voor ssiw te realiseren? We vonden dit belangrijk omdat veel reorganisaties of aanpassingen in werkwijzen in de ggz niet of slechts zelden (goed) worden geëvalueerd en de effecten in kaart worden gebracht.

Om de hoofdvraag te beantwoorden hebben we een gecombineerde proces- en uitkomst evaluatie gedaan, bestaande uit verschillende onderdelen en hebben we ons gebaseerd op impressies en ervaringen van betrokkenen. Er is een kwalitatief onderzoek opgezet bestaande uit een interne procesevaluatie (organisatiebreed). Daarnaast zijn ssiw-metingen bij de ggz-teams en regioteams gehouden aan de hand van een ssiw-fideliteitschaal, een modelgetrouwheidsschaal op basis van de genoemde vijf uitgangspunten voor ssiw. De resultaten van deze evaluaties zijn gepubliceerd in het eindrapport Specialisten Samen In de Wijk (Van Rooijen, 2022). Daarnaast is een kwantitatief intern onderzoek verricht naar de behandelresultaten. Hierover is een aparte rapportage in voorbereiding (Engelsbel, 2022).

Verder vond eind 2020 een onderzoek plaats onder ambulante cliënten en een aantal familieleden, via zogenoemde panelgesprekken en interviews. Op deze manier werden cliënten en familieleden in de gelegenheid gesteld hun ervaringen te delen over de hulpverlening van GGZ NHN. Hiervan is een separaat onderzoeksverslag gemaakt (Van Rooijen & Van Dijk, 2019).

Naast de hier genoemde kwalitatieve onderzoeken en evaluaties is ook gebruik gemaakt van kwantitatieve onderzoeken en beschikbare bronnen om andere gegevens te benutten voor de evaluatie. Het medewerkersonderzoek van Effectory is uitgevoerd zowel voorafgaand aan de implementatie van ssiw als twee jaar na de start (2016 en 2020). Andere bronnen die gebruikt zijn bestaan uit databestanden van GGZ NHN, bijvoorbeeld over ziekteverzuim, financiële resultaten, behandelduur en verloop.

Voor effectmetingen bij cliënten is gebruik gemaakt van ROM-data die zijn gemeten voor aanvang van ssiw en na aanvang van ssiw. Hierbij is gekeken naar de behandel-effecten voor zowel de groep cliënten die kortdurend als langdurend in behandeling zijn bij GGZ NHN (Engelsbel, 2022). Een geïntegreerde samenvatting van het ssiw-onderzoek zal in een aparte publicatie verschijnen (Nugter, 2022).

OPBOUW VAN DIT BOEK

Het boek beantwoordt de hoofdvraag: zijn de doelen bereikt voor wat betreft de organisatie, de cliënten en de medewerkers en in hoeverre slagen we erin om de geformuleerde uitgangspunten voor ssiw te realiseren?

De beantwoording van deze vraag vindt plaats in twee delen: deel 1 bevat een beschrijving van de context van de ggz waarin de veranderingen hebben plaatsgevonden en deel 2 beschrijft het veranderingsproces zelf. In het eerste deel wordt de context van de ggz beschreven aan de hand van vijf onderwerpen:

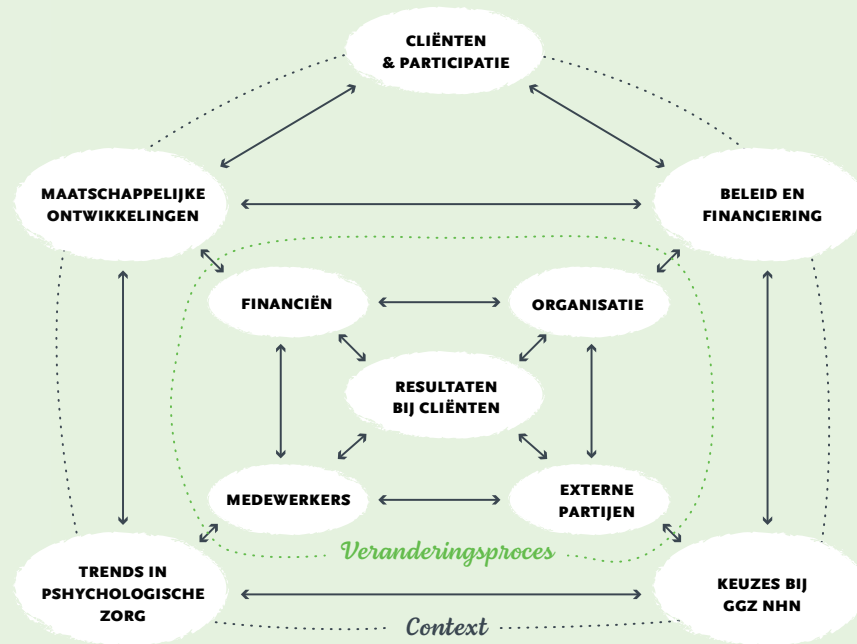
1. **Maatschappij en ggz:** algemeen maatschappelijke trends en ontwikkelingen voor zover relevant voor het inzichtelijk maken van de context waarin GGZ NHN opereerde.
2. **Ggz-beleid:** veranderingen in organisatie, inrichting en financiering van de psychische gezondheidszorg.
3. **Cliënten en participatie:** ontwikkelingen binnen en buiten de psychische zorg over gezondheid en welzijn, eigen regie, visie op herstel, zelfredzaamheid veerkracht, participatie en de rol van ervaringsdeskundigen.
4. **GGZ NHN:** de specifieke ontwikkelingen die bij GGZ NHN vóór het veranderingsproces hebben plaatsgevonden en de keuzes die bij GGZ NHN zijn gemaakt die het veranderingsproces mogelijk maakte.
5. **Visieontwikkeling:** Herstelondersteunende zorg, een visie met consequenties.

Het hart van deze publicatie is de beschrijving en evaluatie van het veranderingsproces dat bij GGZ NHN heeft plaatsgevonden. Dat is het tweede deel van deze publicatie en ook dat beschrijven we aan de hand van vijf onderwerpen.

1. **Organisatie:** hoe heeft de organisatie zich ontwikkeld? Hierbij wordt onderscheid gemaakt in jeugd en volwassenen.
2. **Cliënten:** welke veranderingen (resultaten) hebben plaatsgevonden bij cliënten en hun naasten?
3. **Medewerkers:** wat heeft het veranderingsproces voor gevolgen gehad voor de medewerkers, hun professionele identiteit en kwalificaties? Hier worden verschillende onderwerpen behandeld: leren en kennis delen, nut van kennisdelen en tevredenheid van medewerkers met hun werk voor en na ssiw.
4. **Financiën en bedrijfsvoering:** wat weten we over belangrijke parameters voor en over de kostenontwikkeling bij GGZ NHN gedurende en/of door het veranderingsproces?
5. **Extern:** welke veranderingen hebben plaatsgevonden (in relatie tot) externe partners, instanties, overheden en financiers? Hier gaat het in het bijzonder ook om ontwikkelingen bij huisartsen, gemeenten, politie en ziekenhuizen.

CONCEPTUEEL MODEL

De onderwerpen die in deel 1 en deel 2 worden besproken, zijn in samenhang gebracht in onderstaande figuur dat we hanteren als conceptueel model voor de beschrijving en evaluatie van ssiw in dit boek.



Conceptueel model voor de opbouw van dit boek.

Bij elkaar kunnen we ons op grond van de beantwoording van deze vragen een beeld vormen van de betekenis (het nut) van de veranderingen die bij GGZ NHN hebben plaatsgevonden. Daarover worden in het afsluitend hoofdstuk een samenvatting en conclusies geformuleerd.

REFERENTIES

Couwenbergh, C., & Van Weeghel, J. (2014). *Over de Brug*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Denys, D. (2020). *Het tekort van het teveel*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.

Engelsbel, F. (2022). *Een pre-post onderzoek naar het effect van ssiw op behandeluitkomsten van cliënten*. Interne publicatie GGZ NHN

Keet, R., d'Fonseca, L., & Dhondt, T. (2016). *Het geïntegreerd Behandelkader van GGZ Noord-Holland-Noord*. Interne publicatie.

Nugter, A. (2022). *Geïntegreerde samenvatting van het ssiw-onderzoek*. Interne publicatie GGZ NHN (in voorbereiding).

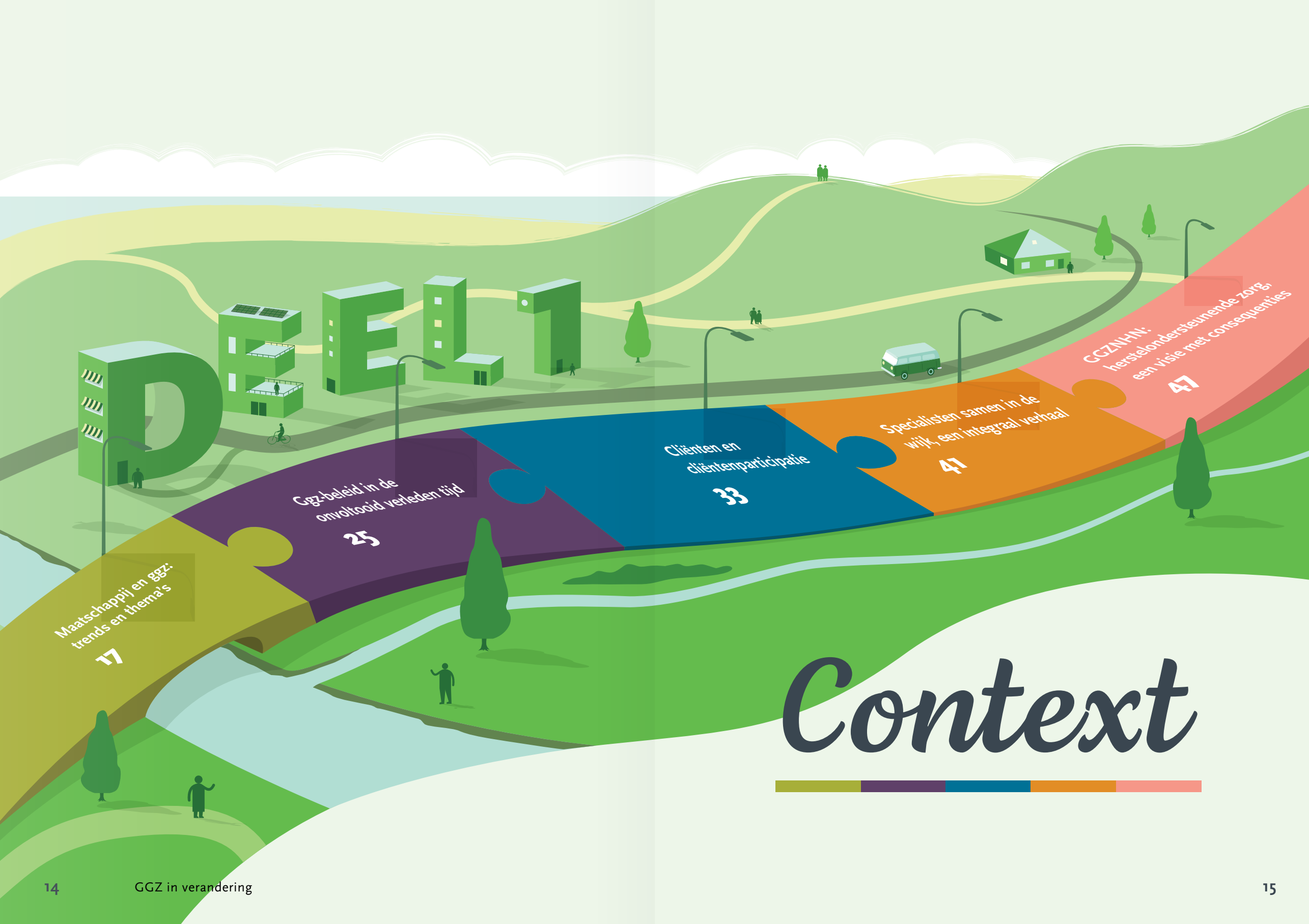
Van Os, J., & Spronsen, M. van (2021). *We zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Tiel: Lanno Campus.

Os, van J., & Delespaul, P. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 96-104.

Rooijen, S. van (2022). *Specialisten Samen in de Wijk. Een lerend proces. Eindrapportage procesonderzoek ssiw*. Interne publicatie GGZ NHN.

Rooijen, S. van & Dijk, M. van (2019). *Procesevaluatie Specialisten Samen In de Wijk*. Interne publicatie GGZ NHN.

Van der Stel, J. (2022). *Is verslaving een ziekte? En 25 andere vragen in de psychiatrie*. Zutphen: Walburgers.



DEELT

Maatschappij en ggz:
trends en thema's
17

Ggz-beleid in de
onvoltooid verleden tijd
25

Clënten en
cliëntenparticipatie
33

Specialisten samen in de
wijk, een integraal verhaal
41

GGZINH: herstelondersteunende zorg
een visie met consequenties
47

Context





HOOFDSTUK 1

Maatschappij en ggz: trends en thema's



Jaap van Weeghel

Psychische aandoeningen komen overal ter wereld veel voor, dus ook in ons land. In 2009 bleek dat ruim vier op de tien Nederlanders op enig moment in het leven aan de criteria van een psychiatrische diagnose voldeed. Destijds was dit een opzienbarend gegeven. Op jaarbasis had bijna twee op de tien Nederlanders (18%) een psychische aandoening.

Vrouwen, jongvolwassenen, mensen met een lage opleiding of inkomen, en mensen die lichamelijk ziek werden of vervelende gebeurtenissen meemaakten, liepen de grootste risico's (De Graaf et al., 2012). In de totale populatie zocht op jaarbasis 6,2% hulp in de ggz. Hierin hebben zich in de afgelopen 15 jaar geen grote veranderingen voorgedaan. Wel zal de Covid-pandemie tot hogere prevalentie en incidentie leiden. Verder kampt een groep mensen met een ernstige psychische aandoening: persisterend verloop, ernstige beperkingen en behoefte aan integrale zorg (Delespaul et al., 2013). De prevalentie wordt geschat op 1,3% van de totale bevolking (216.000). Driekwart krijgt ggz-zorg of andere zorg. Of deze groep is afgenomen is moeilijk vast te stellen, alleen al omdat de aanduiding én de omschrijving ervan in de loop der jaren veranderd zijn.

We plaatsen deze bevindingen tegen de achtergrond van relevante ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving.

NEDERLAND IN EEN NOTENDOP

We beginnen met een beknopte schets van de maatschappelijke ontwikkelingen in de afgelopen 15 jaar. Enerzijds zien we een serie affaires en crises, die soms een nationale maar vaker een internationale reikwijdte hadden: de bankencrisis, de vluchtelingen crisis, de klimaatcrisis en de coronapandemie, de invasie van Rusland in Oekraïne, en in Nederland ook aardbevingen in Groningen, de toeslagenaffaire, de onderwijs crisis en de wooncrisis. Anderzijds was ons land wel degelijk een stabiele, welvarende en hoogontwikkelde samenleving. Nederland werd volgens Boutellier (2015) steeds meer een pragmatisch gestuurde onderneming: succesvol maar ook problematisch. De al eerder begonnen secularisering zette zich gestaag door, evenals de groei van rechts populisme. Waar andere

sociale verbanden (buurt, familie, kerk) aan betekenis verloren, nam het belang van betaald werk juist toe. De smartphone was aan zijn niet te stuiten opmars begonnen. Nederland bleef goed scoren op internationale ranglijsten. Doorgaans waren Nederlanders zelf ook behoorlijk tevreden over hun leven, behalve tijdens de economische crisis in 2008-2013 (SCP, 2020). Tegelijkertijd waren veel Nederlanders kritisch op hun medeburgers en bezorgd over tendensen in de samenleving. Zij zagen groeiende tegenstellingen tussen groepen mensen, teloorgang van gemeenschapszin en verruwing van omgangsvormen. Schnabel (2018) vatte het gevoel van Nederland in die tijd goed samen: met mij gaat het goed, met ons gaat het slecht. We vervolgen met vier maatschappelijke trends die ook in de ggz goed zichtbaar werden.

INDIVIDUALISERING

Individualisering impliceert verruiming van keuzevrijheid en keuzemogelijkheden. Volgens Schnabel (2018) zijn de banden van macht, traditie en collectiviteit minder dwingend dan vroeger. Maar Bauman (2007) vond dat individualisering zo ver is doorgevoerd dat iedereen op zichzelf is teruggeworpen. Individualisering is ook in de ggz te herkennen, zoals in persoonsgebonden budgetten, zorg op maat, keuzehulpen, gepersonaliseerde behandeling en zelfhulp. Verder is individualisering herkenbaar in het begrip persoonlijk herstel: een persoonlijke reis met betekenissen die nauwelijks te generaliseren zijn naar het leven van anderen (Van Weeghel et al., 2019).

Informatisering kan individualisering versterken, maar kan ook de lastige effecten ervan deels opheffen omdat het communicatie gemakkelijker maakt. Mede door de covid-pandemie werden nieuwe technologieën gangbaar in de ggz: online behandeling, serious gaming in behandeling, domotica, individuele feedback-applicaties, enzovoorts.

Voorts stelt Schnabel dat werk, relaties en vrijetijdsbesteding tegenwoordig moeten beantwoorden aan individuele behoeften aan spanning, ontspanning en beleving. Daarbij wordt telkens de vraag gesteld of iets of iemand nog 'leuk' is. Zo niet, dan is herstelwerk, therapie of verandering nodig. Bovendien zijn menselijke relaties vergankelijk geworden in een samenleving die Bauman (2007) 'vloeibaar' noemde. Hij zag een nieuw type mens ontstaan: de kiezende mens, gedreven door obsessieve verandering, onzeker zoekend naar telkens nieuwe identiteiten. Met degenen die hierin vastlopen wordt de ggz veelvuldig geconfronteerd.

INCLUSIEVE SAMENLEVING

Schnabel ziet bij groepen een sterkere identificatie met een ooit minder gewaardeerd kenmerk van de eigen persoon. Ook deze trend is zichtbaar in de ggz, met name in de emanciperende kracht van de patiëntenbeweging ('Coming Out Proud'). Dit verwijst naar dit tweede thema: het ideaal van de inclusieve samenleving, dat verwijst naar



een maatschappij waar iedereen tot zijn recht kan komen, ongeacht iemands culturele achtergrond, gender, leeftijd of beperkingen. Het begrip 'sociale inclusie' impliceert een proces waarin mensen competenties verwerven én kansen krijgen (Ware et al., 2007).

Sociale inclusie lukt echter lang niet altijd. In deze context hangt dit mede samen met de vaak negatieve reputatie van psychische aandoeningen. Vaak wordt ten onrechte gedacht dat mensen die daaraan lijden gevaarlijk en onvoorspelbaar zijn, en niet goed in staat sociale rollen te vervullen. Deze vooroordelen hebben doorgaans negatieve gevolgen voor iemands sociale identiteit en resulteert vaak in structurele achterstelling op het gebied van gezondheid, welzijn, burgerschap en toegang tot hulpbronnen. Er zijn dus sterke tegenkrachten op weg naar een inclusieve samenleving.

ZELFREDZAAMHEID EN PARTICIPATIE

Door toenemende levensverwachting en grotere toestroom naar de zorg is de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat onder druk komen te staan. Burgers moeten meer eigen verantwoordelijkheid nemen en zelfstandig functioneren (RMO, 2013). Betaald werk kreeg een nog grotere betekenis dan het al had. Ook de ggz kreeg meer oog voor arbeidsintegratie en biedt succesvolle arbeidsinterventies aan, zoals Individuele Plaatsing en Steun (IPS) (Van Weeghel & Michon, 2018).

Dat zelfredzaamheid en arbeidsdeelname zo belangrijk werden, heeft een keerzijde: er wordt minder rekening gehouden met degenen die er niet aan voldoen. De WRR (2017) waarschuwde voor de redzaamheidsparadox: een te grote nadruk op redzaamheid op de korte termijn kan op langere termijn de redzaamheid van burgers verkleinen. Verondersteld wordt dat burgers behalve over denkvermogen ook over voldoende 'doenvermogen' beschikken: in actie kunnen komen, het hoofd koel houden, en vasthouden aan goede voornemens. In onze veeleisende samenleving behoren mensen met psychische aandoeningen tot degenen die het extra moeilijk hebben. Temeer omdat velen van hen ook een verstandelijke beperking hebben of (tijdelijk) een cognitieve achteruitgang meemaken (Nieuwenhuis et al., 2017). De zorg in brede zin moet hierin meer training, steun en omgevingsbeïnvloeding aanbieden dan nu het geval is.

SOCIALE ONGELIJKHEID EN ARMOEDE

Volgens Schnabel (2018) zien we in Nederland meer gelijkwaardigheid en informalisering van maatschappelijke verhoudingen. Deze trend zien we terug in de ggz, onder andere in het streven naar gelijkwaardigheid en shared decision making in de behandelrelatie, de opwaardering van ervaringskennis en in de wens dat behandelaars afstand doen van hun therapeutische distantie.

Maar dit is niet het hele verhaal. Hoewel er veel verbeterd is, hebben veel mensen met psychische aandoeningen te maken met ongelijkheid, exclusie en armoede. In bredere zin groeide de bezorgdheid over mensen die geen deel aan onze welvaart hebben. Zij hebben onder meer vaker te kampen met een slechte lichamelijke en psychische gezondheid. Algemeen is gebleken dat samenlevingen met meer inkomensongelijkheid het vaak veel slechter doen (Wilkinson & Pickett, 2009). Volgens het SCP (2020) is de groep 'gedepriveerden' in onze samenleving vrij stabiel: ongeveer 10% van de huishoudens leeft onder de lage-inkomensgrens. Daarvan leeft 30% al tenminste 4 jaar in armoede. Een leven in armoede leidt tot minder geluk, meer stress, stigma, schaamte en minder ervaren controle. Deze factoren houden armoede in stand, doordat ze het moeilijker maken goede beslissingen te nemen. Overigens is het verband tussen een psychische aandoening en armoede wederkerig (Wahlbeck et al., 2017): leven in armoede vergroot de kans op een psychische aandoening (sociale causatie) en mensen met zo'n aandoening hebben een grotere kans op armoede en ongelijke behandeling (sociale neergang). Zo'n neerwaartse spiraal treft vaak meerdere generaties.

BESCHOUWING

Psychische aandoeningen komen veel voor, maar hoe leeft dit gegeven in onze samenleving? We zien een gemengd beeld. Enerzijds is psychische problematiek, vooral bij jongeren en versterkt door de covid-pandemie, een grotere bron van zorg geworden. Dat de ggz juist nu lange wachttijden kent, wordt daarom als een urgent maatschappelijk probleem gevoeld. Maar er is ook nog veel angst en onbegrip tegenover mensen die zichtbaar psychisch ontregeld zijn. Dit wordt gevoed door berichten dat de politie hier heel veel werk aan heeft en dat de ggz hierbij in gebreke zou blijven.

De ggz lijkt dus meer in beeld in de samenleving, maar is de samenleving ook in beeld bij de ggz? De laatste tijd heeft de ggz inderdaad meer oog voor sociale omstandigheden die bijdragen aan psychisch lijden. Wat daarbij opvalt is een dubbelzinnige benadering. Enerzijds wordt 'de samenleving' als diepere oorzaak van veel psychisch leed aangeduid. Denk aan de negatieve impact van stigmatisering en aan de ervaren prestatiedrang in onze samenleving. Anderzijds wordt de samenleving als rijke bron van herstel gezien. Denk aan het ambulantiseringbeleid en de overtuiging dat maatschappelijke participatie het welzijn van mensen met psychische problematiek bevordert. Overigens zien we in de ggz dezelfde dubbelzinnigheid op microniveau: families als voedingsbodemp voor ernstig psychisch lijden - denk aan misbruik en geweld in het gezin – én als een onmisbare bron van steun en herstel.

We zitten nog op de inclusie-exclusie wipwap (Craig, 2010): enerzijds de tendens om mensen die afwijken uit te sluiten en anderzijds de tegenkracht van mensenrechten, compassie, acceptatie en fair play. Hopelijk krijgen laatstgenoemde krachten de overhand, en krijgt iedereen de gelegenheid om competenties te ontwikkelen én om deze zinvol in de samenleving in te zetten.



REFERENTIES

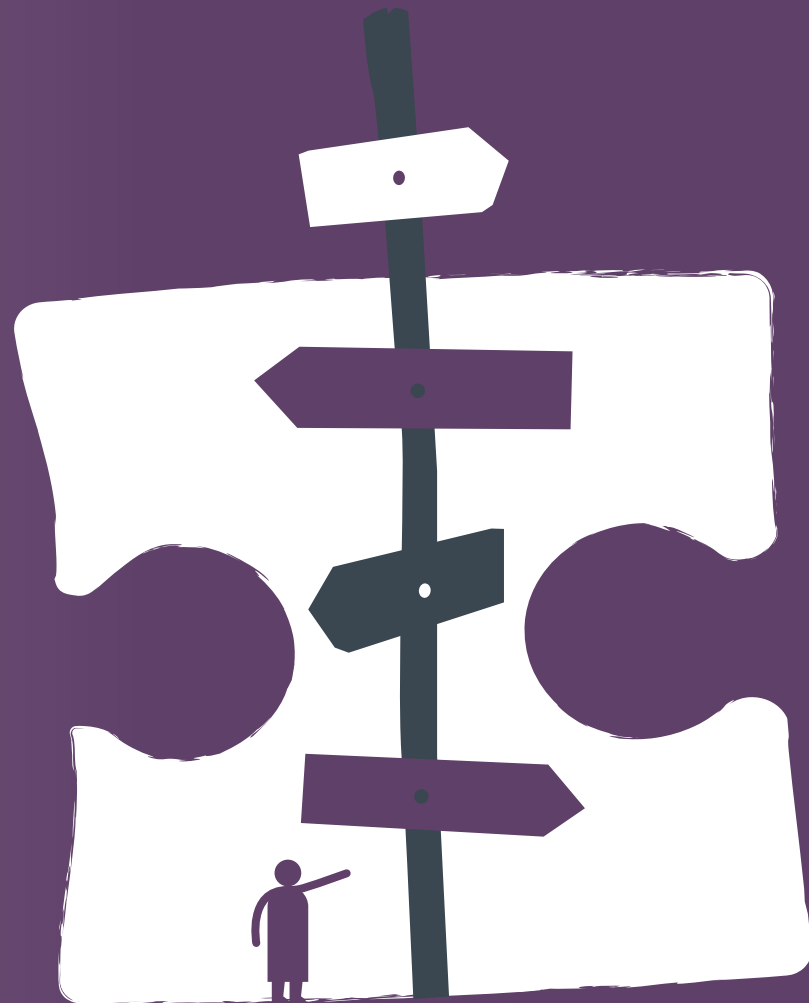
- Boutellier, H. (2015). *Het seculiere experiment. Hoe we van God los gingen samenleven*. Amsterdam: Boom.
- Bauman (2007). *Vloeibare tijden. Leven in een eeuw van onzekerheid*. Amsterdam: Klement.
- Craig, T. (2010). Community mental health and the inclusion-exclusion seesaw. In: J. Boardman, A. Currie, H. Killaspy & G. Mezey (eds), *Social inclusion and mental health* (pp. 345-358). London: The Royal College of Psychiatrists.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., Van Dorsselaer, S. (2012) Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS- 2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 27-38.
- Delespaul, Ph., & 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, 427-438.
- Nieuwenhuis, J., Noorthoorn, E., Nijman, H., Naarding, P., Mulder N. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *PLoS one*, 12(2), e0168847.
- Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) (2013). *Terugtrekken is vooruitzien Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein*. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke ontwikkeling.
- Schnabel, P. (2018). *Met mij gaat het goed, met ons gaat het slecht*. Het gevoel van Nederland. Amsterdam: Prometheus.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2020). *De sociale staat van Nederland*. De Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Weeghel, J., Van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments and implications of personal recovery from mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42, 169-181.
- Van Weeghel, J., & Michon H. (redactie) (2018). *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P., & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 1370-1374.
- Ware, N., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B., & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services*, 58, 469-474.
- Wetenschappelijke Raad voor het Reguleringsbeleid (WRR) (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Reguleringsbeleid.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). The spirit level. *Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.

HOOFDSTUK 2

Ggz-beleid in de onvoltooid verleden tijd



Jaap van Weeghel



In de laatste decennia van de vorige eeuw waren in de ggz drie langetermijntrends zichtbaar, die vooral werden gestuurd door overheidsbeleid: toenemende regionalisering van de zorg, toenemende integratie van verschillende ggz-organisaties en het driedledige streven naar extramuralisering, deïstitutionalisering en vermaatschappelijking (Vijsselaar et al., 2009).

Hierdoor was de structuur van de ggz niet eerder zo uniform en overzichtelijk als aan het begin van de 21^e eeuw. In 2003 werd verreweg het grootste deel van de ggz geboden door ongeveer veertig instellingen, die elk voor een eigen regio nagenoeg alle ggz-voorzieningen boden (Van Hoof et al., 2009).

Daarna zorgden ingrijpende beleidsveranderingen voor concurrentie in de zorg, denken in marktaandelen en fusies tussen instellingen. In het tweede decennium volgden grote transitie's in organisatie en financiering: van zorg naar participatie, van volks- naar individuele verzekering (ZvW), van tweede naar eerste lijn en van verzekerd recht in zorgverzekeringswet en AWBZ naar compensatieplicht door gemeenten (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarmee werd het ggz-beleid steeds meer een zorg van velen: behalve van de landelijke overheid ook van zorgverzekeraars, cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten en veldpartijen in het sociale domein. Deze actoren gingen structureel met elkaar in overleg om 'Bestuurlijke akkoorden' te sluiten.

Overigens liepen (beleids)ontwikkelingen in de ggz goed in de pas met trends in de gehele gezondheidszorg. Denk aan: verschuiving van acute naar meer chronische condities, vervanging van intramurale zorg naar zorg in de samenleving, van een passieve naar een actieve houding ten opzichte van gezondheid en verschuiving van paternalistische werkwijzen naar samenwerkingsmodellen (Castro, 2018). Verder hangt al jaren de vraag boven de hele gezondheidszorg hoe we die in de toekomst betaalbaar houden. Die vraag is des te prangender omdat, mede door de coronacrisis, de nood aan psychische hulp hoger dan ooit is en ggz-ondersteuning, gezien de wachttijden, niet snel genoeg beschikbaar.

VIER SCENARIO'S

Dertien jaar geleden beschreven Van Hoof et al. (2009) de mogelijke gevolgen van voornoemde beleidsveranderingen in een viertal scenario's. Zij combineerden de inhoudelijke dimensie 'medische versus contextuele oriëntatie' met de beleidsdimensie 'samenwerking versus concurrentie' om tot de vier scenario's te komen. Scenario 1 staat voor concurrentie in een medische ggz (kernbegrip: Behandeling). Scenario 2 behelst samenwerking in een medische ggz (Zorg). Scenario 3 omvat concurrentie in een contextuele ggz (Persoonlijk geluk). En scenario 4 gaat over samenwerking in een contextuele ggz (Maatschappelijk welzijn).

Bekende praktijkvoorbeelden van de concurrentiescenario's (vooral scenario 2) zijn landelijk opererende behandelorganisaties zoals PsyQ van de Parnassia Groep. PsyQ ging in 2005 van start vanuit het idee dat voor iedereen in Nederland die kampt met psychische klachten specialistische behandeling binnen handbereik moest zijn. Volledig in lijn met de samenwerkingsscenario's (vooral scenario 4) was het plan van aanpak *Over de brug* (Projectgroep Plan van Aanpak, 2014). Dit plan was gericht op het verbeteren van de zorg bij ernstige psychische aandoeningen, waarvoor lokale, sectoroverstijgende zorg- en ondersteuningsnetwerken nodig zijn. Verder werd de komst van Herstelacademies aanbevolen. Ook de wijkgerichte *public mental health*-aanpak van de Nieuwe ggz (Delespaul et al., 2016) past goed in de samenwerkingsscenario's.

ZORGINHOUDELIJK KWALITEITSBELEID

Voorts groeide in de afgelopen jaren de interesse bij zowel beleidsmakers als ggz-professionals voor vroegsignalering, preventie van aandoeningen en het bevorderen van mentale gezondheid. Dat gold ook voor 'preventie van chroniciteit' oftewel zorggerelateerde preventie. Hierbij ligt de focus op mensen die al bij de ggz bekend zijn, waarbij het doel is erger te voorkomen en zelfredzaamheid te bevorderen (Couwenbergh & Van Weeghel, 2020; Keet & Destoop, 2021). Dit impliceert een intensief proces waarin naasten betrokken worden en er sectoroverstijgend wordt samengewerkt. Zo'n aanpak komt dus goed overeen met de genoemde samenwerkingsscenario's (2 en 4).

Verder zijn geprotocolleerde zorg, evidence-based-interventies, multidisciplinaire richtlijnen, zorgstandaarden en *routine outcome monitoring* sturende concepten geworden bij kwaliteitsverbetering in de ggz. Ze passen goed in het streven naar minder praktijkvariatie, meer transparantie en meer inzicht in behandelresultaten. Aangetoond is dat bij cliënten die richtlijnconforme zorg krijgen, het klinisch herstel groter is en sneller optreedt dan bij cliënten die gebruikelijke behandeling ontvangen (Setkowski et al., 2021). Maar de implementatiekloof is onveranderd groot: slechts een fractie van de ggz-clieënten krijgt volledig richtlijnconforme behandeling aangeboden.



Bovendien lokte de nadruk op *evidence-based practice* ook weerstand en kritiek uit. Er zou te weinig oog zijn voor de sociale context waarin cliënten leven en problemen ontwikkelen. Verder zou hun eigen perspectief op herstel mogelijkheden te veel buiten beeld blijven. Ook de komst van ROM in 2010 ging met stevige discussies gepaard. Voorstanders vonden dat er een nieuwe weg was ingeslagen, richting transparantie van kwaliteit van zorg op basis van behandeluitkomsten (De Beurs et al., 2017). Tegenstanders hadden echter grote twijfels of je met voorgeschreven vragenlijsten de kwaliteit van de geleverde zorg wel goed kunt meten en kunt benchmarken (Van Os et al., 2012; Algemene Rekenkamer, 2017). Als alternatief stelden Van Os en Delespaul (2018) de toepassing van een breed kwaliteitskader voor, gericht op de impact van de ggz op de psychische gezondheid van de hele populatie.

Tot slot werd het belang van destigmatisering van psychische aandoeningen steeds meer onderkend. Maar dat werd in Nederland, anders dan bijvoorbeeld in Engeland, niet ondersteund door ambitieus overheidsbeleid. Een consequente, landelijke aanpak is wel hard nodig want het boeken van resultaten op dit vlak is echt een zaak van lange adem. Zo bleek dat de houding van het publiek tegenover (ex-)psychiatrische patiënten in de afgelopen decennia niet is verbeterd (Ten Have et al., 2015). Wat niet heeft geholpen, was de maatschappelijke discussie die vanaf 2015 ontstond over 'verwarde personen': burgers in acute zorgnood die overlast veroorzaken en de politie veel extra werk bezorgen (Koekoek, 2021). Velen hebben te kampen met psychische aandoeningen. Uiteraard moet de ggz, samenwerkend met andere sectoren, hierin zijn verantwoordelijkheid nemen (Mulder et al., 2018). Maar de sterke focus op het managen van verward gedrag trok de aandacht weg van krachtige beleidsinitiatieven gericht op destigmatisering, herstel en burgerschap van mensen met psychische aandoeningen.

DE NABIJE TOEKOMST

Met welk beleid zijn mensen met psychische aandoeningen echt geholpen? Ten eerste moet beleid bijdragen aan een gastvrijere samenleving: een samenleving waarin mensen niet vanwege hun 'anders' zijn genegeerd, gediscrimineerd of anderszins benadeeld worden. Ten tweede moet beleid bevorderen dat zo'n samenleving veelzijdige hulp biedt aan mensen met psychische aandoeningen. Dit moet hen ondersteunen in hun herstel en burgerschap. Ook moet het lokale aanbod andere belanghebbenden voordelen bieden, zoals familie en hulpverleners in de ggz en andere maatschappelijke organisaties. Het moet gelegenheid bieden tot structurele samenwerking, vooral rond cliënten met complexe problemen.

Echter, ggz-instellingen komen steeds vaker in de financiële problemen (KPMG, 2019). En voor veel ggz-instellingen is het een lastige opgave om genoeg zorgpersoneel te werven. Dit leidde in veel instellingen tot het sluiten van locaties, onveiligheid bij forensische klinieken, afnemende tevredenheid van medewerkers en veel te lange wachttijden.

Inmiddels zijn er veel initiatieven genomen om de wachttijden te verkorten, maar het is nog niet gelukt om dit structureel op te lossen. Hierdoor zijn onder andere op enkelvoudige diagnosegerichte organisaties in hun oorspronkelijke opzet vastgelopen. De lange wachttijden treffen immers vooral mensen met complexe problematiek, en de diagnosegerichte specialismen binnen dit type organisaties staan hiermee op gespannen voet.

Wat ernstige psychische aandoeningen betreft liet de tussentijdse evaluatie van het plan van aanpak *Over de brug* zeer bescheiden uitkomsten zien. Er waren veel goede initiatieven maar de leefomstandigheden van cliënten waren nog niet echt verbeterd (Couwenbergh & Van Weeghel, 2019). Als er al herstel wordt bereikt, gaat het vooral om klinisch herstel. Maatschappelijk herstel blijft hierbij achter en data over persoonlijk herstel ontbreekt nog (Castelein et al., 2019). Daar valt dus nog een wereld te winnen.

Positief is dat de kortdurende en de langdurende ggz elkaar inhoudelijk dichterbij zijn genaderd. Zo krijgen persoonlijk en maatschappelijk herstel nu meer aandacht in kortdurende behandelprogramma's, en in de langdurige ggz worden vaker *evidence based*-behandelingen aangeboden. Gemeenschappelijk is verder de hernieuwde focus op systemisch werken, op contextuele benaderingen en op complexe problematiek.

We komen terug op de vier scenario's uit 2009. De voorspelling van destijds lijkt uitgekomen, namelijk dat alle vier scenario's realiteit zouden worden, zij het van alles maar een beetje (Van Hoof et al., 2009). De ggz wordt zo weer de bonte lappendeken die het een halve eeuw geleden ook was, zij het met andere lappen. Beter lijkt het om wél heldere keuzes te maken, het liefst voor het scenario 'samenwerking plus contextuele oriëntatie'. Overigens zonder daarbij effectieve psychiatrische zorg te veronachtzamen. Consequente uitvoering daarvan biedt de grootste kans dat de belofte '*recovery for all in the community*' (Keet et al., 2019) wordt ingelost.



REFERENTIES

Algemene Rekenkamer (2017). *Bekostiging van de curatieve ggz*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Castelein, S., Timmerman, M., Van der Gaag, M. & Visser, E. (2021). Clinical, societal and personal recovery in schizophrenia spectrum disorders across time: states and annual transitions. *British Journal of Psychiatry: the journal of mental sciences*, 219, 1-8.

Castro, E.M. (2018). *Patient participation and empowerment. The involvement of experts by experience in hospitals*. Academisch proefschrift. Leuven: KU Leuven.

Couwenbergh, C., & Van Weeghel, J. (2019). *Over de brug: naar een derde meer herstel in 2025. Tussenstand halverwege*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Couwenbergh, C., & Van Weeghel, J. (2020). Hoe kunnen we stagnatie van herstelprocessen en chronische problemen bij patiënten in de psychiatrie beter voorkomen? Een veldraadpleging onder Nederlandse experts. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 18-26.

De Beurs, E., Barendregt, M., & Warmerdam, L. (red.) (2017). *Behandeluitkomsten. Bron voor kwaliteitsbeleid in de GGZ*. Amsterdam: Boom.

Delespaul, Ph & 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, 427-438.

Keet, I.P.M., & Destoop, M. (2021). Voorkómen chroniciteit: er eerder bij zijn binnen het netwerk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(2), 142-149.

Keet, R., De Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., et al. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC psychiatry*, 19, 174.

Koekkoek, B. (2019). *De kwestie verwarde personen. Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

KPMG Advisory N.V. (2019). *Ontwikkelingen binnen de Healthcheck GGZ*. Amstelveen: KPMG.

Mulder, C.L., Van Weeghel, J., Wierdsma, A.I., & Schene, A.H. (2017). Expertise van de ggz in de frontlinie bij de zorg voor personen met verward gedrag ofwel acute (zorg)nood. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 537-543.

Projectgroep Plan van Aanpak ernstige psychische aandoeningen (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Setkowski, K., Boorgerd, K., Hoogendoorn, A., Gillissen R., & Van Balkom, A. (2021). Guidelines improve patient outcomes in specialised mental health care. A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144, 246-258.

Ten Have, M., Van Weeghel, J., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & De Graaf, R. (2015). Houding van de algemene bevolking ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 785-794.

Van Hoof, F., Vijselaar, J., Kok, I. (2009). Van overheidssturing naar marktwerking. Stand van zaken en toekomstscenario's in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 239-255.

Van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A., Beekman, A.T., Hoogendijk, W.J. et al. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 245-253.

Van Os, J., & Delespaul, P. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 96-104.

Vijselaar, J., Van Hoof, F., Kok, I. (2009). Van lappendeken naar regionale integratie. Trends in organisatie en beleid in de GGZ, 1970-2000. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 223-238.

HOOFDSTUK 3

Clënten en cliëntenparticipatie



Nanette Waterhout

Cliënten gaan zich emanciperen en organiseren in reactie op het biomedische model.

In de vorige eeuw werd in de psychiatrie gewerkt vanuit het biomedische model, waarbij de focus lag op symptomen. Om deze te verminderen werd vaak medicatie ingezet. De heersende houding was dat de behandelaar het best wist wat goed voor de cliënt was. In reactie op de traditionele biomedische zorg en het gebrek aan eigen regie en betrokkenheid van cliënten ontstond de herstelbeweging. Deze beweging vindt haar oorsprong in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de internationale emancipatie- en cliëntenbewegingen.

Een bekende uitspraak binnen de cliëntenbeweging die nog steeds veel gebruikt wordt is: 'nothing about us without us' van Judy Chamberlin (<https://youtu.be/FGT4xjXgmoE>). Zij staat aan de basis van de herstelbeweging, samen met veel andere mensen die de kracht van herstel zelf aan den lijve hebben ervaren.

ONTWIKKELINGEN VANUIT DE HERSTELBEWEGING DIE EEN VERANDERING BINNEN DE PSYCHIATRIE INLUIDEN

Met de komst van de herstelbeweging worden nieuwe begrippen geïntroduceerd, zoals herstel, herstelondersteunende zorg, ervaringskennis als derde kennisbron, *empowerment* en ervaringsdeskundigheid. In Nederland kwam halvrewege de jaren '90 Wilma Boevink in beeld. Zij werd het boegbeeld van HEE (herstel, *empowerment* en ervaringsdeskundigheid), de herstelbeweging in Nederland.

Met de komst van het ACT-model (*Assertive Community Treatment*) dat vanuit Amerika naar Nederland komt, en door GGZ NHN wordt doorontwikkeld naar F-ACT, komt er nog een impuls voor herstel. Belangrijke bouwstenen binnen deze modellen zijn o.a. een op de herstelbenadering geïntende visie, het werken met ervaringsdeskundigen en een multidisciplinair samengesteld team.

INVULLING VAN HET BEGRIIP HERSTEL

Herstellen is wat mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid zelf doen. Het is een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met hun kwetsbaarheid en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen. Voor de uitwerking van herstel nemen we een uitgebreidere beschrijving over uit de Handleiding Herstel Ondersteunende Intake (HOI) van GGZ NHN (Waterhout et al., 2020).

Vaak wordt herstel gezien als een multidimensionaal begrip met drie dimensies (Whitley en Drake, 2010):

- Klinisch herstel en fysiek herstel (samen te vatten als symptomatisch herstel).
- Sociaal herstel en functioneel herstel (samen te vatten als sociaal/maatschappelijk herstel).
- Persoonlijk/existentieel herstel.

Naast deze dimensies is meer recentelijk het begrip herstel aangevuld met aandacht voor iemands sterke kanten (positieve psychologie en gezondheid) en eigen regie (*self-management, self-determination*; Shepherd et al., 2008).

Twee belangrijke modellen voor herstel worden beschreven door Andresen et al. (2003) en door Leamy et al. (2011): het zogenaamde CHIME-model. De beide modellen hebben als belangrijkste overeenkomsten:

- Het vinden en houden van hoop. Hoop is de brandstof voor herstel. Daarbij gaat het er niet om naïeve of irreële verwachtingen aan te moedigen. Het hebben van positieve verwachtingen en perspectief maakt het eerder mogelijk dat er ook verbetering plaatsvindt dan lage verwachtingen, die een *self fulfilling prophecy* kunnen worden.
- Het hervinden van een eigen identiteit, waarin het hebben van de mentale aandoening een plek heeft, en waarbij er een positief zelfgevoel is.
- Het opbouwen van een betekenisvol leven, ondanks het hebben van een psychische aandoening.
- Zelf de regie en de controle hebben over de psychische aandoening en over het leven zelf; *empowerment*.
- Leamy et al. voegen aan deze vier aspecten het aspect '*connectedness*' toe en gaat het om het hebben van ondersteunende relaties, deel uitmaken van de maatschappij.

Werken aan herstel kan op verschillende manieren ondersteund worden, onder andere door:

- Het bieden van herstelondersteunende zorg
- De inzet van ervaringsdeskundigen
- Het gebruikmaken van ervaringskennis
- Activiteiten van de Herstelacademie

HERSTELONDERSTEUNING EN HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG

Herstelondersteunende zorg is alle zorg die ten dienste staat van herstelprocessen van cliënten. Doel ervan is de cliënt te ondersteunen zoveel mogelijk zichzelf te leren helpen, door het aanspreken van het zelfherstellende, zelfhelende en zelflerende vermogen. Hierin wordt aangesloten bij de eigen ervaringen, kennis en overlevingsstrategieën van mensen.

Ervaringsdeskundigheid en ervaringsdeskundige

Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring ruimte te maken voor anderen voor herstel. Dit kan een cruciale rol spelen. Bij GGZ NHN worden sinds 2005 ervaringsdeskundigen ingezet. Ze onderscheiden zich van andere hulpverleners door het inzetten van eigen ervaring bij de ondersteuning. Ze zijn een voorbeeld van hoop en empowerment. Doordat ze vergelijkbare ervaringen hebben, is er veel meer sprake van gelijkwaardigheid in de ondersteuningsrelatie. Bovendien weten ze hierdoor ook een appel te doen op de kennis en kracht van degenen die zij ondersteunen. Ze reflecteren op de geboden zorg door terug te geven wat wel en niet herstelbevorderend is. Daarmee zijn ze ook belangrijk in de cultuur en systeemomslag naar herstelondersteunende zorg.

Ervaringskennis

Ervaringskennis is kennis van 'binnenuit', van 'weten hoe het is'. Dit is een moeilijk verwoordbare vorm van kennis die niet goed in algemene theorieën of methodieken vastgelegd kan worden, maar vooral narratief, existentieel en kritisch is. Het is doorleefde kennis over het leven met en herstel van ontwrichting, verlies of beperking. (Koek, C. et al., 2020). Er komt recentelijk ook meer aandacht voor het ontwikkelen van (eigen en familie-) ervaringskennis bij professionals.

Herstelacademies en zelfregie-initiatieven

In Nederland ontstaan steeds meer Herstelacademies en zelfregie-initiatieven. Mensen kunnen daar aan de slag om hun leven weer zelf op te pakken en meer vorm te geven. Ze worden hierbij ondersteund door ervaringsdeskundigen. Bij GGZ NHN zijn er in iedere werkregio Herstelacademies opgericht waar op locatie én online een plek wordt geboden om een cursus, zelfhulpgroep of training te volgen.

HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG VANAF HET BEGIN: DE HERSTELONDERSTEUNENDE INTAKE (HOI)

Uit een klantreisanalyse met cliënten is gebleken dat zodra cliënten eenmaal in behandeling zijn, het contact veelal als positief ervaren wordt. In de voorafgaande fase van aanmelding en intake voelden cliënten zich onvoldoende gezien en gehoord. Reden voor GGZ NHN om het proces van aanmelding en intake te verbeteren door sneller en vooral persoonlijker contact te leggen. Dit is de aanzet geweest voor een nieuwe methodiek, de herstelondersteunende intake.

In de HOI staan vier vragen centraal (J. van Os, (2018)):

1. Wat is er gebeurd in je leven?
2. Wie ben jij eigenlijk?
3. Waar wil je naar toe?
4. Wat zijn je doelen?

Het HOI-gesprek vindt plaats op een van de herstelwerkacademies en wordt gevoerd door een regiebehandelaar en ervaringsdeskundige. De ervaringsdeskundige ontvangt de client, om op een laagdrempelige manier het eerste contact te leggen. Cliënten maken in samenspraak hun keuze voor een vervolgtraject, dat kan zijn een behandeling binnen of buiten de specialistische ggz, al dan niet in combinatie met modules van de herstelacademie. Er is ook een groep cliënten die er de voorkeur aan geeft alleen de modules van de herstelacademie te volgen.

De HOI-methodiek is nog in ontwikkeling, de methodiek is beschreven, onderzocht en geëvalueerd. De uitkomsten komen in de loop van 2022 beschikbaar.

AANVULLENDE ONTWIKKELINGEN

Positieve gezondheid

Positieve gezondheid levert een bijdrage aan het gedachtegoed van herstel. Beide zijn belangrijke uitgangspunten geworden bij de ontwikkelingen binnen GGZ NHN.

Psychische ontregeling

Mede door de verhalen van cliënten over herstelprocessen en de collectieve ervaringskennis die hieruit ontstaat komt er ook steeds meer zicht op het ontstaan van psychische ontregeling. Het stress-kwetsbaarheidsmodel maakt duidelijk dat het bij psychische ontregeling belangrijk is om de balans (terug) te vinden tussen draaglast en draagkracht. Belangrijk hierbij zijn inzicht krijgen over en aansluiten bij het verhaal achter de klachten en de context waarbinnen de klachten zijn ontstaan.

Effectieve hulpverlening

Uit recente onderzoeken wordt steeds duidelijker wat effectief is bij hulpverlening en herstelondersteuning (ontleend aan De Vries, 2017 en Wilken, 2019). Eigen inzet van cliënten en omgeving, de werkrelatie en de relationele deskundigheid blijken het belangrijkste tegenover lage effectiviteit op de methode. Het is belangrijker wie werkt dan wat werkt.



Daarnaast is van belang dat de professional het proces van de ontwikkeling van het zelfherstellend, zelflerend en zelfhelend vermogen faciliteert, en zorgt dat er gezamenlijke besluitvorming plaatsvindt. Volgens Van Os & Van Spronsen (2021) zijn werkzame factoren:

- Een hulpverlener die betrokken en beschikbaar is, en die daarmee een beetje van het lijden als het ware kan overpakken. Present zijn dus.
- Samen een verhaal gaan maken van wat er aan de hand is en wat mogelijke oplossingsrichtingen zijn, zodanig dat er een beetje perspectief ontstaat. Dus met hoop en positieve verwachtingen.

CONCLUSIES EN BETEKENIS VOOR DE TOEKOMST

Een omslag naar herstelondersteunende zorg vraagt enerzijds veel van professionals, organisatie, cultuur en systeem en anderzijds van cliënten en naasten. Bij GGZ NHN betekent dit het volgende:

- De cliënt geeft richting aan zijn eigen herstelproces en is dus bij elke behandeling de deskundige.
- De cliënt geeft richting aan de doelen van de behandeling door in overleg met naasten en de hulpverlener keuzes te maken op basis van goede informatie.
- Samen keuzes maken is de benadering bij alle behandelingen, zodat de cliënt zijn eigen behandeldoelen kan formuleren.
- Diagnostiek, behandeling en ondersteuning spelen zich af op de drie dimensies van herstel.
- Er is oog voor krachten, talenten en mogelijkheden bij de cliënt en zijn omgeving (familie/ naastbetrokkenen). Hierbij is het van groot belang dat de hulpverlener hoop uitstraalt.
- Zelfhulpmogelijkheden en inzet van het netwerk (familie/naastbetrokkenen) hebben een plaats bij iedere behandeling.
- Bij iedere behandeling wordt actief gezocht naar factoren die een herstelondersteunende benadering in de weg zitten: onveiligheid kan nopen tot het tijdelijk overnemen van de regie.
- De cliënt heeft medezeggenschap over het behandelproces, want er wordt niets beslist over de cliënt zonder de cliënt.

De vele nieuwe inzichten rond herstelprocessen zijn de afgelopen jaren meegenomen in de ontwikkelingen binnen GGZ NHN.

REFERENTIES

Canon cliëntenbeweging ggz: https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_cbg/details.php?cps=0&canon_id=555

GGZ Nederland, Trimbos-instituut, Phrenos & HEE (2013). *Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Huber, M. (2014). *Towards a new dynamic concept of health. Its operationalization and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Proefschrift Universiteit Maastricht.

Koek, C., Van Heerwaarden, K., Hoff, C., Bakker, S., Mous, T., Besselink, M. & Van Rooijzen, S. (2020). *Herstelvisie en implementatie van herstelbevorderend werken in GGZ NHN*, GGZ Noord-Holland-Noord: Heiloo.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., et al. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.

Leerplan Ervaringsdeskundigheid in zorg en welzijn (2017). Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Van Os, J. (2018). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Bohn, Stafleu & Van Loghum, Houten.

Van Os, J. & Van Spronsen, M. (2021). *We zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Leuven: Lannoo Campus.

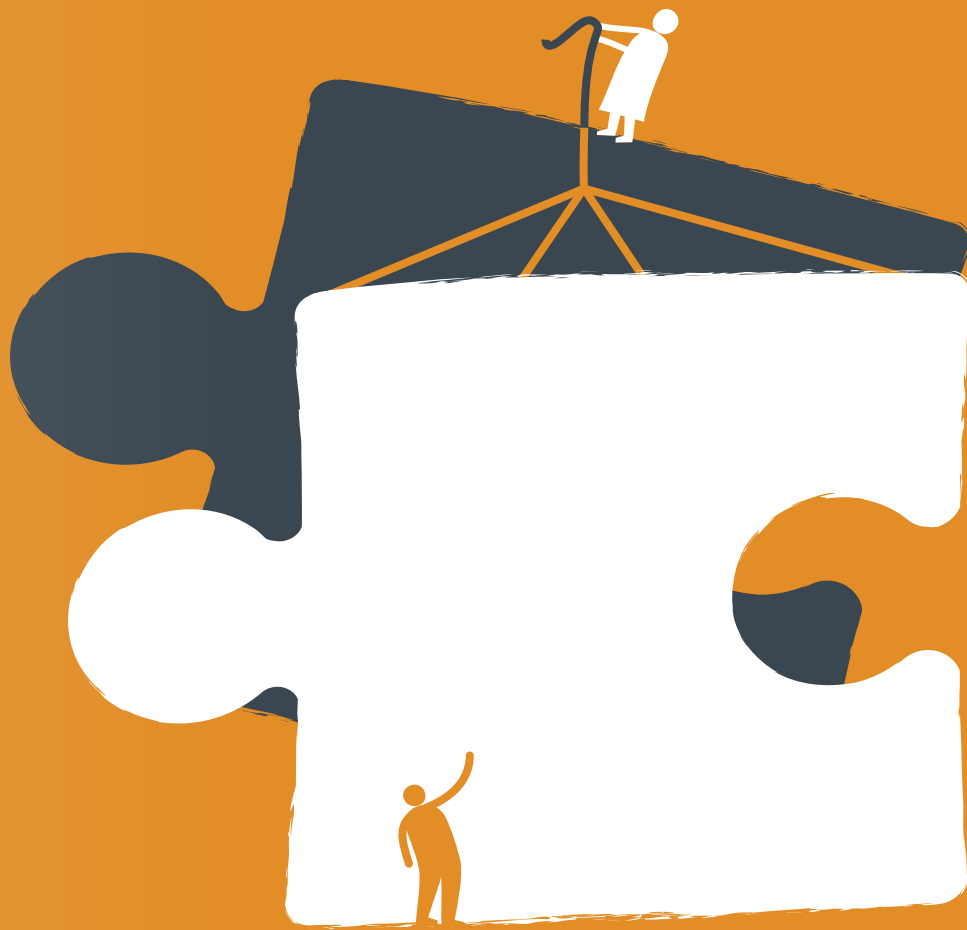
Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Policy paper. Making Recovery a Reality*. Sainsbury centre for mental health.

Vries, S. de (2017). Wat werkt er en hoe? Het common factors model als basis voor de psychosociale hulpverlening in het sociaal werk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 26, 4-27.

Waterhout, N., Dijkstra, M., Keet, R., & Nugter, A. (2021). *Handleiding herstelondersteunende intake; versie 1.1*. Interne publicatie GGZ Noord-Holland-Noord.

HOOFDSTUK 4

Specialisten samen in de wijk, een integraal verhaal



René Keet, Ardan Miedema en Yildiz van den Akker

We zijn vertrokken vanuit een ggz-organisatie waarin goede zorg werd geleverd, ervaringsdeskundigheid zich heeft ontplooid en herstel werd beschouwd als de gedeelde visie.

Binnen GGZ NHN werden in de recente geschiedenis andere innovatieve zorgmodellen ontwikkeld en geïmplementeerd, zoals Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT) in 2003 (Van Veldhuizen et al., 2009) en Intensive Home Treatment (IHT) in 2011 (Prinsen et al., 2016). Bij andere modellen zoals High Intensive Care (HIC) (Van Mierlo et al., 2013) waren wij een koploper in de ontwikkeling. De stoornis-specifieke behandeling was goed ontwikkeld en we hebben een begin gemaakt in de ontwikkeling van digitale zorg. De missie 'beter worden doe je thuis' is breed gedeeld (Keet, 2011). Dit maakte dat wij een goede uitgangssituatie hadden om een meer integrale herstelondersteunende evidence based wijkgerichte zorg te organiseren.

Voor ssiw waren de verschillende divisies verdeeld in hun visie. Hierin kon men nog het oude motto herkennen, 'divisies in de lead' dat weliswaar sinds 2010 niet meer actief werd beleden maar in de praktijk nog wel aanwezig was. De herstellvisie en wijkgerichte benadering was in de praktijk gescheiden van evidence based practices, ervaringsdeskundigheid was een groot goed in het ene onderdeel en afwezig in het andere, de ambulante praktijk ontwikkelde zich apart van de klinieken, forensisch was gescheiden van regulier en voor Kind en Jeugd was er zelfs een aparte organisatie. Door deze verdeeldheid werd de kennis onvoldoende gedeeld en ontsloten. De praktijk was verre van integraal.

AANSPORINGEN

We stelden vast dat onze cliënten beter kunnen profiteren van de rijke expertise van de professionals in de ggz als wij deze integraal organiseren. In de praktijk zagen wij fragmentatie, onder andere zichtbaar in de interne en externe verwijzingen en de scheve verdeling van professionals over de divisies. Wij omarmden de visie op herstel, die krachten, doelen en talenten van de cliënt centraal stelt en een wijkgericht benadering, aangezien een cliënt het beste herstelt in zijn eigen omgeving: 'beter worden doe je thuis'. Herstel van symptomen, maatschappelijk functioneren en identiteit kreeg een verdieping in het rapport *Over de Brug*, waarvoor bij het schrijven meerdere partijen naast de ggz en cliënten bijdroegen zoals huisartsen, gemeenten, beschermd wonen en zorgverzekeraars (Projectgroep Plan van Aanpak ernstige psychische aandoeningen, 2014). We legden de bijdrage van de professional aan herstel vast in tien punten in een handzame boekenlegger:

1. Wij ondersteunen herstel van gezondheid, functioneren en identiteit.
2. Wij bieden hoop op herstel.
3. Wij vragen ons bij alle interventies af of deze bijdragen aan het bereiken van de doelen van de cliënt.
4. Wij gaan van klacht naar kracht.
5. Wij beslissen niets over de cliënt zonder de cliënt.
6. Wij beschouwen het gesprek met de cliënt als een gesprek van twee deskundigen.
7. Wij werken samen met ketenpartners.
8. Wij erkennen het recht van de cliënt op het nemen van risico's.
9. Wij werken samen met de naastbetrokkenen als hulpbron en partner.
10. Wij delen en integreren kennis.

Tegelijkertijd stelden we vast dat deze visie niet expliciet werd gedeeld in alle onderdelen en in alle fases van behandeling. We droegen bij aan de case definitie van ernstige psychische aandoeningen en berekenden dat de F-ACT-teams zelfs bij optimale implementatie, zoals bij ggz NHN het geval was, slechts 40% van deze mensen bereikt (Delespaul, 2013). Deze doorrekening maakte duidelijk dat de specialistische ggz in zijn geheel gaat over mensen met ernstige psychische aandoeningen, en dat dit begrip, vaak afgekort als EPA, een karikuraal beeld was geworden. We ontwikkelden een kritische blik op het begrip comorbiditeit, aangezien het voorkomen van meerder classificaties eerder regel dan uitzondering is en stelden daarbij vast dat behoud of herstel van de verbinding met het sociale netwerk voor al onze cliënten een doorslaggevende factor is voor hun herstel.

Er ontstonden rond 2015 tientallen richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules. Dit was enerzijds een verrijking van het professioneel handelen. Anderzijds benadrukte het ook dat de benadering om specifieke expertise in een specifiek team te organiseren niet vol te houden en dus niet toekomstbestendig is, aangezien een veelvoud aan teams leidt tot fragmentatie (<https://akwaggz.nl>). De beweging *Goede GGZ* zette ons aan te denken over de gewenste situatie, integraal werkende ambulante teams in zo klein mogelijke regio's, in de praktijk wijken genoemd, al kunnen het ook plattelandsregio's zijn en een aantal dorpen samen (Delespaul, 2016). Wij bedachten hoe daar te komen vanuit de bestaande caseload, regionale verdeling, postcodegebieden en beschikbare professionals binnen ggz NHN. Redesigning Psychiatry nodigde uit los van de bestaande situatie vooruit te denken en leren van de toekomst, waarin het bevorderen van gezondheid en denken vanuit Probleem In Stand Houdende Interactie Patronen (PIHIP's) in plaats van classificaties (<https://www.redesigningpsychiatry.org>).



AANPASSINGEN

In 2015 zetten wij vanuit het directieteam het proces van specialisten samen in de wijk in (ssiw). We hadden voor ogen dat een volledige integratie van de verschillende ambulante teams de ontwikkelrichting was om tot integrale specialistische zorg te komen. Wij voorzagen ook dat dit zowel nieuwe kansen als problemen zou veroorzaken. Daarom besloten wij ssiw in te gaan als een proces van co-creatie met medewerkers, cliënten en naastbetrokkenen. Daarnaast waren wij ons ervan bewust dat wij deze organisatieverandering gingen doorvoeren met een bestaande caseload van meer dan tienduizend patiënten per jaar en veranderingen in de wereld om ons heen die vragen om doorlopende bijstelling. Wij beseften dat deze dialoog tijd zou kosten en tot aanpassingen in het model zouden leiden, volgens de principes van de Plan Do Check Act-cyclus. Deze dialoog is uitgekristalliseerd in o.a. de volgende reeks documenten en bewegingen:

- **Geïntegreerd behandelkader:** hierin werd door een geselecteerde groep medewerkers uit alle divisies de visie op integraal behandelen beschreven. Zij stelden vast dat een integrale benadering vraagt om experts die de teams coachen op hun domein.
- **Denktank:** hierin werd door een geselecteerde groep medewerkers uit alle divisies beschreven welke teams daadwerkelijk geïntegreerd konden worden, en werden aanbeveling gedaan dat drie teams of specialismen beter apart konden blijven bestaan om specifieke doelgroepen te bedienen: IHT, frailty, en persoonlijkheidsstoornissen.
- **Werkdocument ssiw:** hierin werden de conclusies uit beide rapporten vertaald naar een nieuwe organisatievorm. Hierin werden de expertnetwerken geïntroduceerd, en de start van het netwerk kennis samen delen (zie ook de hoofdstukken 6B en 8A). De achtergrond daarvan was de wens dat met het verdwijnen van stoornis-specifieke teams de kennis in die teams verder kan groeien
- **Herstelacademies:** De ervaringsdeskundigen pleitten in deze periode voor een positionering binnen de Herstelacademies. Zij waren op dat moment deel van de F-ACT-teams, forensische teams en de klinieken, maar afwezig in de stoornis-specifieke teams. Naast hun cliëntgebonden werk werden zij veel gevraagd voor allerlei projecten binnen en buiten de organisatie. Een daarvan was de ontwikkeling van de Herstelacademies (toen nog herstelwerkplaatsen geheten). Zij zijn toen op hun verzoek allen geheel verbonden aan de Herstelacademies om zowel de professionele ontwikkeling van de ervaringsdeskundigen als de ontwikkeling van de Herstelacademies te bevorderen.
- **Kind en Jeugd:** bij de visieontwikkeling werd eerst de kind- en jeugdpsychiatrie niet meegenomen. Zij werden na aansluiting bij GGZ NHN meteen deel van het netwerk kennis samen delen en zo werd zorg voor 0 tot 100 jaar deel van de integrale visie.

CONCLUSIES EN TOEKOMST

Met ssiw is gewerkt aan een intern netwerk dat gericht is op integrale behandeling waarbij kennis wordt ontsloten ten behoeve van het herstel van onze cliënten in samenwerking met het externe netwerk. Hiermee is een voortgaand samen leren proces ingezet. We hebben steeds voor ogen gehad dat GGZ NHN deel uitmaakt van een regionaal netwerk. Nu ssiw onze nieuwe praktijk is geworden zal de focus nog meer gericht zijn op de samenwerking met dat netwerk. Het Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) is een beweging die ons kan helpen samen met onze netwerkpartners deze beweging te maken (<https://www.denieuweggz.nl/gem>). Dit zullen wij doen vanuit een publiek gezondheidsperspectief waarbij wij een netwerkpartner zijn om samen te werken aan preventie en het bevorderen van mentale gezondheid in de wijk. Dit nodigt ons uit om grote globale thema's, zoals mensenrechten, klimaatverandering en sociale ongelijkheid deel te laten worden van onze gezamenlijke aanpak om de mentale gezondheid te bevorderen (Belkin et al., 2021). We zullen hierbij beter worden in het hanteren van de digitale mogelijkheden voor behandelen en samen leren. Wij staan daarbij voor een systeem van sociaal leren in een community of practice (Ruijters et al., 2021) en het bijeenroepen van verschillende systemen, regionaal, nationaal en internationaal (Keet et al., 2019). Alleen in verbinding met de wereld om ons heen kunnen we met succes de gemeenschappelijke uitdagingen voor een mentaal gezonde samenleving aangaan.

REFERENTIES

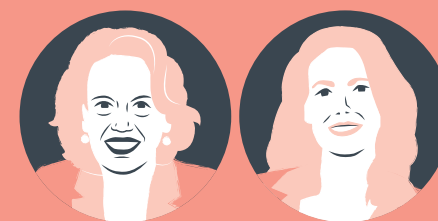
- Belkin, G., Appleton, S., & Langlois, K. (2021). Reimagining mental health systems post covid-19. *The Lancet Planetary Health*, 5, E181-E182.
- Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van een ernstige psychische aandoening. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 6, 427-438.
- Delespaul, P. (2016). *Goede GGZ*. Leusden: Diagnosis.
- Keet, R. (2011). Beter worden doe je thuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 691-693.
- Keet, R., De Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., et al. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC psychiatry*, 19, 174.
- Prinsen, E., Van Wel, B., Mulder, N., & De Koning N., (2016). *Handboek IHT. Intensive home treatment*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Projectgroep Plan van Aanpak ernstige psychische aandoeningen (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Ruijters, M., Schut, R., & Simon, R.-J. (2021). *Canon van het leren en ontwikkelen (2nd ed.)*. Boom uitgevers.
- Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Van Veldhuizen, R., Polhuizen, D., Bahler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (2009). *Handboek Flexible ACT*. Utrecht: de Tijdstroom.





HOOFDSTUK 5

GGZ NHN: herstelondersteunende zorg, een visie met consequenties



Lucretia d'Fonseca en Marijke van Putten

In dit hoofdstuk beschrijven we de situatie van GGZ NHN zoals die aan de organisatieverandering ssiw voorafging en factoren die het veranderproces beïnvloed hebben. Wij bestrijken een periode van ongeveer 15 jaar, die begint bij de ontwikkeling van het F-ACT-model (Flexibel Assertive Community Treatment) en eindigt bij de vorming van ssiw.

WAT GING ERAAN VOORAF?

De organisatie kende een divisiestructuur met drie zorgonderdelen:

1. De divisie maatschappelijke psychiatrie met F-ACT teams, wonen en dagbesteding
2. De divisie specialistische centra met behandelteams, ingedeeld naar diagnosegroepen
3. De divisie forensische en acute psychiatrie

Vanaf 2003 werd met F-ACT teams gestart, het model heeft zich binnen GGZ NHN ontwikkeld en kreeg navolging in de rest van Nederland. Door het opschalen van intensieve ambulante zorg, werd het voor cliënten mogelijk om in plaats van een (langdurige) klinische opname, een leven op te bouwen buiten de kliniek. Door de komst van F-ACT kon GGZ NHN bedden afbouwen binnen de langdurige zorg. De behoefte aan beschermd wonen en zinvolle dagbesteding groeide, waardoor de capaciteit van activiteitencentra en beschermd en begeleid wonen toenam. Eveneens werd Forensisch ACT en jeugd F-ACT gestart.

Later is het IHT-model (intensieve crisiszorg thuis) geïntroduceerd en kreeg de ambulantisering voor de kortdurende zorg gestalte, bedcapaciteit werd afgebouwd en klinieken gesloten. Ondertussen werkte de divisie specialistische centra aan specialisatie op het gebied van diagnostiek en stoornisspecifieke behandelingen.

Deze ontwikkelingen binnen de divisies kenden ook beperkingen, zoals rigide verwijsculturen tussen teams en divisies en gebrekkige kennisuitwisseling. Het gezamenlijk belang van de cliënt stond onvoldoende op de voorgrond. Ook de externe en maatschappelijke context was aan verandering onderhevig. Het speelveld werd dynamischer, door stelselwijzigingen kwamen er meer actoren.

Dit vroeg om organisatorische flexibiliteit en samenwerkingsverbanden die verder strekten dan de grenzen van GGZ NHN. Daarnaast kwam vanuit de cliëntenbeweging de herstelbeweging op gang, met accent op empowerment, zelfregie en het bestrijden van stigma.

DE DYNAMIEK VAN EEN VERANDERENDE OMGEVING

De ontwikkeling van specialisten in de wijk staat niet op zichzelf, maar past binnen een transitie die de gehele geneeskunde doormaakt, met een herwaardering van de generieke elementen, het centraal stellen van de doelen van de cliënt en een nieuwe visie op gezondheid.

Een visie die uitgaat van gezondheid en het vermogen zich aan te passen en regie te voeren ten opzichte van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Machteld Huber). De huisarts heeft binnen die visie een centrale plaats, daarom is het belangrijk de zorg dicht bij de huisarts te organiseren. Herstel is daarbij de gedeelde grondhouding. Al eerder had GGZ NHN het belang van herstel, empowerment en de inzet van ervaringsdeskundigheid, hoog in het vaandel staan. Bij de start van F-ACT kwamen de eerste ervaringsdeskundigen in dienst, ook op de klinieken.

VWS kwam met een stelselherziening, een herordening in drie componenten:

- **Ggz-zorg door de huisarts:** enkelvoudige ggz-vragen voor kortdurende begeleiding door een poh-ggz (praktijkondersteuner huisarts ggz).
- **Basis-ggz:** voor enkelvoudige problematiek, behandeling door psychologen.
- **Specialistische ggz:** voor meervoudige complexe problematiek die vraagt om een integrale, multidisciplinaire, specialistische behandeling.

Onder aanvoering van het kenniscentrum Phrenos werd in 2014 het plan van aanpak ernstig psychische aandoeningen (EPA) *Over de Brug* (van Weeghel) geschreven. Een document waarin voor meer jaren de gewenste richting werd aangegeven voor de zorg aan mensen met een ernstig psychische aandoening. Daarin werd de ambitie vastgelegd om 30% meer herstel te bereiken. Dit rapport sloot naadloos aan op de visie en ambitie van GGZ NHN.

VISIE EN STRATEGISCHE KEUZES GGZ NHN

GGZ NHN kenmerkt zich als een visie gedreven en toekomstgerichte organisatie. Vanaf de eerste ontwikkelingen in de ambulantisering was het statement: "Beter worden doe je thuis", al onze inspanningen zijn erop gericht om de gezondheid en veerkracht van onze cliënten te bevorderen. Wij doen dit samen met de cliënt en diens betrokkenen, zoveel als mogelijk in de eigen omgeving (beschreven in het strategisch beleidsplan GGZ NHN 2015-2016 en 2017-2019).



Het doel van GGZ NHN is om haar specifieke expertise op het gebied van behandeling en begeleiding van mensen met psychische aandoeningen in te zetten vanuit een herstelvisie en bij te dragen aan de psychische gezondheid van burgers in de regio Noord-Holland Noord. Die ambitie strekt dus verder dan alleen de burgers die cliënt zijn van GGZ NHN.

Door de stelselherziening is de behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening, het kerndomein van GGZ NHN geworden. Doordat het gelukt was om de cliëntenstroom te verleggen van de specialistische ggz naar de basis-ggz, veranderde het profiel van de patiëntengroep die door huisartsen naar ons verwezen werd. Het betrof nu uitsluitend nog mensen met een ernstig psychische aandoening. Verder onderzochten we de klantreis waaruit bleek dat cliënten last hadden van een gebrekkige samenwerking wanneer er meerdere behandelaren uit verschillende teams (divisies) nodig waren. Ook huisartsen en poh's werd naar hun ervaringen met GGZ NHN gevraagd. Daaruit bleek dat het de samenwerking bevordert wanneer je elkaar kent en er regelmatig contact is. Helaas werd het contact van beide kanten als te weinig ervaren.

Het was duidelijk dat de toenmalige ingewikkelde en versnipperde organisatievorm de ambitie in de weg stond; Zo begon de verkenning naar een nieuwe organisatievorm passend bij een klant- en herstelgerichte behandeling. Het leidende motto was "Jouw patiënt is mijn patiënt". Daarmee ontstond ssiw met nieuwe wijkgerichte multidisciplinair samengestelde ambulante ggz-teams, samengesteld uit medewerkers van de voormalige divisies.

INVLOEDEN TIJDENS DE VERANDERING

Tijdens de ontwerpfasen en latere implementatiefase is het model op enkele onderdelen aangepast. De teams voor behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben wij niet laten samengaan met de ambulante ggz-teams. Het bleek niet haalbaar om het groepsgerichte behandelaanbod per team georganiseerd te krijgen. Zij hebben teams in drie regio's waar zij op locatie samenwerken met de ggz-teams. Ook de ouderenpsychiatrie heeft een regionale functie vanwege het specifieke ouderennetwerk.

Gelijktijdig met de invoering van ssiw was er sprake van een snel toenemend tekort op de arbeidsmarkt. Dat was een complicerende factor omdat teams bij de start niet over de gewenste samenstelling konden beschikken. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen werd herzien, wij beschikten over te weinig capaciteit en een aantal voelde zich wat verloren in een eenmanspositie binnen een team. Dat heeft ertoe geleid dat er in meerdere regio's herstelwerkplaatsen zijn opgezet van waaruit de ervaringsdeskundigen de cliënten uit de teams bedienen.

Ondanks de start en stevige inzet van poh-ggz en basis-ggz, heeft de verwachte afname van Specialistische ggz-zorg niet plaatsgevonden. Er bleek een totale toename van de vraag in de regio, die overigens niet tot duurdere zorg heeft geleid, want er zijn meer cliënten met hetzelfde geld geholpen. Helaas zijn er door die hogere toestroom en de problemen op de arbeidsmarkt, net als elders in Nederland, wel wachttijden ontstaan.

LESSONS LEARNED

Het vraagt moed en doorzettingsvermogen om de consequentie van een visie daadwerkelijk uit te voeren. Het is noodzakelijk te beschikken over een goed doordacht plan waar medewerkers en cliënten bij betrokken zijn. Toon de bereidheid om aan te passen en bij te stellen, niet onder druk van meningen maar op basis van onderzoek en analyses. Realiseer je dat het een meerjarige verandering is die niet alleen over anders organiseren gaat maar bovenal over de betekenis van herstelgerichte zorg. Investeer in medewerkers door scholing en coaching van teams.

Tot slot is het monitoren van het resultaat van belang. In het tweede deel wordt hierop ingegaan, evenals op de vraag in hoeverre GGZ NHN erin slaagt de ambities van ssiw waar te maken.

REFERENTIES

Van Weeghel, J. et al., Projectgroep Plan van aanpak ernstig psychische aandoeningen (2014) *Over de Brug*. Kenniscentrum Phrenos.

Keet, R., d'Fonseca, L., Dhondt, T., Verhagen, T., Maarse M., & Bahler, M., (2017) *Specialisten Samen in de Wijk werkdocument*. Heiloo: GGZ NHN.

d'Fonseca, L., Dhondt, T., Keet, R. (2016) *Het Geïntegreerde Behandelkader van GGZ Noord-Holland-Noord*. Heiloo: GGZ NHN.

GGZ NHN Strategisch Beleidsplan 2016-2017 & 2018-2019. Heiloo: GGZ NHN.

Huber, M. (2014) *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Proefschrift Universiteit Maastricht.

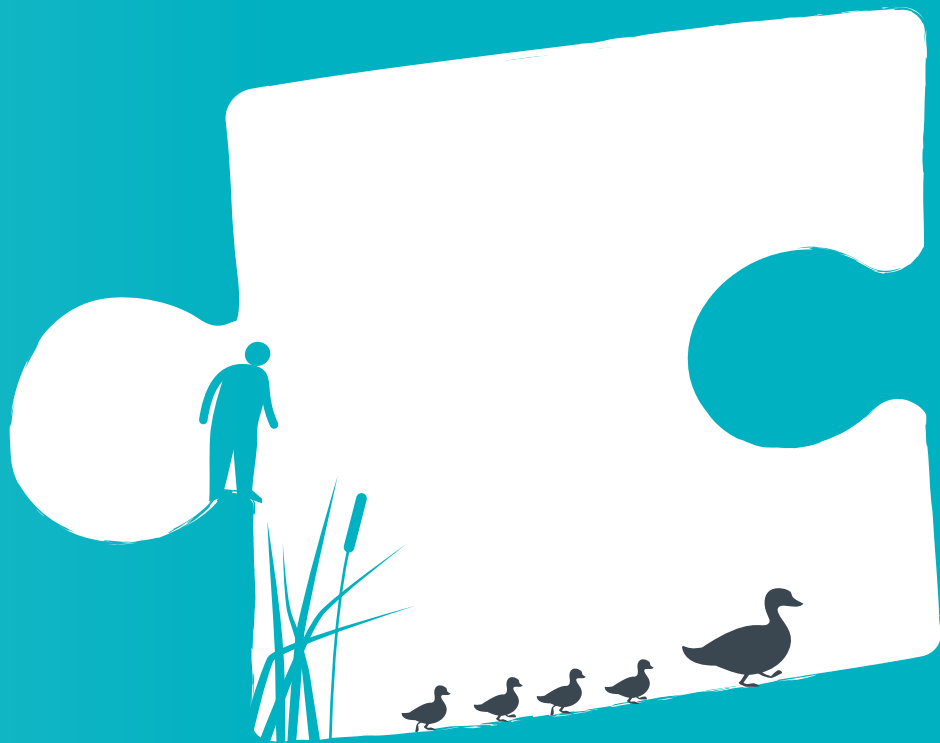


Veranderingsproces



HOOFDSTUK 6A

Organisatie: jeugdzorg, een vreemde eend in de bijt?



Thessa Mous

In 2018 zijn GGZ NHN en Triversum kinder- en jeugdpsychiatrie een fusie aangegaan. Sindsdien is Jeugd & gezin één van de drie zorgdivisies van GGZ NHN.

Kinder- en jeugdpsychiatrie is een jong vak. Een specialisatie, ontstaan vanuit de volwassen psychiatrie. Een vak dat sinds het begin van de vorige eeuw voortdurend in beweging en ontwikkeling is. Die beweging gaat o.a. over het domein waartoe de kinder- en jeugdpsychiatrie behoort of zou moeten behoren, de plek binnen het medische domein, maar ook de plek binnen het domein van de jeugdzorg (Boer, 2022).

Sinds 2015 bepaalt de Jeugdwet de organisatie van de jeugdhulp. Daarmee komt de kinder- en jeugdpsychiatrie losser te staan van het medische veld en de volwassenenpsychiatrie. De Jeugdwet moest een transformatie bewerkstelligen: gebruik maken van eigen kracht en regie jeugdigen en gezinnen, demedicaliseren en terugbrengen zorgvraag, eerder inzetten jeugdhulp met de mogelijkheid van zorg op maat, samenhangende hulp voor gezinnen. Tenslotte moest er meer ruimte voor de professional komen en minder regeldruk. Zes jaar later wordt op steeds bredere schaal geconcludeerd dat de doelen van de transformatie niet gehaald zijn en wordt er opnieuw nagedacht over de inrichting van de specialistische jeugdhulp.

In de ontwikkeling van het vak speelt het heersende paradigma een cruciale rol. Hoewel we binnen Triversum al jarenlang het bio-psychosociale model als uitgangspunt nemen, lijkt het medisch denken waarbij genezing als uitkomst van behandeling nagestreefd en verwacht wordt, te overheersen. Zowel binnen de ggz als daarbuiten. De werkelijkheid is echter vele malen complexer dan de modellen in wetenschappelijk onderzoek. Veelal is sprake van comorbide problematiek in plaats van enkelvoudige problemen. Psychiatrische problemen in de jeugd moeten altijd beschouwd worden in relatie tot de ontwikkeling van de jeugdige en de dynamische omgeving waarvan hij in meer of mindere mate afhankelijk is.

Deze complexiteit van de realiteit, samengenomen met de maatschappelijke ontwikkelingen: de opkomst van ervaringsdeskundigheid, de roep om destigmatisering en de inzet op positieve gezondheid, maakt een verschuiving van de focus op genezing naar de focus op herstel ook voor het jeugdveld passend (Schepens, 2022).

EFFECTEN TRANSFORMATIE TRIVERSUM

Een positief gevolg van de transformatie die onder invloed van de invoering van de Jeugdwet tot stand is gekomen, is voor Triversum de verdere ambulantisering. Medio 2022 hebben we als positieve uitkomst hiervan 20 bedden en 28 dagbehandelingsplekken afgebouwd. Ambulante behandeling wordt met de komst van F-ACT en IHT en andere outreachende vormen dichter bij de cliënt georganiseerd. Met intensievere en korter durende behandelvormen boeken we niet alleen tijdswinst, maar verhogen we ook de motivatie van de cliënt. Bovendien zorgen we met deze behandelvormen mogelijk voor snellere participatie in de maatschappij door de hervatting van ontwikkeling en onderwijs. Ook binnen Triversum hebben we *Beter worden doe je thuis* als leidend principe omarmd.

Het veld en de gemeentelijke financier beschouwen de kinder- en jeugdpsychiatrie sinds de transformatie als de specialist in het jeugdveld. Gemeentes en andere verwijzers zijn selectiever geworden in hun verwijzingen en vooral jeugdigen en gezinnen met zeer complexe hulpvragen komen bij de kinder- en jeugdpsychiatrie terecht.

De complexiteit vraagt, naast voortdurende ontwikkeling van het specialisme, om samenwerking. We zetten hierin stappen samen met onder andere organisaties in het jeugdveld en het onderwijs. Een voorzichtig begin van een netwerk rondom de cliënt lijkt hiermee te ontstaan.

Ondanks de positieve gevolgen hebben we ook binnen Triversum de doelen van de transformatie niet volledig behaald en voelen we tevens de nadelen van de Jeugdwet. De administratieve lasten en productiedruk zijn hoog en dat leidt onder andere tot verminderd werkplezier bij medewerkers. De overhead is toegenomen omdat we door de decentralisatie met allerlei verschillende (financierings)afspraken te maken hebben. Voor systeemorganisaties met alleen jeugd, wat voor Triversum tot 2018 gold, heeft dit geleid tot (financiële) problemen. Een fusie was daardoor noodzakelijk. Overigens speelden naast financiële overwegingen ook inhoudelijke afwegingen daarbij een rol.

Vanuit een bewuste afweging om psychiatrie als specialisme binnen de jeugdhulp te blijven onderscheiden is gekozen voor GGZ NHN als fusiepartner. De gefuseerde organisatie heeft ten doel de zorgverlening verder te ontschotten en de hulp in gezinnen met meerdere zorgvragen mogelijk te maken vanuit één team. Het gezamenlijk ontwikkelen van specialistische ambulante hulp en kennisdeling moet de scheiding tussen jeugd- en volwassenenhulp wegnemen en de eventuele transfer versoepelen (Van Putten & Berden 2017). Transitiepsychiatrie is sindsdien een belangrijke pijler binnen GGZ NHN.



HERSTELBEVORDERING VOOR JEUGD

Na de fusie in 2018 hebben we onze aandacht vooral gericht op integratie en harmonisatie. Sinds eind 2020 hebben we, in navolging van de andere zorgdivisies van GGZ NHN, de beweging naar herstelgericht werken omarmd en vastgelegd in het strategisch beleidsplan. Hiermee lopen we in het jeugdveld voorop in de landelijke ontwikkeling.

In alle regio's en klinieken verdiepen collega's, zogenaamde herstelcoaches, zich in herstelgericht werken en doen zij de benodigde aanpassingen voor jeugdigen en gezinnen. Zij zijn getraind in herstelbevorderend werken. Op hun beurt zullen zij in samenwerking met ervaringsdeskundigen, alle medewerkers trainen in de eerste helft van 2022. Alle teams hebben dan ook een nulmeting gedaan ten aanzien van de uitgangspunten van herstelbevorderend en ambulant werken en kunnen zich vervolgens gericht ontwikkelen.

Herstelbevorderend werken binnen de divisie jeugd&gezin rust op vier pijlers. De eerste belangrijke pijler is de noodzaak om verder te kijken dan (het verhelpen van) klachten. Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie was altijd al aandacht voor een bredere sociaal-maatschappelijke context. Zo was er oog voor het gezin, maar ook voor onderwijs en bijvoorbeeld sport. Waar participatie en zingeving steeds belangrijker elementen worden, zal deze aandacht voor de context dus nog verder moeten groeien (Akwa GGZ, 2018). Met de toevoeging van IPS (individuele plaatsing en steun) hebben we de mogelijkheid om jeugdigen gericht terug te leiden naar onderwijs of naar werk. Naast functioneel herstel, gaat het ook om maatschappelijk herstel en herstel van identiteit en ontwikkeling (Akwa GGZ, 2017). Dit kunnen we als kinder- en jeugdpsychiatrie niet alleen, samenwerking met andere domeinen en met het (in)formeel netwerk van de cliënt is noodzakelijk. Daarbij hebben we als uitgangspunt om te demedicaliseren en te destigmatiseren. Naast het behandelen van klachten gaat het over het ontwikkelen van vermogens en het mobiliseren van krachtbronnen.

Een tweede pijler is het toevoegen van ervaringsdeskundigheid (ED) als derde bron van kennis naast bestaande wetenschappelijke kennis en praktijkkennis. Vóór 2021 werd ervaringsdeskundigheid slechts incidenteel ingezet binnen het jeugddomein en zeker ook binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2020). In 2021 hebben wij 2 fte ED toegevoegd aan de jeugd&gezin-divisie. De ervaringsdeskundigen doen aanbod aan cliënten in de vorm van 'Delen is Helden', huiskamerbezoeken op de klinieken en de WRAP (Wellness Recovery Action Plan). Zij denken mee over de implementatie van herstelgericht werken binnen de jeugd divisie. In 2022 hebben we de eerste familie ervaringsdeskundige (FED) aangesteld. Doelstelling is om (F)ED beschikbaar te maken voor alle cliënten van jeugd&gezin, zowel digitaal als live.

We betrokken naast al bij de behandeling. De jeugdige groeit immers op in het gezin. De derde pijler is de beweging om mét de jeugdige en het gezin te praten in zogenaamde zorgafstemmingsgesprekken in plaats van óver hen, in multidisciplinaire overleggen. Er moet ruimte zijn en nog meer komen voor het eigen verhaal van de jeugdige en diens gezin (Vermeiren, 2021). Hier hoort bij dat we hen goed informeren over de mogelijkheden en het maken van gezamenlijke keuzes ten aanzien van de behandeling. Niet de hulpverlener heeft de waarheid in pacht, deze dient in gezamenlijkheid met de hulpvragers gevonden te worden (Van Os, 2021)

Een vierde pijler is het bieden van de zorg dicht bij de cliënt en het gezin. Dat kan zijn bij cliënten thuis, maar bijvoorbeeld ook op scholen. In de achterliggende jaren hebben we hierin geïnvesteerd door medewerkers op scholen te laten werken. Met F-ACT en IHT werken we outreachend en ook op de meer traditionele poliklinieken hebben we thuisbehandeling toegevoegd aan het aanbod. Klinische opnames duren steeds korter en zijn flexibeler. Opnames zijn een interventie in een ambulant traject, en ambulante behandelaars blijven dan ook betrokken tijdens de klinische opname en voeren de (proces) regie. Tenslotte bieden we digitale zorg met e-health modules en ook dit is dicht bij de cliënt. Het eerste volledige onlineteam voor jeugdigen is gestart in 2021 en verdubbeld in aantal fte's binnen het jaar. De doelstelling voor 2022 is om iedere cliënt de mogelijkheid te bieden, om te kiezen voor een online dan wel *blended* behandeling.

Hoewel we stappen maken in het organiseren van zorg dicht bij de cliënt, vragen we de cliënt in de praktijk nog regelmatig te reizen voor de zorg. Dilemma's hierin zijn de schaarste van personeel in combinatie met reistijd. We zijn ook nog niet op wijkniveau georganiseerd, zoals de ggz-teams in de volwassen psychiatrie. Gezien de aantallen cliënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie lijkt dit ook geen realistische optie.

TRANSITIEPSYCHIATRIE

Herstelgericht werken als gemeenschappelijk kader geeft de mogelijkheid voor jeugd- en volwassenenpsychiatrie om weer dicht naar elkaar te groeien en de kloof te dichten. Die kloof was met name in de transitieleeftijd (18-23 jaar) zeer zichtbaar. Daardoor verliep de overstap vaak problematisch. Kinder- en jeugdpsychiatrie vormt in de behandeling van de jongvolwassenen doelgroep een onmisbare schakel. We weten immers dat 75% van de psychische problematiek ontstaat voor het 25e levensjaar (De Girolamo et al., 2012). Voor het beantwoorden van de hulpvraag en het soepel maken van de transitie is flexibiliteit nodig. Met de fusie is dat mogelijk geworden. Jeugdigen voor wie dit passend is, kunnen langer in de jeugdpsychiatrie behandeld worden. Wanneer het passend is dat zij al voor hun 18e jaar gebruik maken van aanbod in de volwassenpsychiatrie, is dit ook beter mogelijk. Het interne expertnetwerk transitiepsychiatrie heeft een richtlijn geschreven voor een goede transitiefase en feitelijke transfer. Dit moeten we in de komende periode daadwerkelijk verankeren in de uitvoering op de werkvloer.



Daarnaast werken we aan een pilot voor geïntegreerde zorg van 0-67 in de regio Kop van Noord-Holland, met als doel de discontinuïteit verder terug te dringen en de samenwerking te verstevigen. In Noord-Kennemerland starten we een pilot met een gezinsgerichte benadering in samenwerking met Parlan Jeugdzorg, met als doel om jeugd- en volwassenenzorg geïntegreerd te kunnen aanbieden.

CONCLUSIE

Kinder- en jeugdpsychiatrie kent een eigen ontwikkelingspad en heeft een andere dynamiek, ten opzichte van de volwassenen ggz. Een vreemde eend in de bijt? Nee, eerder een cruciale schakel in het veld van de herstelgerichte geïntegreerde ggz. Daarbij is het van belang om de krachten uit beide domeinen te behouden en aan elkaar te verbinden om echt geïntegreerde zorg mogelijk te maken en kunnen we van elkaar leren. Zo is de volwassenenzorg bijvoorbeeld sterk in het beleggen van regie en autonomie bij de patiënt, terwijl Jeugd al zeer sterk is in het betrekken van de omgeving, naasten en andere relevante partijen.

In het jeugdveld zitten we midden in de paradigmaverschuiving naar herstelgericht werken. Binnen de divisie jeugd&gezin wordt met veel energie gewerkt aan de toepassing hiervan voor jeugd en de juiste inbedding in de organisatie. Daarmee wordt herstelbevorderend werken een zaak van zowel onze hulpverleners als onze ervaringsdeskundigen in samenwerking met de gezinnen die we behandelen. In dit traject zal er aandacht moeten zijn voor de (verandering in) kwaliteit van zorg, de analyse op kosten en baten en mogelijke veranderingen in de toegankelijkheid. Om een en ander goed in kaart te brengen zullen we de veranderingen gepaard moeten laten gaan met onderzoek en het verzamelen van data. Deze stellen ons namelijk in staat om samen te blijven leren.

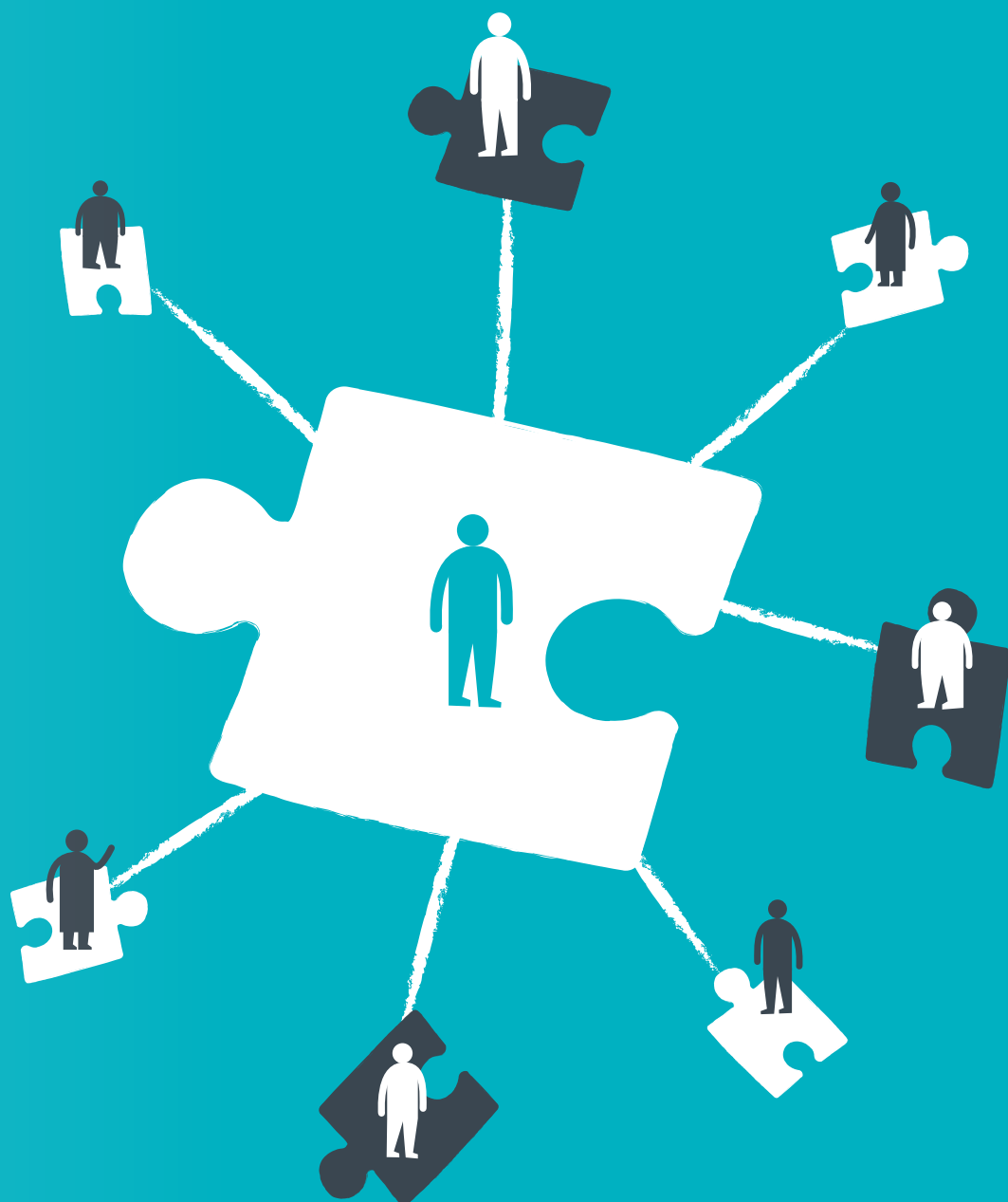
REFERENTIES

- Akwa GGZ (2017). *GGZ Standaard Herstelondersteuning*. Geraadpleegd op www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning.
- Akwa GGZ (2018). *GGZ Standaard Psychische klachten in de kindertijd*. Geraadpleegd op www.ggz-standaarden.nl/generieke-modules-psychische-klachten-in-de-kindertijd/introductie.
- Van Amelsvoort, T. (2014). De kloof overbruggen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 638-639.
- Boer, F. (2013). De Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie in de praktijk; ontwikkelingen in de afgelopen vijftien jaar. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 619-624.
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47-57.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2020). *Ervaringskennis in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Position paper. Geraadpleegd op www.kenniscentrum-kjp.nl.
- NJI (2015) Transformatie jeugdhulp, de jeugdwet. Geraadpleegd op www.nji.nl/transformatie-jeugdhulp/jeugdwet.
- Van Os, J. van, Spronsen M. (2021). *We zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Leuven: Lannoo Campus.
- Scheepers, F., & Velders F. (2022). Vernieuwing van het vak, de weg naar geïntegreerde zorg, netwerkdenken en herstel. In: *Handboek kinder- en jeugdpsychiatrie*, pp. 740-747.
- Vermeiren, R. (2021). In: *VPRO Zomergasten*, zomer 2021.



HOOFDSTUK 6B

Organisatie: volwassenenzorg



Sonja van Rooijen, Yildiz van den Akker en Lucretia d'Fonseca

Na ruim twee jaar voorbereiding startte GGZ NHN begin september 2017 met het project ssiw. Dit staat voor een nieuwe ambulante werkwijze met het accent op geïntegreerde behandeling, herstelgericht en doelgericht.

Ssiw draait om flexibele samenwerking, intern en extern, zodat alle expertise die nodig is voor de behandeling en begeleiding van cliënten gemakkelijk kan worden aangewend en ingezet. Om geïntegreerd behandelen mogelijk te maken werd besloten de specialistische centra en de F-ACT-teams samen te voegen tot nieuwe ggz-teams binnen een nieuwe divisie Maatschappelijk en Specialistisch. Zo ontstonden er 18 ambulante, specialistische ggz-teams, elk met een overzichtelijk werkgebied van ongeveer 35.000 inwoners en gemiddeld 300-400 cliënten, verdeeld over de drie regio's van GGZ NHN: Noord-Kennemerland, West-Friesland en Kop van Noord-Holland.

Naast deze ggz-teams zijn er ggz-regioteams voor ouderenzorg (Frailty) en voor PEA: persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en ADHD. Met het opheffen van de specialistische centra en F-ACT-teams werd het borgen van specialistische kennis een belangrijk vraagstuk. Daarvoor zijn zogenoemde expertnetwerken opgericht, kennisnetwerken onder leiding van lead experts, die tot doel hebben de specialistische kennis up-to-date te houden, verder te ontwikkelen en te delen met collega's in alle teams en divisies. De lead experts organiseren geregeld netwerkbijeenkomsten en zorgen voor deskundigheidsbevordering. Zij bieden ook consultatie aan collega's. Alle hulpverleners kunnen zich aansluiten bij een aantal relevante expertnetwerken om zo te profiteren van de expertise die voorhanden is in de organisatie.

DOELEN EN AANPAK

Doelen

De gedachte achter ssiw is om mensen met ernstige psychische aandoeningen in hun eigen omgeving te ondersteunen en geïntegreerde behandeling te bieden. Daartoe is het belangrijk om de zorg zodanig in te richten dat de benodigde expertise flexibel kan worden aangewend: specialisten samen in de wijk. Samenwerking – intern en extern – is hierbij het kernpunt.

Er zijn vijf uitgangspunten geformuleerd voor het ambulante werken: geïntegreerde, herstelgerichte behandeling in aansluiting op de capaciteiten en hulpvraag van de cliënt; doelgerichte en doelmatige behandeling met bijbehorende behandelplancyclus; flexibele inzet van de expertise die aanwezig is; onderlinge verbinding en samenwerking tussen divisies en teams; samenwerking met externe partners om gezamenlijk vorm te geven aan de zorg voor cliënten in de wijk. Deze uitgangspunten zijn opgenomen in een zogenoemde ssiw-fidelityschaal (modelgetrouwheidsschaal) met behulp waarvan een startmeting (2018) en twee vervolgmetingen (2019 en 2021) zijn verricht bij alle ggz-teams en de regioteams om zo de implementatie van ssiw te kunnen volgen en het proces bij te sturen.

Naast deze ssiw-fidelitymetingen is er een interne procesevaluatie verricht. Daarvoor zijn in twee periodes (2018- 2019 en 2021) interviews gevoerd met beide keren ongeveer 25 medewerkers van GGZ NHN, verspreid werkzaam in alle divisies. De procesevaluatie had als doel om de implementatie van ssiw nauwkeurig te volgen, feedback te verzamelen en te kunnen leren van de bevindingen van de intern betrokkenen. Verderop in dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van de onderzoeken.

Aanpak ssiw

Bij de voorbereiding van ssiw waren veel mensen betrokken: de raad van bestuur, directies, managers, hulpverleners en medewerkers uit de ondersteunende diensten. Ook de medezeggenschapsraden (MZr en CFM-raad) waren vertegenwoordigd in de toenmalige projectgroep. In verschillende werkgroepen en aparte bijeenkomsten werden de ideeën en de mogelijke uitwerking daarvan besproken en bediscussieerd.

Begin 2017 verscheen het werkdocument Specialisten Samen in de Wijk waarin de visie en de organisatiestructuur werden beschreven. Voorjaar 2017 werden er op diverse locaties van GGZ NHN voor alle medewerkers van de nieuw te vormen ggz-teams informatieve kennismakingsbijeenkomsten georganiseerd (kick-offbijeenkomsten). Deze bijeenkomsten waren mede bedoeld om de visie op ssiw te verduidelijken. Daarop volgde voor alle 18 ggz-teams afzonderlijk een aantal teambuildingsbijeenkomsten (verschillende dagdelen, voor en na de reorganisatie) om met elkaar richting te geven aan de nieuwe manier van werken in een geïntegreerd werkend team. Dit proces werd begeleid door de managers en een aantal tijdelijk aangewezen teamcoaches. De teambuildingsbijeenkomsten werden georganiseerd vanuit de FIT-academy (zie hoofdstuk 8A).

Het gehele proces werd aangestuurd door de directie van de divisie M&S, daarin ondersteund door twee directiesecretarissen en de implementatiebegeleiders ssiw, samen het projectteam ssiw. De feitelijke start met ssiw vond plaats begin september dat jaar. Vanaf die maand gingen de hulpverleners werken in het nieuwe ggz-team en werden de cliënten herverdeeld over de teams. Een deel van de cliënten kreeg te maken met nieuwe behandelaars, een ander deel behield deze.

Om het implementatieproces op teamniveau te begeleiden kreeg elk ggz-team een implementatiebegeleider die samen met de manager optrok om te komen tot een ssiw-werkplan. De verslagen van de ssiw-metingen boden een houvast om daaraan invulling te geven. Elk team ontving na afloop een verslag met aanbevelingen en dit werd besproken met het team, de manager en de implementatiebegeleider. Waar nodig bood de implementatiebegeleider ondersteuning om bepaalde doelen te bereiken. Ook de directieleden onderhielden contact met de ggz-teams. In het MT was ssiw gedurende de eerste jaren structureel geagendeerd als onderwerp van gesprek en vond er intervisie plaats om gezamenlijk na te denken over het bevorderen van de implementatie van ssiw.

RESULTATEN INTERNE PROCES-EVALUATIE

De reorganisatie had logischerwijze veel impact, vooral voor de medewerkers van de ggz-teams. Zij kregen te maken met een veel gevarieerdere groep van cliënten met zeer uiteenlopende hulpvragen. De hulpverleners ervoeren dit als overweldigend en bemerkten dat hun kennis en expertise soms tekortschoot om hierop adequaat antwoord te bieden. De impact op de dagelijkse werkroutine was enorm groot, zo kwam uit de interne procesevaluatie naar voren. Vertrouwde werkwijzen werden doorbroken en er was niet ineens een passende samenwerkingsvorm gevonden. De instroom van nieuwe cliënten ging onverkort door terwijl een deel van de andere cliënten moest worden overgedragen aan hulpverleners van andere teams. Tegelijkertijd kostte het de hulpverleners tijd om zich te verdiepen in de dossiers van cliënten die zij overgedragen hadden gekregen van collega's. De medewerkers van de secretariaten moesten zich eveneens verhouden tot een nieuw team.

De gebruikelijke communicatielijnen om hulpvragen van cliënten snel door te zetten naar de hulpverleners waren in het begin doorkruist. Het duurde zeker een half jaar voordat de teamleden met elkaar een goed werkende structuur voor de samenwerking hadden gevonden in het eigen team. De aandacht ging uit naar de werkprocessen, de inhoudelijke doelstellingen van ssiw stonden in die periode op de achtergrond.

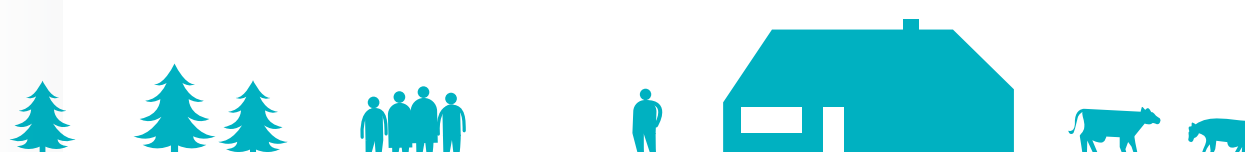
De hectiek van de eerste maanden raakte voorjaar 2018 gaandeweg op de achtergrond en maakte plaats voor een opbouwfase voor de ggz-teams. In die periode vond de ssiw-startmeting plaats en werden de teams bevroegd op de vijf uitgangspunten van ssiw. De gemiddelde totaalscore van de ggz-teams was een 4.0 (8-puntsschaal) wat aangeeft dat de teams in een fase verkeerden waarin nog veel ontwikkeld moest worden.¹ De startmeting wees uit dat de teams zoekende waren om flexibel vorm te geven aan een geïntegreerd behandelproces. Er was nog weinig sprake van een systematische behandelplancyclus om de behandeling doelgericht en doelmatig vorm te geven. Er werd relatief laag gescoord op het thema kwaliteitsbevordering. De weg naar de expertnetwerken was nog niet gevonden en scholing had in de eerste fase geen prioriteit. Het item over de zorg voor cliënten die

acuut in crisis raakten en outreachende zorg nodig hadden, kreeg de hoogste score. De crisiszorg liep in alle gevallen door. Gaandeweg kwamen de ggz-teams meer in balans door inzet van de teamleden en ondersteuning van de managers.

De vervolgmeting was anderhalf jaar later, najaar 2019. De gemiddelde totaalscore van de ggz-teams was met een punt vooruitgegaan op de ssiw-fideliteitschaal (5.0) hetgeen uitwijst dat de teams meer vorm kunnen geven aan de uitgangspunten van ssiw. De laatste ssiw-meting in 2021 toonde een lichte stijging (5.4). Bij de laatste meting werd relatief hoog gescoord op de thema's flexibilisering van de zorg, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel (zie ook hoofdstuk 7). De teamleden werken flexibel samen om interdisciplinaire en complementaire behandeling te geven, zo wees de ssiw-meting uit (hoogste score). De behandelplancyclus krijgt beter vorm, aan de hand van behandelplanevaluaties en evaluatie van de gestelde doelen. De visie op herstelondersteunende zorg wordt steeds concreter. Ook is er meer aandacht voor kwaliteits- en deskundigheidsbevordering, zowel in teamverband als vanuit de expertnetwerken. Lead experts zetten zich in om de zorg te professionaliseren en de kennisuitwisseling te bevorderen.

De expertnetwerken hebben een duidelijke plek gekregen in de organisatie. Regelmatig worden lead experts of andere betrokken medewerkers van het expertnetwerk gevraagd om consultatie bij behandelingen waarover de teamleden zelf te weinig kennis en expertise hebben. Deze consultatiefunctie wordt gewaardeerd. Het lukt minder goed om na het consult gezamenlijk te blijven optrekken in de behandeling. Lead experts hebben hier niet voldoende tijd voor. De borging en doorontwikkeling van expertise is een aandachtspunt in het huidige geïntegreerde model. Het vereist veel oefening om bepaalde behandelingen goed te kunnen uitvoeren. Bij een uiteenlopende groep van cliënten en een grote diversiteit aan behandelvragen, is er betrekkelijk weinig mogelijkheid om bepaalde behandelingen veelvuldig te praktiseren. Dit is een kritisch punt dat zowel naar voren kwam tijdens de ssiw-metingen als de procesevaluaties.

In het kader van de ssiw-metingen zijn eind 2020 ook verschillende panelgesprekken georganiseerd met cliënten en familieleden. Met hen is o.a. gesproken over de communicatie en het contact met de behandelaars en de tevredenheid over de behandeling. Het contact met de behandelaar blijkt sterk bepalend voor de mate van tevredenheid over de behandeling. Cliënten en familieleden die een goede band ervaren met hun behandelaars tonen zich (zeer) tevreden over hun behandeling. Voor zover cliënten en familieleden zich kritisch uitspraken, betrof dit vooral de communicatie, de behandelkeuzemogelijkheden en de wachtljsten. Terugblikkend op het begin van de reorganisatie werd door de panelleden opgemerkt dat er vaak afspraken uitvielen en werden verzet. Ook aan het begin van de coronapandemie was dit geregeld het geval. De panelleden vonden het vooral storend dat het ontbrak aan communicatie en informatie.



Verder werd opgemerkt dat er weinig tot geen keuze is in het behandelaanbod. Wanneer cliënten de voorkeur geven aan individuele behandeling boven groepsbehandeling is daarvoor weinig tot geen ruimte. Ook is er naar mening van de panelleden weinig mogelijkheid om te wisselen van behandelaar als er geen goede klik is. Een enkele cliënt gaf aan de expertise te missen van het voormalige specialistische behandelcentrum. Andere mensen weerspraken dat maar vonden vooral de overgangsfase en de wisseling van behandelaar(s) erg vervelend. Inmiddels, eind 2020, is dat geen issue meer, zo meenden de panelleden. Wel lopen zij aan tegen de wachttijden voordat de behandeling daadwerkelijk van start kan gaan. De druk op de hulpverleners is voor cliënten en familieleden sterk voelbaar.

CONCLUSIES

Sinds de start van ssiw is er veel veranderd en het nodige bereikt. Hieronder staan we stil bij de vijf uitgangspunten van ssiw en ter illustratie een ervaring uit de praktijk.

De ervaringen in de praktijk

Marjolein Koementas-de Vos (klinisch psycholoog en Edith Bakker (gz-psycholoog) delen hun praktijkervaring.

Naarmate er bij ons ggz-team meer rust was gekomen en de formatie op orde was, kon er gewerkt worden aan specifieke doelstellingen. In ons ggz-team was daar na 1,5 jaar sprake van en kwam er ruimte om te werken aan verbeteringen; het team volgde een Lean-training om specifieke uitdagingen van de teamwerkwijze aan te pakken. Een belangrijk pijnpunt was de wachttijd voor traumabehandeling bij de psychologen: zo'n 20 cliënten stonden op de wachtlijst en moesten ongeveer 1,5 jaar wachten voordat zij aan de beurt waren. Dit vonden wij onacceptabel. We observeerden dat trauma nauwelijks door andere disciplines, dan de psycholoog, met de cliënt besproken werd: "Dat is voor de psycholoog". Wij vermoedden dat dit niet kwam door onwil, maar eerder door gebrek aan kennis, kunde/ervaring en zelfvertrouwen van de zorgprofessional. Daaropvolgend hebben we het traumafaseplan ontwikkeld, waarbij de cliënt gefaseerd wordt behandeld met een geïntegreerde, herstelgerichte én doelgerichte behandeling waarbij flexibele inzet van expertise aanwezig is.

Precies zoals ssiw bedoeld is. In een notendop betekent het dat bij vermoeden van traumaklachten (een posttraumatische stressstoornis) en als de cliënt gemotiveerd is voor traumabehandeling, hij/zij na diagnostiek direct start met deze gefaseerde behandeling. Fase 1 richt zicht op oa motivatie en leren praten over traumatische gebeurtenissen. Fase 2 is het psychologische behandeldeel en fase 3 is gericht op nazorg.

De term wachttijd wordt niet meer gebruikt, want de behandeling begint meteen. Qua disciplines is in fase 1 een coördinerend behandelaar (CB) nodig, die volgens een richtlijn de fase met de cliënt doorloopt. In fase 2 vindt EMDR tweewekelijks icm exposure bij de psycholoog en CB plaats. En in fase 3 wordt stilgestaan bij overige hulpvragen, waarna zal blijken welke discipline hiervoor nodig is/zijn. Aan het begin en einde van iedere fase is de regiebehandelaar betrokken. Het gehele ggz-team is getraind in traumabehandeling en de psychologen ondersteunen de andere disciplines in de uitvoering. Voorts worden systematische de resultaten gemonitord aan de hand van de PCL. Het belangrijkste resultaat: er is geen wachttijd meer!

In de toekomst zal er nog onderzoek naar de effectiviteit van het traumafaseplan worden gedaan. Voorts worden meerdere ggz-teams nu getraind in het traumafaseplan. We zien ook het geïntegreerde werken, waarbij dus meerdere disciplines in het ggz-team betrokken zijn, terugkomen in andere belangrijke onderdelen van de herstelreis van de cliënt: het expertnetwerk diagnostiek heeft een model ontwikkeld voor geïntegreerde, herstelgerichte diagnostiek waarop expertnetwerken Autisme en Persoonlijkheidsstoornissen al een eerste format voor diagnostiek hebben ontwikkeld. Ook is ggz-team HHW Centrum bezig met het meer geïntegreerd behandelen van UHR (ultra high risk: hoogrisico op psychose) en psychose, geïnspireerd op het traumafaseplan. Kortom: we zijn op weg en er komt nog meer!

Herstelgerichte en geïntegreerde behandeling

Bij ssiw werken de hulpverleners samen om geïntegreerde behandeling te bieden met oog voor de verwevenheid van hulpvragen op verschillende domeinen: persoonlijk herstel, maatschappelijk herstel en verbetering van psychisch functioneren. De teams lijken hier goed in te slagen door inzet van de verschillende disciplines en door goed samen te werken. Er zijn mooie voorbeelden van teams die samen vormgeven aan multidisciplinaire traumabehandeling, met inzet van psychologen en andere disciplines. Ook bij andere hulpvragen werken de teamleden complementair. Tijdens de laatste ssiw-meting toont geïntegreerde, flexibele zorg de hoogste score. Ook persoonlijk herstel behoort tot de hoogste scores. Enerzijds heeft dit te maken met het aanbod vanuit de Herstelacademie van GGZ NHN waar cliënten kunnen meedoen aan diverse activiteiten en trainingen gericht op het versterken van hun persoonlijk herstel. Anderzijds zijn de ggz-teams aan de slag gegaan met herstelondersteunende intakes waardoor er bij aanvang meer focus komt te liggen op de herstelvisie en de concretisering daarvan.

Doelgerichte en doelmatige behandeling

Uit de ssiw-metingen blijkt dat de ggz-teams inmiddels systematischer vormgeven aan de behandelplancyclus. Tegelijkertijd blijkt uit het dossieronderzoek dat de behandeldoelen en de interventies of behandelaanpak vaak niet expliciet omschreven zijn. Dit bemoeilijkt de evaluatie van de behandeling. De doelen kunnen veel strakker worden vastgesteld, in onderling overleg tussen de cliënt en de behandelaar.

Inzet expertnetwerken

Bij de startmeting van ssiw bleek er nog nauwelijks sprake van inzet van de expertnetwerken; daarvoor was het te pril. Inmiddels zijn de expertnetwerken steeds beter ingebed. De consultatiefunctie komt goed van de grond, mee-behandelen blijkt lastiger. Tegelijkertijd bewijzen andere expertnetwerken het tegendeel. De zogenoemde exposurewerkplaats voor de behandeling van angst- en dwangstoornissen (bestaande uit een klein hulpverleningsteam), biedt veel consultatie én co-behandeling aan andere teams. Zie hiervoor de beschrijving in Hoofdstuk 8B. Wellicht is dit een goed model voor andere behandelingen waarbij consultatie alleen ontoereikend is.

Interne samenwerking

De ggz-teams en IHT-teams werken doorgaans goed samen. Tegelijkertijd ervaren medewerkers in ambulante en klinische teams schotten tussen de divisies. Werkdruk is hier een belangrijke factor. De overgang van en samenwerking tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en de zorg voor volwassenen kan vloeiender verlopen door meer samen te werken. In de expertnetwerken krijgt dit aandacht. De divisie Jeugd & Gezin is vertegenwoordigd in relevante expertnetwerken en de samenwerking loopt goed. De samenwerking tussen de ggz-teams en de regioteams Frailty en PEA is gaandeweg verbeterd en kan op sommige punten nog versterkt worden.

Tot slot de externe samenwerking. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor de komende periode. Teams onderhouden veel functionele contacten met samenwerkingspartners, zoals huisartsen, poh-ggz, basis-ggz, gemeentelijke wijkteams en de verslavingszorg. Tegelijkertijd zal er meer geïnvesteerd moeten worden in samenhangende netwerken met de belangrijkste lokale en regionale partners. Er is inmiddels een intersectoraal netwerk voor verstandelijke beperkingen en psychiatrie om de samenwerking te versterken. De deelnemers kunnen laagdrempelig terecht bij elkaar voor consultatie en behandelsamenwerking. Dit vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor cliënten met comorbide problemen die met elkaar verweven zijn. Er zijn meer voorbeelden voorhanden. Zie hiervoor hoofdstuk 10A.

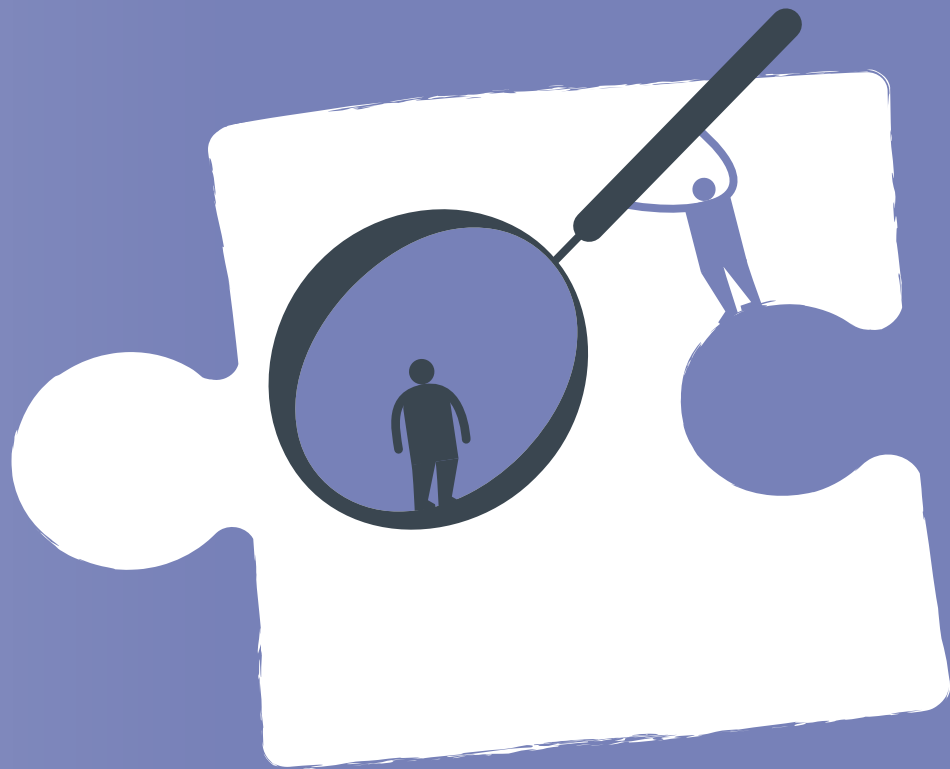
TOT SLOT

Voor de toekomst lijkt een geïntegreerde werkwijze als ssiw goede mogelijkheden te bieden. Het biedt kansen om de behandeling herstelgericht vorm te geven, met oog voor de verschillende hersteldimensies. Het sluit aan op de gedachte van transdiagnostisch werken, de gedachte om niet uitsluitend te focussen op de diagnose en de afzonderlijke behandelingen daarvoor, maar juist oog te hebben voor onderliggende kwetsbaarheden en factoren, en de behandeling daarop af te stemmen. Bepaalde methodieken en behandelingen zijn breed inzetbaar, ongeacht de specifieke diagnose. Denk bijvoorbeeld aan cognitieve gedragstherapie (CGT) die bij verschillende klachten kan worden ingezet. Binnen GGZ NHN wordt dit vooral geboden door de psychologen en verpleegkundigen, in samenspraak met de regiebehandelaar. CGT maar ook andere (transdiagnostische) behandelingen komen goed tot hun recht in een interdisciplinair werkend team. Elke discipline vervult een eigen bijdrage in de behandeling. De verpleegkundige disciplines kunnen het werk van de psychologen deels ontlasten. Mede gezien de huidige krapte op de arbeidsmarkt in de ggz, worden geïntegreerde teams gezien als een bestendig organisatiemodel. Interdisciplinaire samenwerking is een voorwaarde voor een geïntegreerd behandelmodel. Het is belangrijk daar volop in te investeren, ook in opleidingen en trainingen. Een belangrijk vraagstuk voor de toekomst is de borging van specifieke expertise voor behandelingen die minder frequent voorkomen. Dit kan mogelijk ondervangen worden door een bovenregionaal team of kleine outreachende behandelteams die breed inzetbaar zijn, in alle regio's. Ook is het belangrijk na te denken over nieuwe opleidingsvormen zoals traineeships, waarin hulpverleners veel expertise opdoen over (nieuwe) behandelingen van bepaalde stoornissen zodat zij een rol kunnen vervullen als (lead)expert.

NOTEN

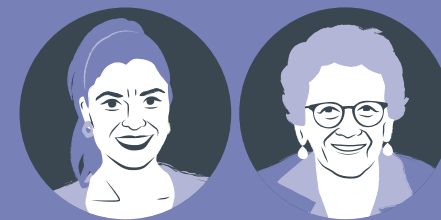
1. De scores op de ssiw-fideliteitschaal lopen van 1 tot 8. Score 1-2 is de laagste score (de uitvoering is niet tot nauwelijks zichtbaar). Score 3-4 (in ontwikkeling) duidt erop dat de uitvoering gaande is maar dat er nog veel (door)ontwikkeling nodig is. Score 5-6 staat voor een redelijke uitvoering. Score 7-8 staat voor een voorbeeldfunctie (ideaaltypisch).





HOOFDSTUK 7

Clënten



Fabiana Engelsbel en Annet Nugter

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de studie naar ssiw waarin de behandeluitkomsten van cliënten de primaire evaluatiemaat vormen.

Om de (afwezigheid van) veranderingen in de behandeluitkomsten van cliënten als gevolg van de implementatie van ssiw te kunnen interpreteren, is een schets van de aanloop naar deze breedschalige organisatiewijziging onmisbaar. Bij de ontwikkeling van ssiw is er bewust voor gekozen om de implementatie hiervan zorgvuldig te evalueren. Deze Aristotelische benadering is uiteraard niet op toeval berust, maar een uiting van de huidige visie, waarin GGZ NHN zich positioneert als lerende entiteit. Het liefst worden alle ontwikkelingen volgens de doorlopende kenniscyclus *Plan Do Study Act* (PDSA)-cyclus zodanig geëvalueerd dat bijsturing mogelijk is (Samen leren als basis van ontwikkeling, implementatie en innovatie, 2020).

Een aantal recente (stelselmatige) ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het ontstaan van de rationale die ten grondslag ligt aan ssiw. In hoofdstuk 5 is dat al aangemerkt als een belangrijke determinant. Door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in 2015 en het onderscheid in de basis-ggz (bggz) en sggz in 2014, worden lichtere zorgvragen voornamelijk ondervangen door sociale wijkteams, praktijkondersteuners-ggz in huisartsenpraktijken (poh-ggz) en de bggz. Voor de sggz heeft dit als gevolg dat zij, meer als voorheen, te maken heeft met cliënten met uiterst complexe, moeilijk te behandelen (langdurige) problematiek, veelal gekenmerkt door comorbiditeit.

Ook is het onderscheid tussen cliënten met lichtere en zwaardere problematiek minder scherp geworden. In lijn met deze ontwikkeling lijkt het organisatorisch onderscheid tussen de specialistische behandelcentra enerzijds en de *Flexible Assertive Community Treatment* (F-ACT)-teams anderzijds minder voor de hand liggend. Voorafgaand aan ssiw waren deze ondergebracht in respectievelijk de Divisie Specialistische Centra (DSC) en de Divisie Maatschappelijke Psychiatrie (DMP). Bovendien blijkt dat landelijk gezien relatief weinig cliënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA; zie voor definitie Delespaul en de consensusgroep EPA, 2013) F-ACT-behandeling krijgen, terwijl zij daar wel voor in aanmerking komen (Trimbos-instituut, 2016). De ontschotting tussen de (eerdergenoemde) divisies is het uitgangspunt van het geïntegreerd organisatie-model ssiw en dit heeft als doel om de borging van en de toegankelijkheid tot een omvattend, specialistisch, maar ook maatschappelijk geïntegreerd behandel aanbod, voor cliënten te vergroten.

Om het effect van de invoering van ssiw op de behandeluitkomsten van cliënten in kaart te brengen, is een observationeel vergelijkend onderzoek opgezet, waarin een periode van

drie jaar voorafgaand aan ssiw wordt vergeleken met drie jaar na invoering van ssiw. Voor deze evaluatie is gebruik gemaakt van de meetinstrumenten die werden gebruikt voor het vaststellen van behandelresultaten, in het kader van de *Routine Outcome Monitoring* (ROM)¹. Die verschilden in beide voormalige divisies. Dat betekent dat we feitelijk twee onderzoeken hebben gedaan: één naar de behandelresultaten van cliënten die in het verleden relatief kortdurend werden behandeld in DSC, en één naar behandelresultaten bij cliënten die langdurig in zorg waren bij DMP.

De *kortdurende* cliëntgroep bestaat uit cliënten met complexe stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen, bipolaire stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, en PTSS en veel comorbide stoornissen die het maatschappelijk functioneren nadelig beïnvloedt.

De *langdurige* groep (DMP) behelst in feite de populatie cliënten die door F-ACT-teams werd behandeld. Voor ongeveer $\frac{2}{3}$ betreft dit cliënten met een psychotische stoornis; het overige deel bestaat uit cliënten met een bipolaire stoornis ($\pm 10\%$), persoonlijkheidsstoornis ($\pm 10\%$), verslaving of een andere psychiatrische stoornis. In algemene zin zijn het cliënten met moeilijk te behandelen, ernstige en persisterende stoornissen als gevolg waarvan zijn problemen ondervinden in hun maatschappelijke functioneren. De behandeluitkomsten van deze groep cliënten zijn al eerder geëvalueerd in het kader van de invoering van de F-ACT-teams in de regio West-Friesland, waarmee GGZ NHN in 2009 fuseerde (Nugter et al., 2016). In deze cohortstudie bleek tussen 2009 en 2011 dat de kwaliteit van leven van deze F-ACT-clieñten significant toenam, terwijl het psychosociaal functioneren stabiel bleef. Door het ontbreken van een controlegroep, en het ontbreken van behandelresultaten over de periode voor deze fusie, konden deze resultaten uiteraard niet direct worden toegeschreven aan de invoering van F-ACT.

De kortdurende en langdurige groep cliënten kunnen beide worden beschouwd als cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA). In GGZ NHN werden ROM-uitkomsten jaarlijks berekend en teruggekoppeld aan de teams. Uit deze analyses kwam steeds opnieuw naar voren dat bij de langdurige groep sprake was van veel stabiliteit. Verondersteld werd dat er bij deze mogelijk onderbehandeling was voor specifieke problemen zoals trauma en dat deze groep baat kan hebben bij de inzet van meer specialistische behandelinterventies. Op die manier kunnen wellicht meer resultaten geboekt worden qua symptomatisch herstel. Dit zou vervolgens een positieve invloed kunnen hebben op hun maatschappelijk en persoonlijk herstel. De tweede, zogenaamde *kortdurende* groep kreeg doorgaans stoornis specifieke interventies aangeboden (gericht op symptomatisch herstel) en is deels korter in behandeling dan de eerste groep. Uit de ROM-uitkomsten bleek veel vooruitgang in klachtenniveau maar veel minder in het interpersoonlijk en sociaal maatschappelijk functioneren. Verondersteld werd dat ook hier sprake was van *onderbehandeling*, maar dan



vooral met betrekking tot maatschappelijk en persoonlijk herstel. Integratie van behandeling met nadrukkelijk aandacht voor het sociaal-psychisch functioneren is voor deze groep belangrijk om betere resultaten te boeken op vooral de maatschappelijke dimensie van herstel.

UITWERKING VAN HET ONDERZOEK NAAR SSIW

Langdurige groep

Voor de langdurige groep zijn er cliënten geïncludeerd (N=949) tussen de 18 en 65 jaar, die van 1-9-2014 tot 1-9-2020 aangesloten in zorg zijn geweest zowel bij de voorheen bestaande F-ACT-teams als bij de huidige ggz-teams. En bij wie in het kader van de ROM de Health of the Nation Outcomes Scales (HoNOS; Mulder et al., 2004) en/of de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Van Nieuwenhuizen et al., 2017) zijn afgenomen. In Tabel 1 staan de demografische en klinische kenmerken voor deze groep weergegeven. Het aandeel cliënten met een persoonlijkheidsstoornis ligt wat lager dan verwacht. Mogelijk is een deel van deze cliënten ondergebracht in de nieuwgevormde centra Persoonlijkheidsstoornissen, Eetstoornissen en ADHD (PEA).

Om na te gaan of de langdurige groep na invoering van ssiw (post-ssiw) meer vooruitgaat op het gebied van symptomatisch herstel in vergelijking tot ervoor (pre-ssiw), is naar het verloop gekeken van enkele door de landelijke ROM-expertraad EPA geselecteerde symptoomitems van de HoNOS (Nugter et al., 2017). Idem dito voor de MANSA, waarmee onder andere zowel het maatschappelijk herstel (items 2, 6, 7, 12, 13 en 14) als het persoonlijk herstel (item 1) tot uitdrukking komt. Bij de analyses wordt er gecorrigeerd voor aanmeldduur, leeftijd, geslacht en comorbiditeit. De verwachting was dat Symptomen post-ssiw (meer) zouden verbeteren en dat de Kwaliteit van Leven (meer) zou toenemen dan pre-ssiw.

Tabel 1. Demografische en klinische kenmerken van de langdurige groep (N=930) met minstens één ingevulde meting

	%	M (SD)
Sekse	62,5 man	
Classificatie**		
Psychotische stoornis	67,1	
Bipolaire stoornis	11,4	
Depressieve stoornis	7,7	
Persoonlijkheidsstoornis	6,4	
Overig		
Comorbiditeit	43,3	
Aanmeldduur in dagen		5617 (1994)
Leeftijd		44,5 (10,38)
Aantal classificaties		1,57 (0,77)

Kortdurende groepen

Aangezien de kortdurende cliënten relatief minder lang in zorg zijn, werd besloten om twee groepen te creëren: 1) de pre-ssiw groep bestaande uit cliënten die in de drie jaar voorafgaand aan ssiw (van 1-9-2014 tot 1-9-2017) hun behandeling hebben afgerond en 2) de post-ssiw groep bestaande uit cliënten die in de drie jaar na invoering van ssiw (van 1-9-2017 tot 1-9-2020) hun behandeling hebben afgerond. In Tabel 2 staan de klinische en demografische kenmerken van deze groepen beschreven. Voor de interpretatie van de bevindingen is de onderlinge vergelijkbaarheid van de groepen van belang. Te zien is dat de pre- en post-ssiw groepen op een aantal van deze kenmerken van elkaar verschillen. Zo zijn er relatief minder cliënten met een persoonlijkheidsstoornis en angststoornis in de post-ssiw groep. Ook is in de post-ssiw groep het aantal behandel-, diagnostiek-, crisis-, no-show en 'over de cliënt' contacten minder dan in de pre-ssiw groep.

Ter beoordeling van de representativiteit is het van belang zicht te krijgen op de respons van de pre- en post-ssiw groep. Met respons wordt het percentage cliënten met een afgeronde behandeling bedoeld die zowel een begin- als eindmeting op de *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; De Jong et al., 2017) hebben. In de pre-ssiw groep is de respons 45% en in de post-ssiw groep 18,5%.



Om na te gaan of er meer vooruitgang is wat betreft maatschappelijk herstel in de post-ssiw groep dan in de pre-ssiw groep, werd het verloop van de scores op de subschalen Interpersoonlijke Relaties en Sociale Rol van de OQ-45 van begin- naar eindmeting tussen beide groepen vergeleken. Wat betreft symptomatisch herstel werd er een gelijke vooruitgang verwacht op de subschaal Symptomatische Distress voor beide groepen. Ook werd nagegaan of het aantal behandelcontacten in de post-ssiw groep verschilt van het aantal behandelcontacten de pre-ssiw-groep.

Tabel 2. Demografische en klinische variabelen van de pre (N=944) en post-ssiw (N=544)-groep.

Classificatie**	Pre-ssiw groep		Post-ssiw groep	
	%	M (SD)	%	M (SD)
Depressieve stemmingsstoornissen	39,9		40,1	
Trauma en stressor- gerelateerde stoornissen	12,4		12,3	
Persoonlijkheidsstoornissen	13,8		8,5	
Angststoornissen	20,3		17,6	
Voedings- en eetstoornissen	5,3		5,3	
Overig	8,3		16,2	
Sekse	37,0 man		40,3 man	
Leeftijd		37,6 (13,45)		37,74 (14,08)
Behandelduur**		313,35 (181,31)		349,86 (201,53)
Aantal behandelcontacten*		39,32 (65,23)		32,96 (44,69)
Aantal diagnostiek**		5,50 (3,09)		3,92 (2,31)
Aantal crisis**		1,10 (5,55)		,35 (2,09)
Aantal no show*		1,55 (2,21)		1,36 (2,27)
Aantal 'over de cliënt'***		7,33 (19,02)		6,77 (14,50)

** p < .001 *p < .05

*** Over de cliëntcontacten betreffen vooral interne patiëntbesprekingen met of zonder CT bord, oftewel multidisciplinair overleg, waarin de voortgang van cliënten wordt besproken.

Resultaten onderzoek naar ssiw – Langdurige groep

Tegen verwachting werd er post-ssiw geen vooruitgang geboekt op Symptomen, de scores op de symptoomschaal van de HoNOS bleven stabiel. Wel was er pre-ssiw sprake van een kleine, maar significante verbetering van Symptomen, maar deze lijkt net voor start ssiw weer af te nemen. Om deze zogenaamde kubische trend statistisch te kunnen aantonen, zouden de meeste cliënten minstens vier pre-ssiw metingen moeten hebben. Dat is echter niet het geval. Wat betreft Kwaliteit van Leven bleven de scores stabiel zowel pre-ssiw als post-ssiw, ook wanneer er binnen de MANSa naar persoonlijk en maatschappelijk herstel gekeken werd.

Resultaten onderzoek naar ssiw – Kortdurende groepen

Naar verwachting werd er voor de pre- en post-ssiw groepen een gelijke, significante vooruitgang geboekt op Symptomatische Distress. Tegen verwachting was er geen grotere verbetering wat betreft Interpersoonlijke Relaties en Sociale Rol in de post-ssiw groep in vergelijking tot de pre-ssiw groep. Beide groepen gingen in gelijke mate significant vooruit. Wel was het aantal behandelcontacten significant kleiner in de post-ssiw groep dan in de pre-ssiw groep.

CONCLUSIE

De vraag luidt of de invoering van ssiw leidt tot betere behandeluitkomsten voor cliënten dan voorheen. Een staccato antwoord hierop is dat de behandeluitkomsten voor zowel de groep die kortdurend in zorg is, bestaande uit cliënten met voornamelijk angst-, stemming- en persoonlijkheidsstoornissen, als voor de groep cliënten die langdurig in zorg is, bestaande uit cliënten met overwegend psychotische stoornissen, vóór en na invoering van ssiw vergelijkbaar zijn.

Voor de kortdurende groepen met een afgeronde behandeling van maximaal drie jaar blijkt naar verwachting een *gelijke* mate van verbetering qua symptomen vóór en na invoering van ssiw. Tegen verwachting geldt dat eveneens voor het maatschappelijk herstel: na ssiw gaan cliënten met een afgeronde behandeling er dus niet *meer* op vooruit. Wél wordt deze vergelijkbare vooruitgang na ssiw geboekt met *minder* behandelcontacten. Zoals in de inleiding en in hoofdstuk 6B is beschreven, is één van de doelstellingen van ssiw om doelgericht te behandelen: met de cliënt worden keuzes gemaakt over de behandeldoelen en de bijbehorende interventies, en worden afspraken gemaakt over de termijn van behandelen. Mogelijk resulteert deze werkwijze in een efficiëntere inzet van behandeling met als gevolg dat er minder behandelcontacten nodig zijn. Ook zou het doelgericht behandelen kunnen leiden tot een meer uniforme werkwijze onder behandelaars.

Voor de langdurige groep blijven tegen verwachting de verschillende dimensies van herstel en de kwaliteit van leven vóór en na ssiw stabiel. Het uitblijven van de verwachte



symptoomreductie en toename in kwaliteit van leven na ssiw, kan voor een deel worden toegeschreven aan de ernst van de problematiek van de bestudeerde cliënten. Het betreft immers een groep cliënten die *minstens* zes jaar aaneengesloten in zorg is. Zo bleek een bijkomstige bevinding in het cohortonderzoek naar F-ACT (Nugter et al., 2016) dat naarmate cliënten langer in zorg waren, de kwaliteit van leven in mindere mate toenam. De stabiliteit in uitkomsten is overigens een terugkerende bevinding uit eerdere interne analyses over deze groep cliënten, en uit de data van organisaties die door de toenmalige Stichting Benchmark ggz werden verzameld.

Nog voor de ambitie van 30 % meer herstel in het rapport *Over de Brug* (projectgroep plan van aanpak EPA, 2014) werd geformuleerd, was symptoomstabilisatie bij deze groep eerst het hoogste doel. De nadruk van behandeling en begeleiding lag voornamelijk op het realiseren van veranderingen op het gebied van maatschappelijk herstel. Om voor deze groep de lat hoger te leggen, dient er een enorme cultuurverandering onder cliënten, hulpverleners en betrokkenen te worden gerealiseerd, alsook een actieve beleidsbeïnvloeding. Ssiw is in essentie een beleidsbeïnvloeding, maar daarmee wijzigt in eerste instantie de context waarin de behandeling wordt uitgevoerd, en niet direct de behandelinhoudelijke aanpak. De organisatiewijziging is wel een belangrijke voorwaarde voor een eventueel betere behandelwijze, maar zeer waarschijnlijk zullen de eerste effecten op cliëntniveau daarvan pas over langere tijd merkbaar zijn, en dus niet binnen de tijdstrekking van drie jaar.

Wat betreft de representativiteit van de huidige bevindingen, is deze voor de langdurige groep redelijk goed gewaarborgd. Bij de cliënten die relatief kortdurend in zorg zijn, lijkt de representativiteit wel enigszins problematisch. Dat heeft vooral, of zelfs uitsluitend, te maken met de respons wat betreft het invullen van de vragenlijsten. In de periode na ssiw is deze slechts 18.5%. Onder de responders blijkt het aandeel cliënten met persoonlijkheidsstoornissen kleiner en de behandelduur langer. Onduidelijk is hoe en in hoeverre deze verschillen de resultaten zouden hebben kunnen vertekenen. Het lijkt in ieder geval onwaarschijnlijk dat de ondermaatse representativiteit ten grondslag ligt aan het uitblijven van meer vooruitgang wat betreft maatschappelijk herstel na de invoering van ssiw.

Een waardige afsluiting van ieder onderzoek, maar zeker ook van dit hoofdstuk, kan niet zonder toekomstige aanbevelingen. De herstelvisie (zie hoofdstuk 8B) die in eerste instantie ten volste in ontwikkeling kwam binnen de F-ACT-teams is mede door de invoering van ssiw, maar ook door de tijdsgeest, organisatie breed omarmd. Deze visie komt ook tot uitdrukking in de manier waarop de ROM binnen GGZ NHN de laatste jaren vorm heeft gekregen. Zelfs in de naamduiding heeft in 2022 de 'technocratische' ROM plaatsgemaakt voor het 'bevrijdende' Herstel in Beeld.



Bij Herstel in Beeld worden de drie dimensies van herstel – symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel – in kaart gebracht, om cliënt en behandelaar aanknopingspunten te bieden ten behoeve van herstel in de breedst mogelijk zin. Ook op geaggregeerd niveau zijn deze gegevens onmisbaar te noemen: zoals eerder beschreven sijpelen organisatiewijzigingen niet direct door naar het wel en wee van de behandeluitkomsten van cliënten. Het blijven monitoren van uitkomsten is essentieel om de langetermijneffecten van dergelijk (grote) reorganisaties op het netvlies te krijgen. Daartoe is het wel wenselijk om meer zicht te krijgen in de aard van de behandelingen: dus of cliënten meer klachtgerichte behandeling krijgen of juist meer op maatschappelijk of op persoonlijk herstel gerichte interventies, zoals individuele plaatsing en steun (IPS) of *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP). Op deze manier kan er specifiek nagegaan of deze typen behandelingen tot respectievelijk meer symptomatisch dan wel meer maatschappelijk en/of persoonlijk herstel leiden.

NOTEN

1. Tegenwoordig spreken we in GGZ NHN niet meer van ROM, maar van Herstel in Beeld.

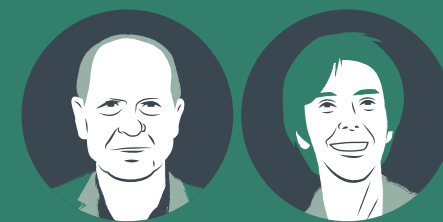
REFERENTIES

- De Jong, K., Nugter, M.A., Lambert, M.J., & Burlingame, G.M. (2009). *Handleiding voor de afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45)*. Salt Lake City, UT: OQ-45 measures LLC.
- Delespaul en de consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A.I. (2004). De Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(5), 273-285.
- Projectgroep Plan van Aanpak EPA. (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Retrieved from <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/de-brug-pva-epa/>.
- Nugter, M.A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & Van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (F-ACT) implementation: a prospective real life study. *Community Mental Health Journal*, 52, 898-907.
- Nugter, A., Schaefer, B., & Swildens, W. (2017). ROM en benchmarken bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. In E. de Beurs, M. Barendregt, & L. Warmerdam (Red.), *Behandeluitkomsten. Bron voor kwaliteitsbeleid in de ggz*. Amsterdam: Boom.
- Trimbos Instituut. (2016). *Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg: Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda*. Geraadpleegd op <https://assets.trimbos.nl/docs/6f5a1415-4d7c-4bd7-8540-12d7d3608c18.pdf>.
- Van Nieuwenhuizen, C., Janssen-de Ruijter, E.A.W., & Nugter, A. (2017). *Handleiding Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*. Stichting QoLM.



HOOFDSTUK 8A

Medewerkers: leren om het verschil te maken



René Keet en Sonja van Rooijen

Vóór ssiw werd al volop kennis gedeeld. GGZ NHN kende actieve beroepsopleidingen, onder andere tot psychiater, gz- en klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. De organisatie investeerde veel in deze opleidingen en er was ook enige verbinding tussen de verschillende opleidingen. De overige medewerkers profiteerden echter niet of nauwelijks van deze opleidingen voor hun eigen leerproces. Voor hen was er een opleidingsbudget, 1,35% van het salarisbudget, dat echter slechts ten dele werd uitgegeven. Er was geen centraal opleidingsbeleidsplan. Daarmee werd het leren buiten de opleidingen overgelaten aan de praktijk, zonder gedeelde visie, sturing of ondersteuning.

Er waren kennisplatforms, vooral rondom diagnose-specifieke thema's. Hier werd een grote inspanning gedaan om landelijke en internationale richtlijnen te vertalen naar de praktijk van GGZ NHN. Toch was het bereik beperkt en er was nog minder interactie. Inhoudelijke beleidsfuncties bestonden in meerdere soorten: Inhoudelijk Beleidsverantwoordelijke (IBV), Behandel Inhoudelijk Manager (BIM) en Manager Behandelzaken.

De kennis rond stoornissen was geborgd binnen specifieke teams van een aparte divisie: de divisie Specialistische centra en haar voorloper de divisie Kortdurende psychiatrie. Deze teams hebben ervoor gezorgd dat de snelle ontwikkeling van stoornisspecifieke richtlijnen een weg vond naar implementatie binnen GGZ NHN. Het bereik van de stoornisspecifieke kennis buiten de teams met een specifieke focus was beperkt. Er bestond daarbij een bijzondere situatie voor de kennis rond psychose, want die was ontwikkeld in gescheiden divisies: er waren vroege-psychoseteams in divisie Kortdurende psychiatrie, en kennis van chronische psychose was ontwikkeld in F-ACT-teams in de divisie Langdurende psychiatrie.

DOELEN EN PLANNEN

Wij borgen en ontwikkelen kennis zodat deze wordt ontsloten voor de burgers die bij GGZ NHN in zorg zijn. Met de invoer van ssiw doen wij dit in expertnetwerken. In eerste instantie waren deze het vervolg op de daarvoor bestaande kennisplatforms. Die ontwikkeling deed recht aan het gegeven dat diagnose-specifieke kennis niet verder ontwikkeld wordt in specifieke teams. Zo werd de basis gelegd voor het netwerk Kennis samen delen. Ook transdiagnostische thema's, zoals herstel, transculturele en integrale psychiatrie, zijn domeinen waar expertnetwerken voor de groei van kennis zorgen. Professionals in het primaire proces worden naast lid van een team ook deelnemer aan een of meerdere expertnetwerken.

Een expertnetwerk heeft verschillende taken: kennisuitwisseling, netwerken binnen en buiten GGZ NHN, richtlijnconform handelen, borging en doorontwikkeling van expertise, ingaan op vragen, meedenken, consultatie en medebehandeling en interne en externe deskundigheidsbevordering. De inhoudelijke beleidsfuncties zijn vervangen door lead experts, het hart van de expertnetwerken. De expertnetwerken zijn verenigd in het netwerk kennis samen delen. Zo werken wij aan een lerende community.

De lerende organisatie wordt gefaciliteerd door een eigen academie, de FIT-academy (Flexibel, Innovatief en Topambulant). Deze ontwikkelde de visie op leren als een sociaal proces van emotie, cognitie en gedrag dat plaatsvindt bij een patiënt en in de ontmoetingen van professional met een patiënt, professionals met andere professionals, teams met teams, online, door het stelselmatig evalueren van processen, in de regio, in het land, internationaal en van de toekomst. Deze visie wordt verbeeld door de boom op de volgende pagina.



De wortels van de boom zijn de missie (zichtbaar beter), de visie (beter worden doe je thuis) en de kernwaarden (flexibel, innovatief en topambulant: FIT). De takken zijn van links naar rechts:

- **Samen leren:** leren is een sociaal proces dat in ontmoetingen plaatsvindt, kennis zit tussen de oren van professionals, cliënten en hun netwerken.
- **Digitaal leren:** een groot deel van kennisdeling kan digitaal plaatsvinden, daarmee wordt het delen van kennis plaatsafhankelijk en wordt kennis breder bereikbaar. Om het digitale leren te stimuleren sloot GGZ NHN zich aan bij de GGZ Ecademy en Goodhabit.
- **Implementeren en evalueren:** om van onze processen te leren is een structurele procesevaluatie nodig volgens de *plan do study act*-cyclus (PDSA).
- **Leren in de regio:** leren doen wij samen met onze regionale netwerkpartners.
- **Nationaal en internationaal:** wij leren samen met netwerkpartners in het land en over de hele wereld. Alleen in verbinding met de wereld om ons heen kunnen we met succes de gemeenschappelijke uitdagingen voor een mentaal gezonde samenleving aangaan.
- **Leren van de toekomst** betekent dat wij ons voorbereiden op uitdagingen en mogelijkheden in de toekomst. Dit vraagt vaak om het ontwikkelen van nieuwe taal: nieuwe woorden en beelden die in het begin nog niet eenduidig te definiëren zijn, maar die de ruimte bieden om nieuwe betekenissen te laten ontstaan.

ERVARINGEN

Naast de diagnostische en transdiagnostische thema's waren er ook projecten (bijvoorbeeld o-suïcides en o-separaties) waarin kennis werd ontwikkeld in organisatorische eenheden, zoals *high intensive care* (HIC) en *intensive home treatment* (IHT). Deze drongen er zelf op aan ook expertnetwerk te worden. Het model van een expertnetwerk met lead experts bleek ook voor hen een aantrekkelijk model om kennis te borgen en ontwikkelen en delen. Zo werd het expertnetwerk deel van een overkoepelend model voor kennis delen. Het netwerk Kennis samen delen groeide naar 28 expertnetwerken met een stuurgroep.

Voor verstandelijke beperkingen was er eerst geen expertnetwerk in de plannen opgenomen. Er bestond al een samenwerking tussen GGZ NHN en Esdégé-Reigersdaal (de Rotonde). Deze zorgde onvoldoende voor samenwerking en kennisdeling met de verschillende organisaties die actief zijn op dit gebied. Daarom werd een intersectoraal netwerk opgericht van GGZ NHN en Brijder (verslavingszorg) en zes organisaties uit de sector voor mensen met een verstandelijke beperking.

Het kernteam van de FIT-academy verdiepte zich in theorieën van leren en adopteerde de definitie van Sanneke Bolhuis: leren is het proces waarin we de wereld om ons heen en onszelf betekenis toekennen. Betekenisgeving komt tot stand door interactie met en in een sociaal-culturele wereld, op een bepaalde plaats, in een bepaalde tijd. Betekenisgeving komt tot uitdrukking en wordt gedeeld in gedrag en handelen, in taal, en in de inrichting en interpretatie (Bolhuis, 2016). Het ssiw-model met expertnetwerken ontwikkelden wij verder volgens het model van de *communities of practice*, oftewel leernetwerken zoals beschreven door Marc Coenders in de Canon van het leren en ontwikkelen (Ruijters et al., 2021). Hierin staat het leren met en van elkaar op grond van een gemeenschappelijke praktijk centraal. Wij adopteerden het motto van Wenger over sociaal leren: leren om het verschil te maken (Wenger-Trayner & Wenger-Trayner, 2020). Wij vonden een verbinding tussen de visie op leren en de beschrijving van herstel als een leerproces in het werk van Jaap van der Stel (Van der Stel, 2020). Hieruit vloeit voort de geestelijke gezondheidszorg in te richten als een leeromgeving met drie focusthema's: taal, zelfregulatie en stress.

Lean is een deel geworden van onze visie op leiderschap en leren. Bij alles wat wij doen staat de waarde voor de cliënt centraal, en lean bevordert de onderzoekende en dus lerende grondhouding vanuit de *plan do check act*-cyclus (Van Assen, 2018).

Preventie werd toegevoegd aan de FIT-academy en is een onderdeel geworden van het intersectorale leren in de regio met de focus op de publieke gezondheid. Bij deze intersectorale samenwerking met GGD Hollands Noorden blijkt een van de zeven eigenschappen van Covey een goede leidraad: eerst begrijpen, dan begrepen worden (Covey, 2010). Het is de opmaat naar een verder oriëntatie op de publieke mentale gezondheid (Knifton, 2013) en het leren in netwerken (Kaats & Opheij, 2014).

Het hart van kennis delen is het beantwoorden van elkaars vragen. Daaruit kunnen consultatie en medebehandeling voortvloeien. Dit dient goed gefaciliteerd te worden. Een netwerkorganisatie in een lijnorganisatie levert nieuwe vragen op rond kaders en leidt tot vragen als: wie stuurt aan, wie initieert en wie faciliteert? Wij zitten nu midden in deze ontwikkeling.

CONCLUSIES

GGZ Noord-Holland-Noord ontwikkelt en profileert zich als een lerende organisatie met een sterk accent op kennis samen delen. Inmiddels bestaat het gelijknamige netwerk naast de stuurgroep uit 28 expertnetwerken. Sinds 2017 heeft GGZ NHN een eigen opleidingscentrum binnen de organisatie: de FIT-academy.

Wij formuleren en ontwikkelen de (strategische) visie op leren, vertalen deze visie naar dagelijks (opleidings-)beleid en ontwikkelen, organiseren en faciliteren bij- en nascholing voor de ruim 2000 collega's van GGZ NHN en netwerkpartners in de regio, in Nederland en internationaal. Ons uitgangspunt is dat alle benodigde expertise al in de organisatie aanwezig is, of samen ontwikkeld kan worden. Leren beschouwen wij dan ook als een sociaal-constructivistisch proces in een praktijkgemeenschap. Wij zijn een kennisnetwerk-infrastructuur binnen de lijnorganisatie aan het opzetten. Er wordt meer en meer gevarieerde kennis ontsloten ten behoeve van het herstel van onze cliënten. Deze ontwikkeling roept ook nieuwe vragen op rond kaders en aansturing.

TOEKOMST

Het sociale leren vraagt om meer ruimte voor *bottom-up communities of practice*. Het digitale leren zullen wij verder los van corona ontwikkelen. Blended leren is de norm, waarbij online leren vanzelfsprekend is, en een duidelijke onderbouwing nodig is van de leermomenten die op locatie moeten plaatsvinden. Wij zullen hierbij de interne en externe netwerken actief verbinden (Kaats & Opheij, 2014). Wij ontwikkelen het leren van allen. Immers niemand weet alles en iedereen weet iets.

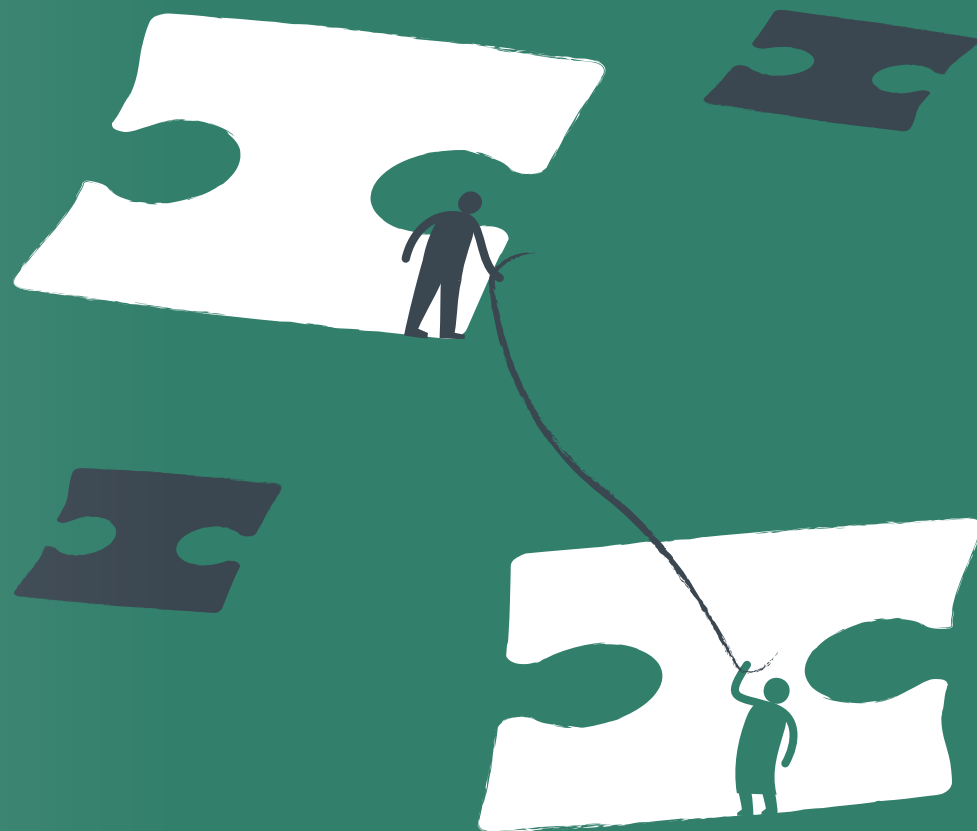
REFERENTIES

- Bolhuis, S. (2016). *Leren en veranderen. Emotie, gedrag en denken* (4e editie). Bussum: Coutinho.
- Covey, S.R. (2010). *De 7 eigenschappen van effectief leiderschap* (48e editie). Amsterdam: Business Contact.
- Kaats, E., & Opheij, W. (2014). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Zeist: Vakmedianet.
- Knifton, L. (2013). *Public Mental Health*. Maidenhead: Open University Press.
- Ruijters, M., Schut, R., & Simon, R.-J. (2021). *Canon van het leren en ontwikkelen* (2e editie). Amsterdam: Boom.
- Van Assen, M. (2018). *Handboek Lean Management*. Amsterdam: Boom.
- Van der Stel, J. (2020). *Herstel als leerproces*. Amsterdam: SWP.
- Wenger-Trayner, E., & Wenger-Trayner, B. (2020). *Learning to Make a Difference*. Cambridge: Cambridge University Press.



HOOFDSTUK 8B

Medewerkers: nut en noodzaak van expertnetwerken



Frank Slagter

Frank Slagters ervaringen met de vele veranderingen binnen de ggz en met ssiw in het bijzonder.

EEN LAPPENDEKEN

In aanloop naar de reorganisatie ssiw in 2017 is nagedacht over de vraag op welke manier specialistische kennis op peil kan blijven. Binnen het voormalige Centrum voor Stemming- en Angststoornissen (CSA) waren er al langer zorgen over de kwaliteit van specialistische behandeling door dit centrum. CSA behandelde de grootste patiëntengroep van de divisie, allen met als hoofddiagnose een depressieve stoornis of een angststoornis.

In het decennium voorafgaand aan de reorganisatie ssiw waren er pogingen gedaan om structuur aan te brengen in het behandelaanbod van het CSA. Dat was nodig, omdat er aan het begin van deze eeuw nog weinig sprake was van daadwerkelijke specialistische behandeling. Men was deels voortgegaan op bestaand aanbod stammend uit de tijd van de Riagg (regionale instelling ambulante geestelijke gezondheidszorg). Zeker in de begintijd van het CSA was het type behandeling dat een cliënt kreeg, afhankelijk van het team en de zorgverlener bij wie hij of zij in behandeling kwam. Mensen met vergelijkbare problematiek kregen in het ene team inzichtgevende groepstherapie aangeboden, in een ander team Pessotherapie en in weer een ander team cognitieve gedragstherapie.

ZORGPADEN EN RICHTLIJNEN

In dezelfde periode verschenen de eerste ggz-richtlijnen voor behandeling van specifieke stoornissen; mede daardoor ontstond de wens om het behandelaanbod van CSA meer te structureren en te uniformeren aan de hand van deze richtlijnen. Deze poging tot meer professionalisering vond plaats langs twee tamelijk los van elkaar staande lijnen. Er werden kennisplatforms voor de belangrijkste (DSM-4-) stoornissen opgericht, die op basis van de richtlijnen het behandelaanbod van GGZ NHN bepaalden. Een andere werkgroep ging aan de slag met implementatie van zogeheten zorgpaden. Ook in deze werkgroep stond het medische model centraal: de vastgestelde stoornis, aan de hand van classificatie, is leidend voor de geadviseerde behandeling. Bij de vorming van zorgpaden waren de ggz-richtlijnen eveneens leidend, maar werd meer in detail nagedacht over maximale behandelduur en de opeenvolging van verschillende vormen van behandeling. Vermoedelijk hebben deze processen wel degelijk bijgedragen aan wat meer focus in het behandelaanbod, aan kennis bij professionals over behandelrichtlijnen en iets meer duidelijkheid bij patiënten over het behandelaanbod en de daarbinnen bestaande keuzemogelijkheden.

HERSTELVISIE

Tegelijkertijd ontstond er binnen de organisatie, vooral binnen de F-ACT-teams, toenemend enthousiasme voor een andere kijk op psychiatrische problemen: die van de herstelvisie. Juist binnen deze visie ligt de nadruk veel meer op maatschappelijk en persoonlijk herstel in plaats van louter op klinisch herstel. De eerder beschreven zorgen bij een aantal professionals, waaronder ikzelf, namen toe toen gekozen werd voor een reorganisatie waarin deze herstelvisie centraal stond en niet langer het medisch model met haar focus op classificatie en specialistische behandeling.

EXPERTNETWERK EN LEADEXPERT

Werkzaam als klinisch psycholoog in het eerdergenoemde CSA en verbonden aan een kennisplatform ('angststoornissen') hield ik mij samen met een collega bezig met intensieve behandeling voor hardnekkige en complexe angst- en dwangstoornissen. Vanwege deze rollen werden wij gevraagd het expertnetwerk angststoornissen vorm te geven en daarin leiding te nemen als 'lead expert'. Wij hadden twijfels over het aannemen van deze nieuwe rol.

Een belangrijke vraag was in hoeverre de nieuw te vormen ggz-teams in staat zouden zijn betere behandelingen, volgens de ggz-richtlijnen, te bieden, daar waar dit zelfs binnen CSA maar moeizaam tot stand kwam. Verschillende publicaties in deze tijd onthulden dat er in de praktijk bar weinig terecht kwam van de zogenaamde bewezen-effectieve behandeling. Zo wees onder andere Margraf (2004) erop dat een eerste-keusbehandeling bij angst, exposure in vivo, zelden wordt toegepast en in de enkele gevallen dat deze behandeling wel wordt uitgevoerd, de kwaliteit van uitvoering veel te wensen overlaat. Waller en Turner (2016) omschrijven dit fenomeen als 'therapist drift'.

De zorg was dat de meer 'allround' ggz-teams nog minder zouden toekomen aan behandeling volgens de richtlijnen. Wij hadden als beoogde lead experts sterk de overtuiging dat als je zelf of een naaste last zou hebben van fors belemmerende angstklachten, je je zou willen wenden tot een organisatie die de bewezen-effectieve behandelvormen voor deze klachten goed op orde heeft. Uitgaand van deze visie zou een belangrijk speerpunt van het expertnetwerk angststoornissen de verspreiding van kennis over vooral exposurebehandeling moeten zijn. Verder maakten de beoogde lead experts zich zorgen over de invloed die een dergelijk expertnetwerk zou hebben. De zorgen werden besproken met de raad van bestuur. Daarin werd duidelijk dat klinisch herstel (curatieve behandeling) even belangrijk werd gevonden als persoonlijk en maatschappelijk herstel. Verder werd gesteld dat de expertnetwerken binnen het nieuwe organisatie-model een centrale positie zouden krijgen en daarmee een grotere invloed bij behandelinhoudelijk beleid. Dit alles werd inderdaad bevestigd door de gang van zaken vanaf de start van de reorganisatie in 2017.



KENNIS DELEN

In de nieuwgevormde teams bleek veel behoefte aan kennis rond behandeling van angststoornissen. Veel zogeheten EPA-patiënten met ernstige angstklachten bleken al langdurig in behandeling bij de eerdere F-ACT-teams. In deze teams was vaak alles gedaan met deze patiënten (samen met ervaringsdeskundigen en naastbetrokkenen) rondom persoonlijk en maatschappelijk herstel, maar weinig op het gebied van richtlijnbehandeling. Na een rondgang langs de nieuwgevormde ggz-teams werden vragen rondom behandeling beantwoord. Daarnaast werd vanaf dat moment gretig gebruikgemaakt van een nieuwe behandelvorm, bedoeld om kennis te verspreiden door tijdelijk samen te behandelen: de exposurewerkplaats. In deze behandelvorm, waar de lead experts bij betrokken zijn, wordt exposurebehandeling aangeboden door deze lead experts, samen met een behandelaar uit het ggz-team met voldoende basiskennis van CGT.

Een van de hypothesen rond de eerdergenoemde onderbehandeling met exposure betreft onbekendheid en daaruit voortvloeiend angst en vermijding bij veel behandelaren. Samen behandelen zou kunnen werken als exposure voor de behandelaar zelf. Immers: het bieden van exposure (in welke vorm dan ook) komt neer op de cliënt in aanraking brengen met de situatie die hij of zij vreest en kan bij de behandelaar leiden tot gevoelens en gedachten die soms lastig te verdragen zijn: 'ik doe mijn cliënt iets vreselijks aan', 'straks gebeurt er door de exposure toch iets ergs en is het mijn schuld'...et cetera. Blijven praten of bieden van medicatie voelt dan vaak veiliger, voor de behandelaar, maar vaak ook voor de cliënt. Door hier vanuit het expertnetwerk angst met ggz-teams over in gesprek te gaan, werd men zich meer bewust van het risico op vermijding in de therapie zelf.

Ook kwam naar voren dat nogal eens gestart was met exposurebehandeling terwijl de noodzakelijke voorwaarden om behandelresultaat te kunnen behalen ontbraken. Zo bleek soms sprake van een gebrekkige lichamelijke conditie, forse afhankelijkheid van benzodiazepinen of een te groot gebrek aan motivatie om een, zeker op de korte termijn, uiterst onprettige behandeling aan te gaan. Toename van deze kennis leek te leiden tot verbetering in de kwaliteit van behandeling van angstklachten.

Andersom werd ook duidelijk hoe juist F-ACT-teams soms een voorsprong hadden bij het werken met exposure, omdat dit volgens de laatste inzichten zoveel mogelijk diende plaats te vinden in de thuisomgeving en met betrokkenheid van naasten. Deze manier van werken was vaak nog onbekend voor oud-CSA-behandelaren die overwegend werkten met individuele, verbale behandeling in een ggz-gebouw. Ook was de toevoeging van IPS belangrijk, omdat veel patiënten met angst- en stemmingsproblemen gestopt zijn met werken ten gevolge van deze klachten. Het gemis aan werk is een belangrijk onderdeel van het voortbestaan van deze klachten. Geïntegreerde behandeling, waarin ook aandacht is voor betekenisvol betaald of onbetaald werk, vergroot de kans op blijvend resultaat van de exposuretherapie. Dit sluit aan bij een groeiend inzicht bij de lead experts.

HET INZICHT

Zeker bij angstklachten zijn deze symptomen onderdeel van een zeer complexe interactie van allerlei factoren en een stoornis kan, anders dan het medische model suggereert, veel beter begrepen worden als een vorm van ontregeling of een kenmerk van een bepaald patroon dat deze klachten in stand houdt. DSM-5-classificatie blijkt aan deze complexiteit geen recht te doen. Veel patiënten die naar de exposurewerkplaats werden verwezen, of naar het betreffende expertnetwerk voor consultatie, bleken wel last te hebben van angstklachten, maar deze klachten waren lang niet altijd onderdeel van een vicieuze cirkel van vermijding, en bleken vaak ook onderdeel van andere processen.

Een inzicht dat ook steeds meer naar voren komt in literatuur van de afgelopen 10 jaar is de grotere nadruk op transdiagnostische factoren (Van Heycop et al., 2014) en onderliggende processen (Hayes & Hoffman, 2018) van DSM-5-classificaties en de complexiteit van menselijke problemen (Scheepers, 2021). Paradoxaal genoeg ontstaat er dus toenemende aandacht voor deze complexiteit, juist bij netwerken die geacht worden kennis te verspreiden over hoe angststoornissen behandeld moeten worden. Ook in andere diagnose-specifieke netwerken (de sectie angststoornissen van de VGCT, de groep angst- en stemmingsstoornissen in Volante) is er een hernieuwde belangstelling voor casusconceptualisatie, het trachten te begrijpen van onderliggende patronen bij bijvoorbeeld angstklachten, om op basis daarvan een keuze te maken voor een bepaalde interventie.

In de praktijk blijken veel patiënten verbluffend goed in staat om hierin een belangrijke rol te spelen, hetgeen goed past in de behandelvisie van GGZ NHN. Kuyken et al. (2011) spreken hier van '*collaborative empiricism*', of in de woorden van het expertnetwerk diagnostiek: samen begrijpen wat er aan de hand is. Hoe voor de hand liggend dit ook lijkt, het blijkt dat we in de afgelopen decennia vooral goed zijn geworden in het omgekeerde: een stoornis vaststellen en patiënten een behandeling voorschrijven. Een belangrijke taak van de expertnetwerken van nu zou wel eens kunnen liggen in het vergroten van kennis en vaardigheden met betrekking tot het 'samen begrijpen wat er aan de hand is'.



REFERENTIES

Hayes, S.C., & Hofmann, S.G. (Eds.) (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2011). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. Guilford Press.

Margraf, J., & Poldrack, A. (2000). Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 157-169.

Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld*. Amsterdam: Arbeiderspers.

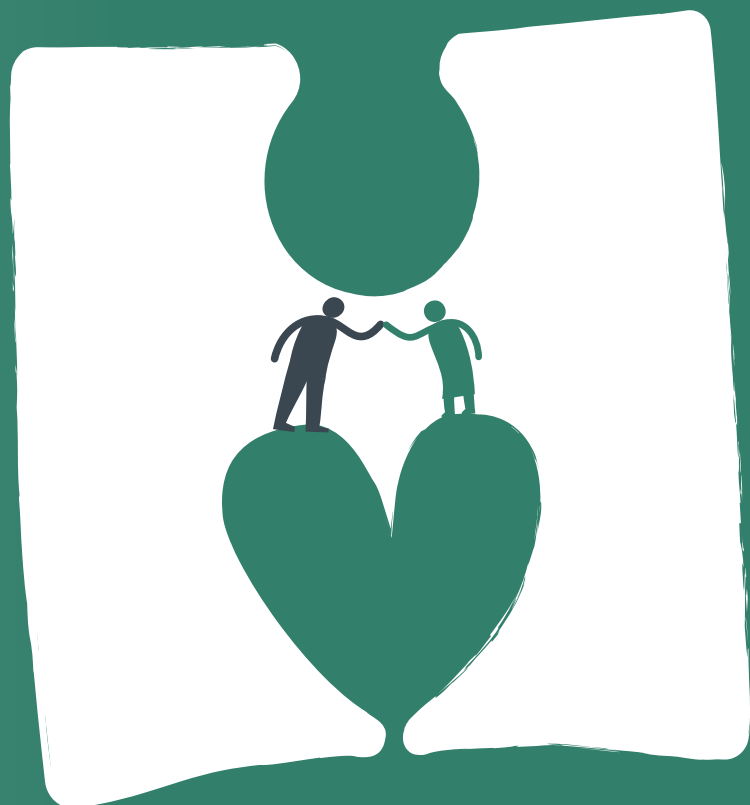
Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M.L., & Bohlmeijer, E.T. (2014). *Transdiagnostische factoren, theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom.

Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour research and therapy*, 77, 129-137.



HOOFDSTUK 8C

Medewerkers: tevredenheid en duurzame inzetbaarheid



Jos Brinkmann en Niek Kuijper

Een verandering waarbij nieuwe teams worden gevormd en tegelijkertijd specialismen worden losgelaten heeft een flinke impact op medewerkers. Duidelijk is ook dat een dergelijke verandering niet kan slagen zonder de betrokkenheid en inzet van medewerkers.

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag welke gevolgen het ssiw-veranderingsproces voor medewerkers heeft gehad. Meer specifiek kijken we naar de tevredenheid met het werk en de mate waarin ook in de nieuwe werksituatie medewerkers betrokken en bevlogen blijven bij het werk dat ze doen.

DOELEN EN METHODE

Het doel van de ssiw-verandering is er ook op gericht om de tevredenheid en de betrokkenheid van medewerkers op peil te houden en waar mogelijk te verbeteren. Wij brengen de kenmerken die hier aan bijdragen op regelmatige basis in kaart met een medewerkersonderzoek door Effectory.

Veel van deze onderzoeken, ook die van Effectory, zijn gebaseerd op een vragenlijst die al geruime tijd bestaat, de Vragenlijst Beleving & Beoordeling van de Arbeid (VBBA). De VBBA is een goed, valide en betrouwbaar instrument met een wetenschappelijke onderbouwing (Veldhoven, 2006). De wetenschappelijke basis ervan ligt in het *Job Demand Control Model* van Karasek uit 1979. Dit model gaat uit van twee centrale kenmerken van de werkomgeving:

1. **De taakvereisten:** de psychische belasting die het werk met zich meebrengt, ofwel het werkvolume, de complexiteit van het werk en de tijdsdruk.
2. **De regelmogelijkheden:** de mate waarin men zelfstandig kan beslissen over de uitvoering van het werk, ofwel het zélf kunnen bepalen wat men doet, wanneer en hoe.

Met dit model wordt de relatie tussen psychosociale aspecten van de werkomgeving en de gezondheid van werknemers onderzocht. Met name wordt gekeken naar een hoge werklast en weinig regelmogelijkheden als primaire bron van stress op het werk.

Aan het *Job Demand Control Model* is later een derde dimensie toegevoegd: sociale steun (JDC-S-model, Van der Doef, 2000). Met sociale steun worden goede relaties met

collega's en leidinggevende bedoeld. Met andere woorden: het kunnen rekenen op anderen, het verkrijgen van accurate informatie en het krijgen van hulp, begrip en aandacht bij moeilijkheden. Bij laag ervaren sociale steun is er mogelijk sprake van een negatief effect op de werksituatie.

METHODE

Wij hebben voorafgaand aan de implementatie van ssiw in 2016 een medewerkers-onderzoek met behulp van Effectory uitgevoerd; in 2020 hebben we nagenoeg hetzelfde onderzoek herhaald. Bij beide onderzoeken was sprake van een hoge tot zeer hoge respons (80% in 2020 en 72% in 2016). De resultaten van beide onderzoeken kunnen we vergelijken voor de totale groep medewerkers die betrokken is bij ssiw en ook voor de groep medewerkers die in 2016 in dienst was en die in 2020 nog steeds in dienst was bij GGZ NHN. Naast een aantal algemene onderwerpen, zoals tevredenheid, werd ook een aantal thema's in kaart gebracht en gevraagd deze te beoordelen zoals werkzaamheden, werkdruk, arbeidsomstandigheden, het eigen team, direct leidinggevende en de organisatie. Ook is een aantal vragen over ssiw toegevoegd.

Andere indicatoren waar we naar gekeken hebben tijdens het ssiw-proces zijn het ziekteverzuim en het verloop (in- en uitstroom).

RESULTATEN

Algemene tevredenheid

Hierbij is gekeken naar de algemene tevredenheid van de medewerkers en de tevredenheid met GGZ NHN als werkgever. De cijfers waren respectievelijk 7,5 en 7,1. Ook in de groep medewerkers die zowel in 2016 als in 2020 in dienst was is de tevredenheid hoog (algemeen 7,6 en werkgever 7,3). In de landelijke benchmark van Effectory bedragen de scores op deze vragen respectievelijk 7,0 en 6,9.

Betrokkenheid en bevlogenheid

Betrokken medewerkers staan achter de gezamenlijke doelstellingen en hebben echt het gevoel bij de GGZ NHN-organisatie te passen. Ze leveren toegevoegde waarde door hun vastberadenheid, proactieve ondersteuning en kwaliteitsbewustzijn. Bevlogen medewerkers worden intrinsiek gemotiveerd door hun werkzaamheden en zij willen zich graag ontwikkelen binnen hun vakgebied (Heezen, 2012).

In de totale groep is sprake van hoge betrokkenheid (82%) en bevlogenheid (43%). Ook in de groep medewerkers die zowel in 2016 als in 2020 in dienst waren is sprake van een hoge betrokkenheid en bevlogenheid (84% en 44%). De landelijke benchmark laat op deze onderdelen een lagere betrokkenheid zien (77%) en juist een hogere bevlogenheid (46%). Ten opzichte van de vorige meting in het medewerkersonderzoek is er een vrij stabiele score op betrokkenheid bij de organisatie en zien we een behoorlijke stijging op het onderwerp bevlogenheid (stijgt van 33% naar 43%). Wij zien hierin vooral een sterke intrinsieke motivatie voor de cliëntenzorg bij de medewerkers.

eNPS

Een manier om de betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie in kaart te brengen is via de eNPS (*employer Net Promotor Score*). Dit is de score op de vraag of medewerkers GGZ Noord-Holland-Noord aan anderen aanraden als werkgever. De score wordt bepaald op een schaal van 0-10 en vervolgens wordt het % promotors - het % criticasters berekend.

De scores op deze vraag in de totale groep ssiw is hoog: 17,3 voor de groep medewerkers die zowel in 2016 als in 2020 in dienst waren is sprake van een hoge eNPS-score: 21,9. Voor de gehele organisatie GGZ NHN bedraagt de eNPS 16,9 en in de landelijke benchmark van Effectory is deze -7,2. Het aanzienlijke verschil tussen benchmark en de NPS-scores bij GGZ NHN duidt op een positieve waardering van de organisatie. Er is vertrouwen in de koers en visie van de organisatie, veel medewerkers vinden dat ze goed passen bij de organisatie en willen er graag blijven werken.

THEMA'S OVER HET WERKEN IN SSIW

Bij de werkzaamheden valt op dat een aantal onderwerpen die gaan over de regelmogelijkheden in het werk echt hoog scoren (zinvol werk, voldoening uit het werk en trots zijn op het werk). Daarentegen laten met name de ontwikkelmogelijkheden en de bereidheid tot extra inzet juist lage scores zien.

Werkdruk is een veel besproken onderwerp. In deze meting zien we dat er vooruitgang is geboekt ten opzichte van eerdere metingen en de landelijke benchmark op het gebied van het zelf kunnen indelen van de werktijd en de ruimte. Er wordt echter relatief laag gescoord (6,4) op de vraag of de hoeveelheid werk haalbaar is. Hoewel dit hoger is dan bij vorige metingen en de benchmark is dit wel een belangrijk aandachtspunt.

De beoordeling van het eigen team is overwegend positief. Met name aspecten als samenwerking binnen het team, collegialiteit en waardering van collega's worden positief beoordeeld. Er zijn een paar opvallende onderdelen die lager worden beoordeeld: feedback geven aan elkaar, of er efficiënt gewerkt wordt binnen het team en of de teamdoelen duidelijk zijn.

De direct leidinggevende krijgt positieve beoordelingen als het gaat over de waardering die de leidinggevende heeft voor de medewerkers, het vertrouwen in de leidinggevende en of deze open staat voor suggesties. Daarentegen is de score op het geven van feedback en het stimuleren van ontwikkeling van medewerkers aan de lage kant (6,5). Dit ligt wel in het verlengde van de antwoorden die over de werkzaamheden en het eigen team zijn gemaakt.

Over de organisatie GGZ NHN wordt overwegend positief geoordeeld door de medewerkers. Er is vertrouwen in de koers en visie van de organisatie, veel medewerkers vinden dat ze goed passen bij de organisatie en willen er graag blijven werken. Op deze onderwerpen liggen de scores aanzienlijk hoger dan op de landelijke benchmark. Er zijn zeker ook punten van kritiek: de mate waarin medewerkers betrokken worden en de mate waarin bureaucratie wordt vermeden scoren beiden een onvoldoende en ook lager dan de benchmark.

Ssiw

In de vragenlijst zijn 2 vragen opgenomen over ssiw, namelijk of er sprake is van betere cliëntenzorg en of talenten van de medewerkers beter worden ingezet door ssiw. In beide gevallen wordt op deze onderwerpen onvoldoende gescoord (5,0 en 4,7). Dat staat in schril contrast met de overwegend positieve beoordelingen op de andere onderwerpen. Zo scoort de cliëntgerichtheid van het team 7,7 en de prioriteit van clientgerichtheid een 7,1. Mogelijk zien we hier een effect dat vooral te maken heeft met de reorganisatie die plaats heeft gevonden.

Naast deze kwantitatieve meting onder medewerkers hebben gedurende de implementatie van ssiw ook procesevaluaties plaatsgevonden (zie ook andere hoofdstukken in deze publicatie; Van Rooijen, 2022). Uit deze meer kwalitatieve evaluaties komt naar voren dat vooruitgang is geboekt in de samenwerking binnen en tussen de ggz-teams en andere regionale teams. Ook over de kennisontwikkeling en -deling in de expertnetwerken wordt positief geoordeeld.

Beroepsgroepen

In de analyse is ook naar een aantal andere variabelen gekeken die mogelijk verschillen tussen groepen laten zien (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, discipline, afdeling). De grootste en meest opvallende verschillen komen naar voren bij de beroepsgroepen. Kort samengevat laat dit het volgende beeld zien:

- Psychologen, verpleegkundigen en het secretariaat zijn over een aantal aspecten van hun werkzaamheden het minst positief, de psychologen ook over aspecten waar in eerste instantie weinig verschillen ten opzichte van vorige keer te zien waren (bijvoorbeeld ontwikkelmogelijkheden).

- Ook ervaart de groep psychologen de haalbaarheid van hun werk als minst positief en ze zijn niet erg positief over de feedback van de leidinggevende.
- Bij de verpleegkundige beroepsgroep valt op dat die er in negatieve zin uitspringen als het gaat over de organisatie (met name beleid en visie en waardering).
- Opmerkelijk is de score dat teamdoelen niet zo duidelijk zijn.
- De mening over ssiw is niet sterk veranderd: men weet het niet goed. Maar kijken we naar de verschillende functiegroepen dan zijn de psychologen hierover het meest negatief.
- En opvallend is dat vooral de staffuncties en de managementlaag erg positief zijn over het werken bij GGZ NHN.

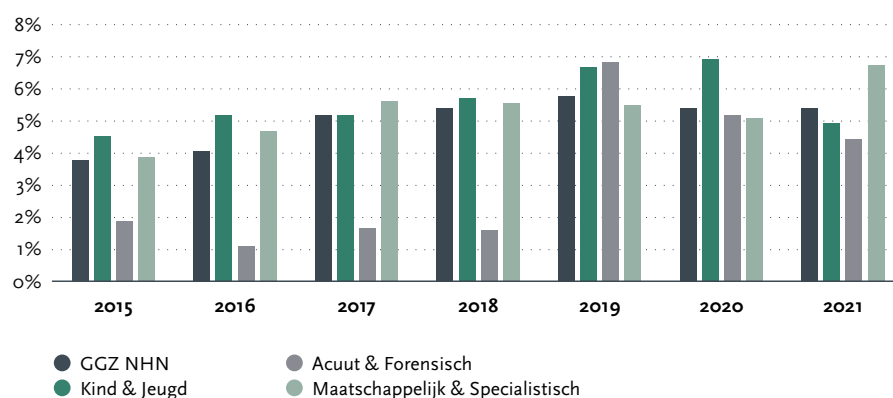
VERZUIM EN VERLOOP

Behalve naar de resultaten van het medewerkersonderzoek hebben we ook naar een paar andere indicatoren gekeken die van belang zijn voor het ssiw-proces: ziekteverzuim en verloop (in- en uitstroom).

Verzuim wordt vaak gezien als een indicator hoe het gaat in een organisatie. Niet als op een zichzelf staand gegeven maar vaak in combinatie met andere indicatoren, zoals resultaten uit een medewerkersonderzoek, verloop en klachten. Daarnaast is een benchmark met gegevens uit de branche relevant om te spiegelen hoe GGZ NHN ervoor staat.

We zien in de cijfers van GGZ NHN een geleidelijke toename in het verzuim richting 2018-2019. Daarna neemt het verzuim weer wat af. Opvallend is de stijging bij Jeugd & gezin (voorheen Kind en Jeugd) na de fusie in 2018 en in de divisie waar ssiw zich afspeelt (M&S) is het verzuim in de jaren 2017-2020 redelijk stabiel. In 2021 zien we daar een grote stijging die mogelijk te maken heeft met de coronapandemie.

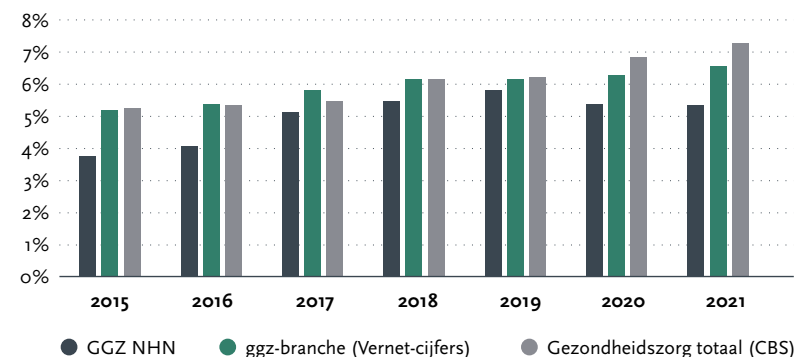
VERZUIMGEMIDDELDE PER JAAR



Grafiek 1. Verzuimgemiddelde per jaar.

Ten opzichte van de branche en de zorgsector doet GGZ NHN het relatief goed. In de hele zorgsector is in de loop van de jaren een toename van het verzuim waar te nemen, ook in de ggz-branche. Opvallend is dat het verzuim bij GGZ NHN in de jaren van de coronacrisis (2020 en 2021) juist afneemt ten opzichte van de branche en de zorgsector. Begin 2022 zien we echter weer een forse toename van het verzuim.

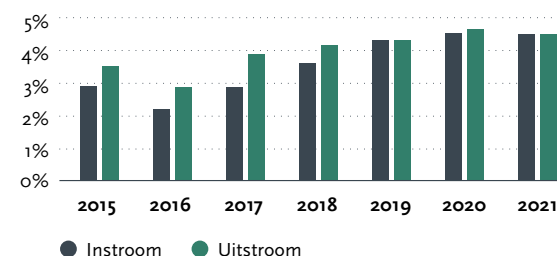
VERZUIM GGZ NHN, BRANCHE- EN ZORG-BREED 2015 - 2021



Grafiek 2. Verzuim GGZ NHN, branche- en zorg-breed 2015-2021.

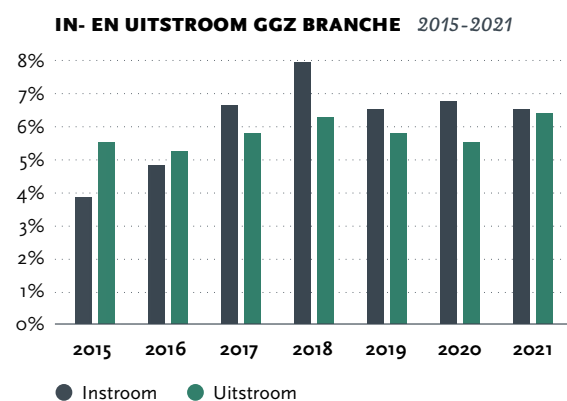
Het verloop brengen we in beeld met de instroom en uitstroomcijfers binnen GGZ NHN en deze vergelijken we op basis van gegevens van PGGM met de branche.

IN- EN UITSTROOM GGZ NHN 2015-2021



Grafiek 3. In- en uitstroom GGZ NHN 2015-2021.

Zowel binnen GGZ NHN als in de branche is de tendens als enige jaren dat er een toename is van de instroom van medewerkers ten opzichte van de uitstroom. In de branche (grafiek 4) liggen de instroomaantallen hoger dan bij GGZ NHN (grafiek 3) waar de laatste jaren sprake is van een ongeveer gelijk niveau van in- en uitstroom. Ook in de jaren dat ssiw is opgestart en ingevoerd blijft dat percentage uitstroom redelijk stabiel (rond de 4%) en zien we de instroom toenemen (ook naar ongeveer 4%).



Grafiek 4. In- en uitstroom ggz-branche 2015-2021.

Datzelfde patroon zien we ook in het divisie waar ssiw zich voor het grootste gedeelte afspeelde: Maatschappelijk & Specialistisch. Een uitzondering daarop vormt de groep psychologen. Hier hebben we in eerste instantie een groter verloop gezien dan dat er psychologen instroomden.

CONCLUSIES

De medewerkersonderzoeken laten hoge deelnamepercentages zien waardoor de resultaten ook echt zeggingskracht hebben. Hoge waardering is er voor de manier waarop de organisatie aandacht heeft voor cliëntgerichtheid, het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid die het werkplezier verhoogt, het structureren van opleidingen en verbetering van de jaarplannen.

Vragen rondom taakvereisten en regelmogelijkheden laten verbetering zien in de tweede meting in 2020 ten opzichte van de eerste meting in 2016. Dat kan eveneens gezegd worden over de samenwerking in het team en de sociale steun die men daarvan ervaart. Aandachtspunten zijn de afstemming tussen scholingsaanbod op de scholingsbehoeften, de beheersing van de hoge werkdruk, het samenwerken in teams, de aanspreekcultuur en de vindbaarheid van voor medewerkers relevante informatie.

Het verzuim en verloop binnen GGZ NHN laten geen opmerkelijke of grote veranderingen zien voor en na de invoering van ssiw. Verzuim blijft lager dan gemiddeld in de sector en in verloop zien we met uitzondering van de groep psychologen geen grote wijzigingen. Net als andere organisaties in de ggz kampt ook GGZ NHN met een aantal lastig te vervullen functies. Dat is echter meer een kenmerk van de arbeidsmarkt dan van de werkwijze met ssiw.

BESCHOUWING

In dit hoofdstuk hebben we gekeken naar meetbare effecten van de organisatieverandering bij medewerkers. Daarbij is het goed te realiseren dat de implementatie van ssiw zich voltrok in een periode waarin vrijwel alle ggz-organisaties te maken kregen met een toenemende cliënteninstroom, in combinatie met personeelstekorten. Ook GGZ NHN heeft hiermee te maken en dat verhoogt de werkdruk, in alle divisies. In combinatie met de reorganisatie van ssiw betekende dit voor de betreffende medewerkers een extra belasting. Zij kwamen te werken in een ander team, kregen te maken met een andere organisatiewijze en een anders samengestelde cliëntengroep met meer diversiteit aan problematiek. Bovendien is de ernst van de problematiek veelal toegenomen.

Om goed in te kunnen spelen op de vraag van cliënten en de omringende cliëntensystemen worden behoorlijke eisen gesteld aan de bezetting van de teams en de kwaliteiten en expertise van de medewerkers. In die situatie is het juist van belang goed oog te hebben voor de taakvereisten, regelmogelijkheden en sociale steun voor individuele medewerkers en zeker ook voor de teams.

Belangrijke vragen daarbij zijn: wat is een solide formatie voor de ggz-teams om geïntegreerde interdisciplinaire behandeling te kunnen bieden en welke kennis en expertise moet dan in de basis aanwezig zijn? Wat is ervoor nodig om met elkaar geïntegreerde, herstelgerichte behandeling te bieden? Wat behoort tot de kerntaken van de ggz-teams? Dergelijke vragen en uitgangspunten zijn destijds uitgewerkt in het geïntegreerd behandelkader (2017) en bijbehorend werkdocument ssiw. Dit lag inhoudelijk ten grondslag aan de reorganisatie en aan de formatie van de nieuwe ggz-teams (FTE en disciplines). Nu, na 5 jaar ervaring, is het belangrijk deze onderdelen te actualiseren en aan te passen op basis van de bevindingen van de afgelopen jaren.

REFERENTIES

CBS (2021). *Dashboard arbeidsmarkt*, <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim>.

Van der Doef, M. (2000). *The Job Demand-Control(-Support) model: from the past to the future*. Enschede: Printpartners Ipskamp.

Integron (Rotterdam, 2022). *Employee experience in Nederland 2022*.

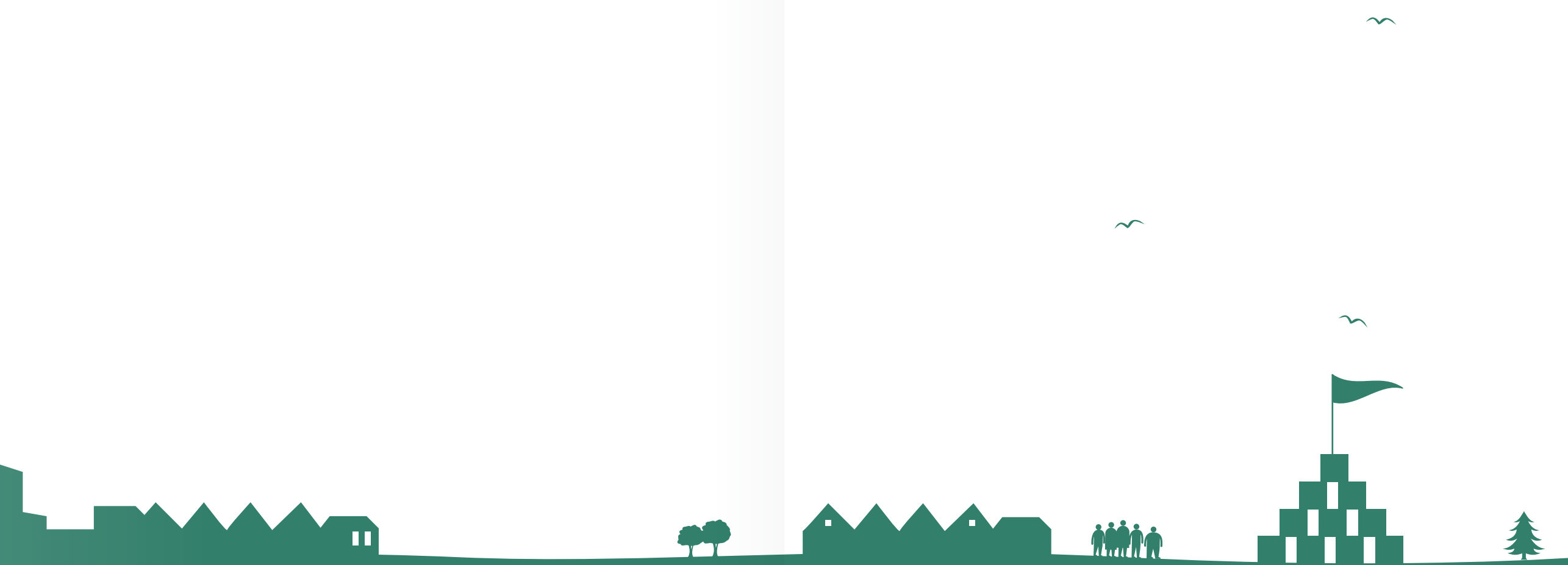
Karasek, R.A. Jr. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

Van Rooijen, S. (2022) *Eindrapportage procesonderzoek Specialisten Samen in de Wijk (ssiw). Een lerend proces*. Heiloo: GGZ NHN.

Van Veldhoven M., Prins, J., Van der Laken, P. & Dijkstra, L. (2006). *VBBA 2.0*.

Verhaege, R., Mak, R., Van Maele, G., Kornitzer, M., & De Backer, G. (2003). Job stress among middle-aged health care workers and its relation to sickness absence. *Stress and Health*, 19, 265-274.

Vernet Viewer. *PPGM, Personeelsperformance in perspectief*, 2015 – 2021.





HOOFDSTUK 9

Financiën en bedrijfsvoering



Daan de Jong, Tessa Dijkstra en Jos Brinkmann

Financiële effecten en effecten op de bedrijfsvoering van het geïntegreerd behandelen in ggz-teams als onderdeel van het ssiw-programma.

UITGANGSSITUATIE EN DOELEN

In de laatste 10 jaar hebben verschillende stelselwijzigingen plaatsgevonden in de ggz. Een belangrijke consequentie van al deze stelselwijzigingen is dat de ggz niet meer als een alles omvattende, afgebakende sector vanuit één kader wordt gefinancierd, maar vanuit meerdere bronnen. Tegelijkertijd is de verschuiving van een deel van de specialistische ggz naar de basis-ggz en naar de Wmo sterk van invloed op verschillende groepen cliënten.

Met name voor de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) vraagt goede begeleiding en behandeling op uiteenlopende levensgebieden om een nieuwe aanpak. Een aanpak die de ambitie heeft om te werken aan symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Maar ook een aanpak die zich kenmerkt door integraal behandelen binnen ggz-teams en het leggen van noodzakelijke verbindingen tussen wetgevingskaders en verschillende domeinen (d’Fonseca et al., 2016). In dit hoofdstuk gaan we in op een aantal effecten van het geïntegreerd behandelen in ggz-teams als onderdeel van het ssiw-programma.

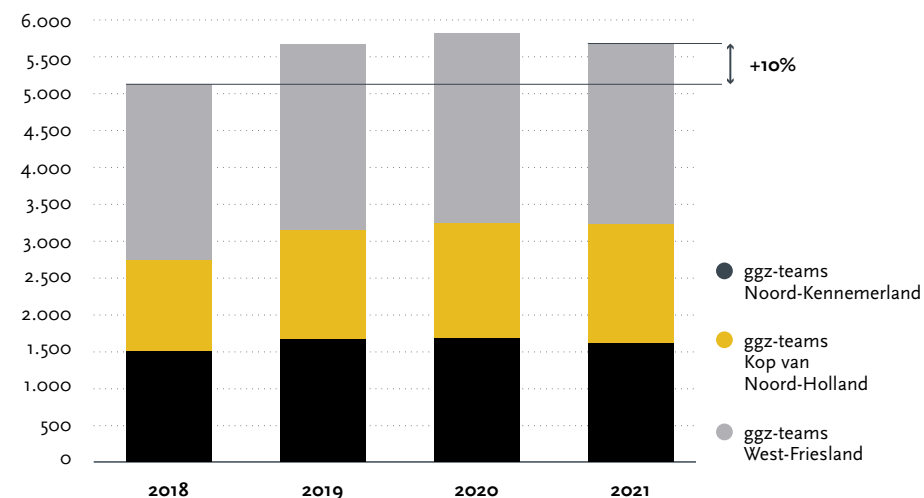
ERVARINGEN EN RESULTATEN

Om de ervaringen met ssiw te beschrijven geven we de ontwikkeling van 2016 t/m 2021 weer. We kijken vooral naar de resultaten van de ggz-teams in deze periode, gestart op 1 september 2017, en vergelijken die waar mogelijk met de periode ervoor en erna.

Aantal patiënten

Vanaf de periode waarin de ggz-teams zijn gestart zien we een flinke toename van cliënten. In totaal is er bij de 24 ssiw teams sprake van een toename van het aantal cliënten met 15% in de periode 2016-2021. Bij de ssiw-teams bedraagt deze toename 31%, terwijl bij een aantal regioteams sprake is van een daling van het aantal cliënten. We hebben deze daling met name gezien bij de regioteams persoonlijkheidsstoornissen. Na invoering van de ggz-teams is de werkwijze aangepast; er wordt gestart met de behandeling bij een ggz-team, een deel van de cliënten met persoonlijkheidsstoornissen stroomt door naar het regioteam, een deel blijft bij de ggz-teams, met waar nodig ondersteuning van de expertise van regioteam-medewerkers.

De toename van het aantal cliënten jaarlijks in behandeling heeft ook effect op de dagelijkse caseload van de ggz-teams. Daar zien we een stijging van 10% meer cliënten in de gemiddelde caseload (gebaseerd op drie peilmomenten per jaar; zie figuur 1). Overigens wel met grote verschillen per regio (+3% voor ggz-teams NK, +28% voor de Kop en +7% voor teams WF).



Figuur 1. Toename van de caseload in de teams per regio.

Toegankelijkheid

Een van de grote knelpunten in de ggz in Nederland vormt de wachttijd voor behandeling. In december 2021 wachtten 85.000 mensen op behandeling en wachtten 27.000 cliënten langer op behandeling dan de Treeknormen. Een belangrijke verklaring voor deze wachttijden is de jaarlijkse groei van het aantal cliënten. Die groei hebben we binnen GGZ NHN ook gezien. Desondanks slagen we er heel behoorlijk in om de wachttijd binnen de Treeknormen te houden. Een andere verklaring is gelegen in de aangepaste werkwijze rondom aanmelding en intake.

In 2018 is het aanmeldpunt bij GGZ NHN gecentraliseerd en de werkwijze gestandaardiseerd. Bij het indiceren van aangemelde cliënten voor een behandelteam valt een deel van de cliënten af. Overgebleven cliënten geïndiceerd voor sggz-behandeling worden ingeschreven en er vindt screening plaats (pre-intake). Deze screening leidt ertoe dat jaarlijks ca. 400 cliënten (ca. 10%) cliënten alsnog uitvallen of doorverwezen worden voor een behandeling elders voorafgaand aan het intakegesprek (bijvoorbeeld basis-ggz en/ of een Herstelacademie).

Een tweede belangrijke verandering is het uitvoeren van de intake volgens de principes van de herstelondersteunende intake, de HOI (Waterhout et al., 2021, Van Putten en Dijkstra, 2020). Deze intake nemen een regiebehandelaar, een coördinerend behandelaar en een ervaringsdeskundige op systematische wijze af, volgens vier standaardvragen. De conclusie is dat er meer cliënten worden uitgeschreven na een HOI-intake (10%) ten opzichte van een reguliere intake. Vervolgzorg na een HOI-intake laat zien dat in 2019 en 2020 alsnog gemiddeld 31% van de cliënten of worden uitgeschreven hetzij worden doorverwezen naar de eerste lijn hetzij de Herstelacademie. Bij 21% van de cliënten is specialistische behandeling korter dan één jaar voldoende, 48% van de cliënten blijft langer dan 1 jaar in zorg. Ter vergelijking is de vervolgzorg van cliënten met een eerste intake niet uitgevoerd volgens de HOI-methodiek in de regio Noord-Kennemerland over dezelfde periode bekeken. Vervolgzorg na een reguliere intake laat zien dat gemiddeld 21% van de cliënten uitgeschreven of doorverwezen wordt naar de eerste lijn, bij 20% van de cliënten is specialistische behandeling korter dan 1 jaar voldoende, 52% van de cliënten blijft langer dan 1 jaar in zorg.

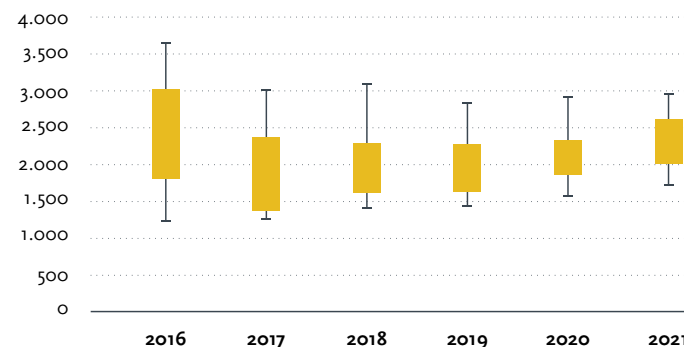
De gemiddelde ambulante tijdbesteding in het eerste jaar van cliënten met een HOI-intake is 9% minder vergeleken met cliënten met een niet-HOI-intake. In totaal leidt dit tot een jaarlijkse besparing van €200.000,-. Deze gegevens bieden een krachtige ondersteuning aan de propositie dat een op herstel gerichte intake bijdraagt aan het terugdringen van de wachttijden en zoals eerder beschreven ook aan het gericht en daarmee korter behandelen van cliënten in de ggz-teams.

Tegelijkertijd zien we dat, als tegenhanger van de instroom, de uitstroom van cliënten uit de ggz-teams door schaarste bij andere aanbieders en huisartsen bemoeilijkt wordt. Een goede zorglogistiek vereist dat niet alleen de toegankelijkheid soepel verloopt maar juist ook de uitstroom vanuit de ggz-teams.

Doelmatigheid

In lijn met de groei van het totaal aantal ambulante cliënten zien we dat er ook veel meer tijd wordt besteed aan behandeling (+15%). Opmerkelijk is dat de toename van de bestede behandelingsduur bij de ggz-teams lager is dan groei van aantal cliënten (aantal cliënten = +31% en toename behandelingsduur = 19%). Daarnaast is het opvallend dat de verschillen in gemiddelde tijdsbesteding per diagnosegroep kleiner worden (zie figuur 2).

SPREIDING MINUTEN PER DIAGNOSEGROEP PER CLIËNT PER JAAR



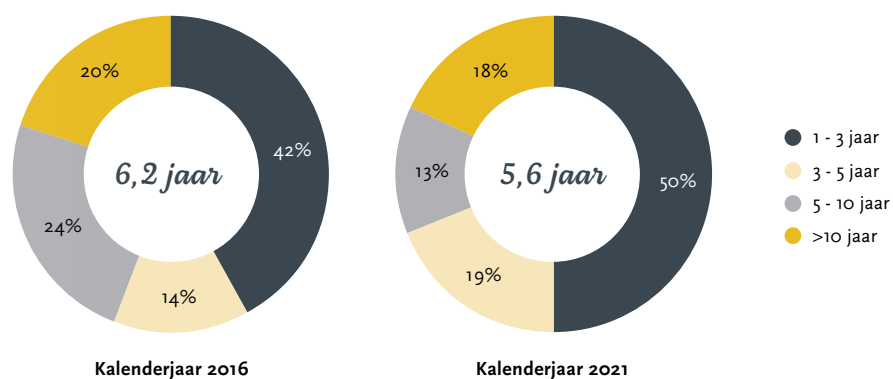
Figuur 2. Spreiding minuten per diagnosegroep per cliënt per jaar.

De ggz-sector kent bepaalde groepen cliënten die lang tot heel lang in behandeling zijn. Uit een recente publicatie blijkt dat 43% van de patiënten in de EPA-groep 6 jaar of langer is ingeschreven (Vektis, 2022)

We zien eenzelfde patroon bij GGZ NHN: op totaalniveau is er een vaste basis van ongeveer 12% cliënten die langer dan 10 jaar in behandeling zijn. In 2016 was ca. 44% van de cliënten bij de voorlopers van de ggz-teams tussen de 5 en 10 jaar of langer dan 10 jaar in behandeling. In 2021 is dit aandeel flink afgenomen naar 31% en is met name het aantal korter ingeschreven cliënten fors toegenomen (van 56% in 2016 naar 69% in 2021). Als we inzoomen op de cliënten die langer dan 1 jaar in behandeling zijn, zien we het volgende. In tijd uitgedrukt daalt de inschrijftijd van cliënten bij de ggz-teams van gemiddeld 6,2 jaar in 2016 naar gemiddeld 5,6 jaar in 2021: deze cliënten zijn 8 maanden korter in zorg. Bij de regioteams Frailty is de gemiddelde inschrijftijd in zorg gelijk gebleven ten opzichte van 2016 (6,8 jaar). Bij de regioteams PEA is de gemiddelde inschrijftijd van cliënten langer geworden, maar de vergelijking met 2016 is eigenlijk niet goed te maken door een veranderde werkwijze bij deze teams.



GEMIDDELDE INSCRIFTIJD VAN CLIËNTEN > 1 JAAR ZORG BIJ GGZ-TEAMS 2016 vs 2021



Figuur 3. Gemiddelde inschrijftijd van cliënten > 1 jaar in zorg bij ggz-teams, 2016 versus 2021.

Uit analyses blijkt dat bij de ggz-teams gemiddeld 10% minder ambulante tijd per cliënt per jaar wordt besteed, dit komt overeen met bijna 4 uur tijdsbesteding per cliënt per jaar minder. Tijdsbesteding bestaat hier uit het totaal van directe tijd, indirecte tijd en reistijd. De kosten voor ambulante behandeling bedragen bij geïntegreerde instellingen in Nederland €4531,- per jaar per jaar per cliënt (Vektis, 2019). Gerekend met een gemiddeld uurtarief betekent dit een doelmatigheid van €450 per cliënt per jaar. De 10% tijdsbesparing leidt tot een aanzienlijke doelmatigheidswinst bij de groep cliënten die langer dan 1 jaar in behandeling is.

Op basis van bovenstaande kunnen we een paar aannames doen. We zien eigenlijk vier effecten van de nieuwe werkwijze

- 1. Niet in behandeling:** een scherpe screening bij het aanmeldpunt leidt ertoe dat jaarlijks ca. 400 cliënten (ca. 10%) cliënten voorafgaand aan het intakegesprek alsnog uitvallen of doorverwezen worden voor een behandeling elders.
- 2. HOI:** ten opzichte van een reguliere intake wordt bij een HOI-intake gemiddeld 31% van de cliënten of uitgeschreven of doorverwezen naar de eerste lijn of de Herstelacademie. Bij een reguliere intake is dat 21% in eenzelfde periode van 2 jaar.
- 3. Behandeling 1e jaar:** de gemiddelde ambulante tijdsbesteding in het eerste jaar van cliënten met een eerste HOI-intake is 9% minder vergeleken met cliënten met een niet-HOI-intake.
- 4. Behandeling > 1 jaar:** Bij de ggz-teams wordt gemiddeld 10% minder ambulante tijd per cliënt per jaar besteed aan behandeling. Dit komt overeen met bijna 4 uur tijdsbesteding per cliënt per jaar minder ofwel een doelmatigheid van €450 per cliënt per jaar. Deze tijdsbesparing leidt ertoe dat meer cliënten behandeld kunnen worden in dezelfde tijdsperiode.

De daling van de gemiddelde inschrijftijd en de daling van tijdsbesteding per cliënt per jaar dragen zeker bij aan kosteneffectiviteit. Daarnaast dragen ze ook bij aan een betere toegankelijkheid. In dezelfde tijdspanne kunnen immers meer cliënten worden geholpen.

KWALITEIT

Het onderwerp kwaliteit benaderen we als een dynamisch begrip (RVS, 2019) waar verschillende factoren op van invloed zijn. Het uitgangspunt voor de ggz-teams is dat het geïntegreerd behandelen ten minste een gelijk kwaliteitsniveau laat zien als de werkwijze zoals die bestond voor de reorganisatie naar ggz-teams.

Een belangrijk kenmerk van het werk in de ggz is kennis van de professionals en de manier waarop deze kennis verzameld en gedeeld wordt. In GGZ NHN hebben we ervoor gekozen om expertnetwerken op te zetten die worden geleid door lead experts. Een belangrijk doel van deze netwerken en de lead experts is kennis delen en verspreiden en daarnaast ook actief mee behandelen dan wel consultatie te verlenen.

In hoofdstuk 10B gaan Van Rooijen en Besselink uitvoerig in op de expertnetwerken en de effecten daarvan op het geïntegreerd behandelen van cliënten. We volstaan hier met de opmerking dat deze zeker bijdragen aan het behoud en het vergroten van de vakkennis. Naast de kwalitatieve evaluatie zien we ook een toename van tijdsbesteding van zorgverleners aan cliënten die niet tot de eigen caseload behoren. Hierbij is het zeker helpend geweest dat dekking financieel doorvalt naar het team van de zorgverlener en niet naar het team waar de cliënt ingeschreven staat. Op deze manier loont het niet meer of minder bij wie of waar een zorgverlener zijn of haar expertise inzet en kan samenwerking zonder schotten of interne financiële belemmeringen plaatsvinden.

Een ander belangrijk element van kwaliteit bij geïntegreerd behandelen is de multidisciplinaire afstemming. Deze afstemming is noodzakelijk omdat we in de sggz in toenemende mate cliënten behandelen met ernstige en complexe psychiatrische aandoeningen. We zien in de ggz-teams een duidelijke toename van de multidisciplinaire afstemming met/over cliënten. De afstemming in aanwezigheid van de cliënt stijgt van 30% in 2016 naar 36% in 2021 en de afstemming over cliënten van 60% naar 66%. Bij de doelgroep die we behandelen is opschaling en afschaling van zorg een belangrijk aspect in de behandeling. Met de invoering van de ggz-teams is de multidisciplinaire afstemming over zorgopscaling van cliënten toegenomen van 21% in 2016 naar 32% in 2021.

Behandeleffecten

Misschien wel het belangrijkste criterium voor kwaliteit is het behandel-effect dat we bij cliënten bereiken met de ggz-teams. En dan gaat het over de effecten op de drie domeinen van herstel. Engelsbel en Nugter gaan in hoofdstuk 7 in op de behandeleffecten van

cliënten die kort en die gedurende langere tijd in behandeling zijn bij GGZ NHN. Kort gezegd laten de resultaten daarvan zien dat er op het gebied van symptomatisch herstel, maatschappelijk herstel en kwaliteit van leven nagenoeg gelijkblijvende resultaten worden behaald met regulier behandelen als met geïntegreerd behandelen.

Tevredenheid cliënten

Behalve de behandelresultaten is wat cliënten zelf van hun behandeling vinden, natuurlijk ook een uiterst belangrijk criterium. Het CQ-indexrapport van 2021 liet een gemiddelde waardering zien van 7,6; dit was de uitkomst van vragen aan cliënten over de ggz-teams over onder andere bejegening, informatie/uitvoering behandeling en samen beslissen. Deze waardering is gelijk gebleven ten opzichte van 2018. De tevredenheid wordt bij GGZ NHN jaarlijks in beeld gebracht met de OQ45. Op totaalniveau zien we door de jaren heen een nagenoeg gelijke score bij een groep van ca. 1100 (verschillende) cliënten bij wie de lijst wordt afgenomen.

jaar	score
2017	7,8
2018	7,6
2019	7,7
2020	7,6
2021	7,6

We kennen ook de scores van de afzonderlijke teams en daar zien we grotere verschillen, die variëren van gemiddeld 6,6 tot 8,0. Dat zijn verschillen die we aangrijpen om met teams in gesprek te gaan en te leren van de achterliggende oorzaken van een lage of juist hoge score.

CONCLUSIES

In dit hoofdstuk zijn we ingegaan op een aantal financiële effecten en ook op een aantal effecten op de bedrijfsvoering van het geïntegreerd behandelen in ggz-teams als onderdeel van het ssiw-programma. We hebben laten zien dat we de vraag over de kostenontwikkeling bij GGZ NHN gedurende en/of door het veranderingsproces (voorzichtig) positief kunnen beantwoorden.

Belangrijk is te benadrukken dat het geïntegreerd behandelen in de ggz-teams niet primair vanuit efficiencyoverwegingen is opgezet. We hebben dit veranderprogramma vooral uitgevoerd met als doel de kwaliteit van zorg in de ggz op peil te houden dan wel te verbeteren. Tegelijkertijd hebben we als GGZ NHN een belangrijke maatschappelijke functie, die ook een verantwoordelijkheid voor de houdbaarheid van zorguitgaven bevat. Dit vraagt om een proactieve strategie die zich zoveel mogelijk richt op verhogen van de kwaliteit, toegankelijk houden van de zorg én het beperken van de zorguitgaven.

We hebben laten zien dat ondanks een forse stijging van het aantal cliënten in de afgelopen jaren door gerichte inzet van aanmeldpunt (niet vanzelfsprekend verwezen cliënten indiceren voor sggz-behandeling) en HOI-intake de toegang tot de ggz binnen de Treeknormen is gebleven. Daling van gemiddelde inschrijftijd en daling van ambulante tijdbesteding per cliënt per jaar dragen zeker bij aan kosteneffectiviteit. De gemiddelde caseload van ggz-teams en *turnover* is toegenomen, wat heeft bijgedragen aan betere toegankelijkheid van zorg. De stijging van het aantal cliënten leidt echter wel degelijk tot een forse toename van het werk in de ggz-teams en de werkdruk in deze teams. Over de kwaliteit kunnen we zeggen dat het effect van behandelen minimaal gelijk is gebleven (zie hoofdstuk 7). Dat geldt ook voor de tevredenheid van cliënten met hun behandeling.

Of de gemiddelde daling van bijna 10% ambulante tijdbesteding per cliënt per jaar (€450 per cliënt kostenbesparing) bij de ggz-teams ten opzichte van 2016 komt door doelmatige behandeling of noodgedwongen is door snellere toename van cliënten dan van groei van behandelcapaciteit is moeilijk te zeggen. Feit blijft dat instellingsbreed de gemiddelde prijs per cliënt niet is gedaald maar is gestegen door toename van kosten van een duurder geworden klinisch verblijf. Samenvattend kunnen we op basis van de gegevens die we nu kennen de conclusie trekken dat het werken met ggz-teams vanwege een andere tijdbesteding en andere instroom van cliënten bijdraagt aan de doelmatigheid in de ggz in Noord-Holland-Noord.

TOEKOMST

De ontwikkelingen die in 2017 zijn ingezet laten eerste veelbelovende resultaten zien. Optimaliseren van het aanmeldproces, uitrol van de HOI-intake bij bijna alle ggz-teams en eerste resultaten van ambulant werken volgens de vijf uitgangspunten geven vertrouwen om door te gaan op de ingeslagen weg. Optimalisatie van zorgopschaling en goede samenwerking tussen ggz-teams, IHT-teams en opnameklinieken kunnen ervoor zorgen dat doelmatigheid echt zichtbaar wordt, met een daling van de gemiddelde prijs per cliënt instellingsbreed als gevolg.

In het rapport *Over de Brug* (2014) werd al benadrukt dat het effect van de behandeling in de ggz niet alleen afhankelijk is van symptomatisch herstel maar dat juist het maatschappelijk herstel in samenwerking met andere partijen nagestreefd moet worden. Recentelijk is een analyse verschenen met als titel: *Innovatieve ambulante ggz in de wijk, 7 wijze lessen over nieuwe werkwijzen in Drenthe, Noord-Holland Noord, Utrecht en Zuid-Limburg* (De Nederlandse GGZ, 2021). Kenmerkend voor deze initiatieven, en dat zijn de wijze lessen, is de samenwerking over de grenzen heen. Met andere sectoren, vanuit de gedachte dat samenwerking tussen domeinen veel beter kan en daarmee kan bijdragen aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz. Deze samenwerking, zowel intern als extern in de regio en in de wijk is wat verder verbeterd kan en moet worden in de ggz.

REFERENTIES

Kemp, W., & Van Unen, G. (2021). *Innovatieve ambulante ggz in de wijk. 7 wijze lessen over nieuwe werkwijzen in Drenthe, Noord-Holland Noord, Utrecht en Zuid-Limburg*. Amersfoort: De Nederlandse GGZ.

d'Fonseca, L., Dhondt, T., & Keet, R. (2016). *Het Geïntegreerd Behandelkader van GGZ Noord-Holland-Noord*. Heiloo: GGZ NHN.

Van Putten, M. & Dijkstra, M. (2020). *Zo Kan het ook! Andere intake, kortere wachttijden*.

RvS (2019). *Blijk van vertrouwen - Anders verantwoord voor goede zorg*. Eindhoven: VGZ.

Trimbos (2021). *Ambulantisering van de GGZ, Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019*. Utrecht: Trimbos.

Van Hoof, F., Vijselaar, J., & Kok, I. (2009). Van overheidssturing naar marktwerking. Stand van zaken en toekomstscenario's in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 239-255.

Vektis (2021). *Database gegevens Zvw over de GGZ*.

Vektis (2022). *Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)*.

Waterhout, N., Dijkstra, M., Nugter, A., & Keet, R. (2020). *Handleiding herstel ondersteunende intake (HOI)*. Heiloo: GGZ NHN.





HOOFDSTUK 10A

Extern: de zorg- en veiligheidsregio Noord-Holland Noord



Albert Blom

Een traditionele ggz-instelling die zich onwennig begaf buiten eigen grenzen in de regio NHcV. Zo kan de situatie van GGZ NHcV 10 jaar geleden gekenmerkt worden. Er waren initiatieven. Het zelf ontwikkelde F-ACT-model was in essentie erg op samenwerking gericht en gaf een eerste, belangrijke impuls voor samenwerking in wijken, met huisartsen, politie, maatschappelijk werk en welzijn. Vicino, door huisartsen en GGZ NHcV opgezet om de poh-ggz goed vorm te geven, zou het bruggenhoofd naar de huisartsenpraktijk moeten gaan worden.

De forensische ACT teams en de forensische polikliniek werkten toenemend in het domein van zorg en veiligheid. Met Geriant werd prima samengewerkt om de zorg rond de groep inwoners met dementie te verbeteren. Een samenhangende regio-oriëntatie was echter niet zichtbaar. Partners zagen een gefragmenteerde instelling met diverse loketten en lastig te bereiken professionals: "Wie moet je nu eigenlijk waarvoor hebben?"

Er moest iets gebeuren, in dit tijdperk waarin de 'op de marktgeoriënteerde' Nederlandse ggz kraakte en piepte. Wachtlijsten, onvoldoende zichtbaarheid, professionals die instellingen verlieten en incidenten voerden de boventoon in het publieke debat. Terwijl GGZ NHN intern druk in de weer was met een op de herstelvisie gestoelde interne reorganisatie (onderwerp van deze publicatie), was de regio met andere dingen bezig. De politie ging naar eenheidsregio's. De gemeenten, de GGD en het Veiligheidshuis kregen landelijke opdrachten om de zorg voor 'de verwarde persoon' vorm te geven. Het domein van Zorg en Veiligheid kwam in de schijnwerpers. De drie decentralisaties (AWBZ naar Wmo, participatiewet, Jeugdwet) bezorgden de gemeenten kopzorgen, bezuinigingen en volle agenda's, met externe adviseurs die het gemeentelijk zelfvertrouwen niet groter maakten.

Wat zou het antwoord zijn van GGZ NHN? Hier begint, in 2016, het verhaal van de Diligence en start een meer gestructureerde samenwerking in het domein van zorg en veiligheid. De bestuurders van de veiligheidsregio en GGZ NHN vonden elkaar in deze vervoer-innovatie en gaven zo een aanzet tot verdere uitbouw van de samenwerking. Deze samenwerking rond zorg en veiligheid zullen we in meer detail beschrijven.



De Diligence is een variant op de ambulance, maar anoniem, om niet-stigmatiserend vervoer voor ggz-opname te regelen. Het leek een eenvoudige, vanuit inhoud geboren, innovatie. Echter, er was een overheidsbeslissing nodig om voor dit vervoer gunning en financiering te verkrijgen. Dit lastige traject versterkte de bestuurlijke banden. Het initiatief smaakte naar meer en trok de aandacht van diverse partijen in de regio. Bijvoorbeeld van de politie, ook vervoerders pur sang.

Hier begint ook het verhaal van de regiosamenwerking. Er ontstond chemie tussen mensen. Enkele jaren vruchteloos 'beleid maken' in de drie veiligheidsregio's van Noord-Holland', in diverse stuur- en projectgroepen leverde niet veel meer op dan plannen en papier. Dus besloten de directeur van de veiligheidsregio, de burgemeester van Heiloo, de manager Veiligheidshuis, de directeur GGD en een directeur GGZ NHN tot een andere insteek: praten en doen combineren, vanuit een gemeenschappelijke ambitie. Met als principe: alles organiseren op veiligheidsregio (= NHN) niveau, 640.000 inwoners. Dat zagen ze als groot genoeg (om het meeste te organiseren) en *klein genoeg* (om elkaar te kennen en zaken te kunnen doen, 7x24 uur).

De stuurgroep Mensen met Verward Gedrag werd in 2017 geboren en maakte gebruik van het momentum. De gemeenten, de GGD en de veiligheidsregio (waaronder het Veiligheidshuis) pakten de landelijke opdracht 'Zorg voor verwarde personen'. Het domein van deze 'verwarde mens' binnen GGZ NHN' bleef, toeval of niet, een grote reorganisatie bespaard en kon zich vanaf dat moment meer op de buitenwereld richten, naast een stabiliserend intern ijkpunt in woelige ssiw-baren. Er ontstond een soort zwaan kleef aan principe in de stuurgroep. Officier van justitie, politie, huisartsenposten, diverse gemeenten en cliëntenorganisatie RCO De Hoofdzaak sloten aan. Stap voor stap werd de crisiszorg in een interdisciplinaire regiowerkgroep geoptimaliseerd en kreeg de zorg voor de meest complexe inwoners met 'onbegrepen gedrag' steeds meer vorm door de persoonsgerichte aanpak (PGA). Dit alles mondde in 2021 uit in een regiovisie 'Mentaal Welzijn in de Wijk', onderschreven door 25 partners in de regio.

WAT IS ER ONDERTUSSEN GEBEURD IN HET DAGELIJKS WERK?

De samenwerking tussen partijen is fundamenteel verbeterd. Er werd steeds meer gebruik gemaakt van ICO's (individueel casus overleg)³, waardoor meer coördinatie plaatsvond op diverse levensgebieden (cliënt baten) en het onderlinge begrip stukken verbeterde (organisatie baten). De al genoemde PGA was een nog intensievere, nog minder vrijblijvende vorm van samenwerken.

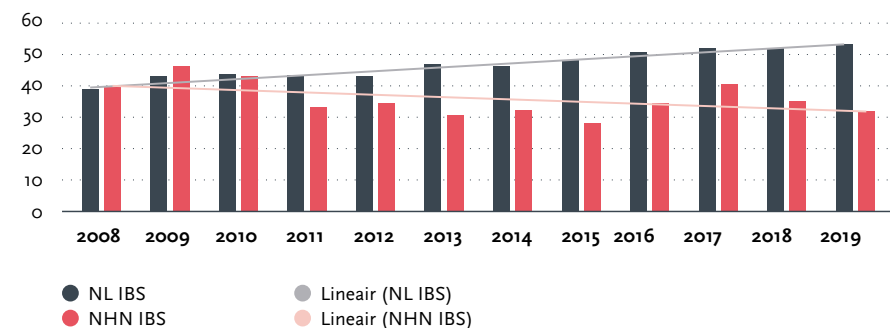
Enkele forse crisissituaties maakten duidelijk dat bestuurders en directeurs elkaar 7 x 24 uur konden en wilden vinden en professioneel afstemden, wat de rust op de werkvloer flink ten goede kwam. Wijzen naar elkaar werd en wordt als niet-constructief gezien. Politie en ggz-professionals volgen gezamenlijk trainingen, zowel in het kader van opleidingen als los daarvan. De bereikbaarheid van de crisisdienst is met één nummer sterk verbeterd, wat wordt beaamd door 'grootverwijzers' huisartsen en politie. Eventuele fricties worden 'de volgende dag' opgepakt.

WAT HEEFT DIT ALLES NU OPGELEVERD? EN HOE NU VERDER?

Alles overziend kan worden geconcludeerd dat samenwerking in een regio niet vanzelf gaat. De tijdgeest en de chemie tussen mensen (gebaseerd op ambitie en leiderschap) zijn twee factoren die de samenwerking in een stroomversnelling hebben gebracht. Vanuit het zorgen veiligheidsdomein is er veel enthousiasme om in de regio te werken 'door de muren van zorg, wonen en veiligheid' heen. Steeds meer wordt gedacht in termen als: gemakkelijk bereikbaar zijn, korte lijnen en afgestemd hulpaanbod. De regio wordt een echte regio, met samenwerking van dagelijks werk tot de bestuurstafel. En tussen sectoren. Elkaar helpen, gunnen en samen een verhaal maken krijgt steeds meer vorm. Hetgeen voor burgers meer duidelijkheid geeft. Het tempo is, begrijpelijk, traag, de energie is groot.

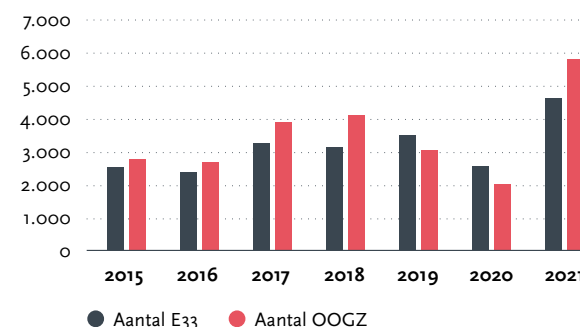
Er zijn aanwijzingen voor zichtbare successen. Het aantal dwangopnames (grafiek 1) blijft onder het landelijk gemiddelde, ook na de introductie van de Wvvgg. Het aantal zogenaamde E33 meldingen⁴ volgt niet de landelijke stijgende trend (grafiek 2). Een lichte positieve trend vanaf meer, in 2018 gestarte, gestructureerde samenwerking lijkt zichtbaar.

IBS PER 100.000 INWONERS



Grafiek 1. Vanaf 2011 gaat de regio mee met de landelijke stijging. Vanaf 2016 stijging, vanaf 2018 daling.

AANTAL E33 EN OGGZ MELDINGEN 2015-2021



Grafiek 2. Het aantal E33-meldingen heeft hetzelfde patroon als IBS, met uitzondering van 2021. In 2021 lijkt een uitgesteld Corona effect plaats te hebben gevonden.

De persoonsgerichte aanpak geeft aantoonbaar meer levensstabiliteit voor betrokkenen, tegen substantieel minder kosten⁵ en wordt voortgezet middels de (landelijk vastgestelde) levensloopfunctie. De politie geeft aan minder overlast te ervaren en met minder strafrechtelijke feiten te worden geconfronteerd.

Als we het aantal overleggen tussen professionals rondom 'onbegrepen gedrag' overzien (betrouwbaar vanaf 2017), dan zien we dat het aantal flink is gestegen vanaf 2018. Mogelijk is er samenhang met het ontstaan van de stuurgroep en de impuls die hiervan uitging om écht samen te gaan werken (tabel 3.). We gaan er bij deze verklaring van uit dat de toename wijst op toenemende, integrale samenwerking, al kan een toename van het aantal cases niet geheel worden uitgesloten.

Tabel 1. Registratie aantal bijeenkomsten professionals rond genoemd thema. Bron: Zorg & Veiligheidshuis. A = aantal cases. B = aantal bijeenkomsten.

Thema	2017	2018	2019	2020	2021
Individueel casus overleg (ICO)	A. 24 B. 55	A. 48 B. 101	A. 56 B. 133	A. 86 B. 213	A. 40 B. 104
'Personen met verward gedrag'	A. 68 B. 164	A. 126 B. 339	A. 138 B. 361	A. 135 B. 347	A. 158 B. 391
Persoonsgerichte aanpak (PGA)	A. 23 B. 169	A. 43 B. 636	A. 72 B. 944	A. 109 B. 1039	A. 113 B. 1058

CONCLUSIE

Zorg is gebaat bij continuïteit en eenvoud. In die zin zou je kunnen zeggen dat de afgelopen jaren bewust en onbewust gebouwd is aan een steeds coherenter aanbod in de regio Noord-Holland Noord. Er is één veiligheidsregio, één GGD, één Zorg & Veiligheidshuis, één ggz voor alle burgers. Bestuurlijk kan men elkaar vinden, getuige de ggz-regiovisie *Mentaal Welzijn in de Wijk* en de ophanden zijnde regiovisie over gezondheid in het algemeen. Deze ontwikkelingen sluiten ook nauw aan bij het organiseren in ggz-teams, die zich steeds meer richten naar het sociaal domein in de wijken. Partijen betrokken bij complexe kwesties in het domein zorg & veiligheid vinden elkaar steeds beter. Voor concrete uitkomsten vanuit burgers-cliënten perspectief is het helaas nog te vroeg. Daar gaat het uiteindelijk natuurlijk wel over.

Wat is er nodig om deze beweging door te zetten? Allereerst bestuurlijke- en systeemstabiliteit. Stabiliteit door visie en gekozen strategische speerpunten. Vervolgens het besef dat mentale problematiek 'van ons allen is'. Het gaat zowel om individuele kwesties (kwetsbaarheden), sociale aspecten (eenzaamheid) en maatschappelijke ontwikkelingen (ongelijkheid). Zaken waarvoor netwerksamenwerking en delen van kennis essentieel zijn om de burger van de regio de nodige ondersteuning te bieden om grip te krijgen en houden op zijn leefsituatie. Hieraan levert GGZ NHN de laatste jaren een grote bijdrage. In visiegedrevenheid, persoonlijk commitment aan de regio en verantwoordelijkheid voor haar maatschappelijke taak.

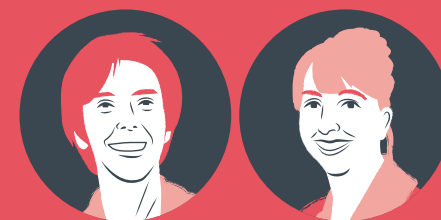
NOTEN

1. Kennemerland, Zaanstreek Waterland en Noord-Holland Noord.
2. Divisie Acut & Forensisch, m.n. Crisisdienst/IHT, Opnameklinieken/HIC's en Forensisch ACT teams.
3. Een ICO is aan te vragen door een ketenpartner vanwege een complexe situatie waar meerdere partijen kunnen bijdragen aan de oplossingsrichting.
4. Het coderingssysteem van de politie, bedoeld om meldingen over 'verward gedrag' in beeld te brengen.
5. Voortgangsverslag Aanpak mensen met onbegrepen/verward gedrag en een veiligheidsrisico. Arjen Witteveen & Anne Judith Apeldoorn, Z & VH, 8 maart 2022.



HOOFDSTUK 10B

Extern: specialisten werken samen in één team



Sonja van Rooijen en Malou Besselink

Het gaat bij ssiw om meerdere invalshoeken en verschillende perspectieven, intern en extern. In eerste instantie heeft ssiw betrekking op de medewerkers die eerst werkten in de F-ACT-teams of specialistische centra.

Sinds ssiw werken zij nauw samen in hetzelfde team en bieden vanuit het ggz-team geïntegreerde behandeling voor cliënten in een overzichtelijk werkgebied: *Specialisten Samen in één team*. Iedere discipline voegt een eigen waarde toe en de behandeling wint aan betekenis door de interdisciplinaire samenwerking tussen de professionals. Daarnaast treffen de medewerkers elkaar in expertnetwerken waarbij het gaat om het verbreden en verspreiden van kennis en expertise en samen leren (zie hoofdstuk 8A). Samen in de wijk valt breder te trekken.

Maatwerk, de centra voor werk en ontwikkeling en de beschermende woonvormen, bewegen zich ook in de wijk. Zij hebben met de ggz-teams een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliënten. En zo ook het IHT-team, de klinieken, de ggz-regioteams, de teams voor kinderen en jeugdigen, de Herstelacademie, Keuken met karakter en de andere werkprojecten. Zij vervullen met elkaar een rol voor de cliënten in hun werkgebied. Het gaat ook om *zichtbaarheid in de wijk*, voor cliënten, hun naasten en buurtbewoners. Cliënten en naasten stellen prijs op goede bereikbaarheid van hulpverleners en een snelle respons als zij contact opnemen. Verder gaat het ook om het ondersteunen van gezinnen of partners en andere naasten.

Buurtbewoners vinden het belangrijk dat de ggz-teams tijdig inspringen op overlastsituaties en waar nodig interveniëren en bemoeizorg bieden. Netwerkpartners hechten eveneens aan presentie en zichtbaarheid om zo goed samen te kunnen werken en cliënten samenhangende en continue zorg te bieden. Ook is het belangrijk kennis en expertise te delen met netwerkpartners ten behoeve van preventie en continuïteit van (voorliggende) behandeling. Ssiw appelleert aan een gedeelde verantwoordelijkheid van netwerkpartners binnen en buiten de ggz en doet een appel op de samenwerking met andere instanties en samenwerkingspartners in de wijk of regio. Juist door gezamenlijke inspanningen kan aan cliënten met psychische en andere aandoeningen of met meervoudige problemen de aangewezen zorg worden geboden.

De vragen die telkens vooropgesteld moeten worden zijn: wat hebben cliënten en hun naasten nodig; welke hulpverleners hebben daarbij een rol; en hoe kunnen die partijen goed samenwerken? Dit vertrekpunt is belangrijk om onnodige verwijzingen te voorkomen en geen schotten op te werpen.

UITGANGSSITUATIE

Voor de reorganisatie onderhielden de F-ACT-teams veel contacten met wijkagenten, GGD/oggz (openbare geestelijke gezondheidszorg) en woningbouwcorporaties, dikwijls in het kader van bemoeizorg en/of overlast. Vanzelfsprekend was er geregeld contact met huisartsen of de poh-ggz, bij verwijzingen of zorgopschaling en -afschaling. De casemanagers hadden ook veel contact met gemeentelijke instanties zoals het Wmo-loket. Specialistische centra hadden andere samenwerkingscontacten, veelal uitsluitend met verwijzers. Zij waren minder geïntegreerd in de wijk of regio, dit in tegenstelling tot de F-ACT-teams. F-ACT-teams en de ouderenzorg hadden bijvoorbeeld ook veel contacten met gemeentelijke instanties.

Gedurende de aanloop tot ssiw heeft dit regelmatig tot discussie geleid: boeten we niet in aan herkenbaarheid als F-ACT-teams en kunnen we als ggz-teams garant blijven staan voor zorgopschaling en bemoeizorg? Worden de gebruikelijke routes door de reorganisatie niet te veel doorkruist? Voor de ouderenzorg was dit laatste destijds één van de argumenten om zelfstandig te blijven als regioteams Frailty om zo een herkenbare teameenheid te zijn voor de samenwerkingsinstanties. Voor de forensische ambulante teams gold dit eveneens. Zij bewegen zich in een andere context en hebben te maken met andere juridische kaders.

DOELLEN EN PLANNEN

Een belangrijke gedachte achter ssiw was (en is) dat de samenwerking intern en extern versterkt en verbeterd kan worden. Intern moeten er geen schotten worden opgeworpen bij de overdracht naar een ander team en waar mogelijk blijven cliënten ingeschreven bij hetzelfde team en behouden zij dezelfde regiebehandelaar, ook als er tijdelijk aanvullende expertise nodig is van een andere interne of externe behandelaar. Dit gedachtegoed werd verbeeld in een introductiefilmpje voor ssiw.

Voor en na de reorganisatie werden verschillende scholingsbijeenkomsten georganiseerd en werden de nieuwe teams aangemoedigd om de sociale kaart van hun wijk te verkennen, kennis te maken met huisartsen en andere relevante partners. Maatwerk en medewerkers van de IHT-teams en de klinieken werden uitgenodigd om langs te komen tijdens deze scholingsbijeenkomsten. Voor IHT en de klinieken werd dit erg op prijs gesteld, Maatwerk ontmoette minder belangstelling. In de eerste hectische maanden was er nauwelijks aandacht voor de kennismaking met andere samenwerkingspartners; de aandacht ging uit naar teamvorming en teambuilding. Langzamerhand veranderde dat. Er werd bijvoorbeeld

een aantal bijeenkomsten georganiseerd samen met de gemeente Alkmaar om te verduidelijken wat er in het kader van de Wmo geboden kan worden en waarop men elkaar over en weer kan bevragen. Over en weer werd dit (eenmalige) initiatief verwelkomd. De contacten met de wijkagent of andere organisaties in geval van crisis lopen volgens de gebruikelijke kanalen. Daar heeft ssiw weinig verandering in teweeg gebracht; het zijn noodzakelijke en functionele contacten en doorgaans verlopen deze goed, zo bleek uit de fidelitemetingen ssiw (zie hoofdstuk 6B).

Specifiek voor huisartsen en de praktijkondersteuners (poh-ggz) werden ongeveer een jaar na de reorganisatie bijeenkomsten georganiseerd met de poh-ggz en de huisartsen, op locatie van elk ggz-team. Ook al was de opkomst soms niet groot, het was wel een belangrijke kennismaking en er ontstond meer begrip over en weer. Er kwam een toelichting op de taken van de poh-ggz, de basis-ggz en de sggz (specialistische ggz). Vanuit de ggz werd verduidelijkt en benadrukt dat de verwijsstromen soms te vanzelfsprekend richting de sggz gaan waar dat niet altijd nodig is.

ERVARINGEN

Uit de interne procesevaluatie en de ssiw-fidelitemetingen komt naar voren dat de noodzaak tot samenwerking met collega's en samenwerkingsorganisaties volop wordt onderkend. De praktijk is weerbarstig, zo blijkt tegelijkertijd. De werkzaamheden voor het eigen ggz-team en de behandeling van 'eigen' cliënten gaan voor, mede vanwege de wachtlijsten voor specifieke behandelingen en de hoge werkdruk die alle ggz-teams ondervinden. Ook zien we dat teams soms nog eigen criteria hanteren in het aanbod van een ggz-team. Daar is nog meer eenduidigheid te behalen. Hierdoor komt de samenwerking met andere ggz-teams en andere samenwerkingsorganisaties niet altijd goed van de grond.

De expertnetwerken vormen een stimulans voor de interne kennisverspreiding en samenwerking op casusniveau. Intern weet men elkaar doorgaans te vinden voor algemeen advies en consultatie maar de ruimte om gezamenlijk op te trekken om complexe behandelingen te bespoedigen wordt niet altijd gevoeld. De ggz-teams lopen geregeld aan tegen een tekort aan expertise voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Zij kunnen voor consultatie terecht bij de PEA-teams. Liever nog zien zij dat de behandeling wordt overgenomen waar PEA juist insteekt op gezamenlijke behandeling en verdeling van taken. Vergelijkbare bewegingen gelden voor de behandeling van angst. En dwangstoornissen, autisme, comorbiditeit bij ouderen. Tegelijkertijd staan de expertnetwerken steeds steviger en wordt de weg daarnaartoe beter gevonden. De lead experts zoeken naar creatieve manieren om de ggz-teams te ondersteunen. Zo biedt het expertnetwerk angst- en dwangstoornissen ondersteuning aan de ggz-teams voor de behandeling van cliënten met deze stoornissen. Het zogenoemde exposureteam heeft een outreachende functie en kan de behandeling ondersteunen of tijdelijk overnemen. De lead

experts persoonlijkheidsstoornissen zijn gestart met een geïntegreerde behandeling (GIT-PD) die zij willen introduceren bij de ggz-teams zodat de medewerkers meer handvatten krijgen voor de behandeling daarvan. Ggz-teams en PEA-regioteams kunnen elkaar zo beter aanvullen. Een ander initiatief is ook de versterkte samenwerking met Amici, het aanmeldpunt volwassenen en de ggz-teams om de aanmeldingen en behandelingen flexibeler te organiseren. Via gezamenlijke intervisie wordt de samenwerking versterkt. Naast deze mooie voorbeelden zien we ook dat sommige expertnetwerken, met name lead experts, worstelen met het actief betrokken houden van hun netwerk en medewerkers uit ggz-teams bij kennis delen, ontwikkelen en halen.

Ook de externe samenwerking vergt aandacht. Verschillende expertnetwerken hebben in hun nieuwe jaarplannen de verbinding met externe partners opgenomen. Een aantal zet hier al sterk op in. Bijvoorbeeld het expertnetwerk huiselijk geweld en kindermishandeling is zeer actief in het regionale netwerk *Geweld hoort nergens* thuis en werkt veel samen met Veilig Thuis. Het expertnetwerk Eetstoornissen is actief betrokken bij K-EET, de regionale ketenaanpak eetstoornissen.

Sinds 2021 is er een intersectoraal netwerk verstandelijke beperkingen en psychiatrie waaraan veel verschillende organisaties voor verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en ggz deelnemen. Maandelijks zijn er casusbesprekingen en recent is het initiatief genomen om elkaar tijdelijk te ondersteunen bij complexe behandelingen waarbij veel co-morbiditeit speelt op het vlak van VG en ggz en dikwijls verslaving. Ook het expertnetwerk dubbele diagnose is doende om de contacten en samenwerking met de verslavingszorg te versterken. Het expertnetwerk bemoeizorg zoekt naar mogelijkheden om de zorg voor (niet-ingeschreven) cliënten die de zorg sterk mijden, intern weer beter op de kaart te zetten. Zij onderhouden veel contact met externe partners. Vooral in de Kop van NHN zijn er goede samenwerkingsvormen met de oggz. Wat betreft de samenwerking met de huisartsen zijn er op lokaal niveau een paar nieuwe initiatieven, bijv. om afspraken te maken met de huisartsen om de verwijzingen die niet goed passen bij de sggz te verminderen door advies en laagdrempelige consulten.

CONCLUSIES

In de paragraaf hierboven zijn verschillende initiatieven genoemd die blijf geven van goede samenwerkingspraktijken. In de eerste jaren na de start ssiw ging veel aandacht uit naar opbouw en professionalisering van de ggz-teams. Ook de expertnetwerken verkeerden in een opbouwfase en wonnen geleidelijk aan betekenis. Verder ontstond er na anderhalf jaar na de start ssiw meer ruimte voor de samenwerking met andere ggz-(regio)teams, andere divisies en de Herstelwerkplaatsen. Op onderdelen heeft dit meer aandacht nodig. De samenwerking met Maatwerk kan versterkt worden zodat cliënten meer gebruik kunnen maken van de centra voor werk en ontwikkeling. Dit werd in de jaren 2020 en 2021

doorkruist door de gevolgen van corona. Ook de samenwerking tussen de ggz-teams en de oggz is voor verbetering vatbaar (zie ook onderzoek Visscher en Berndsen, 2021). De externe samenwerking verdient wellicht de meeste prioriteit. Met name de ggz-teams staan voor de opgave om de in- en uitstroom van cliënten goed in evenwicht te houden. Goede samenwerking met andere organisaties is hierbij van betekenis.

De zorg voor mensen met psychische aandoeningen, dikwijls met comorbide problemen, is omvattend en reikt verder dan de sggz. Investeren in flexibele samenwerkingsverbanden is daarom noodzakelijk en een gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen. De interne vraag die daarmee samenhangt is of GGZ NHN zich voldoende present toont voor de samenwerkingspartners en inspringt op vragen waar zij mee zitten om de zorg voor cliënten te verbeteren. Het motto *Jouw cliënt is mijn cliënt* is een belangrijk uitgangspunt voor de samenwerking intern én extern. Het gaat om het nemen van gezamenlijke verantwoordelijkheid.

TOEKOMST

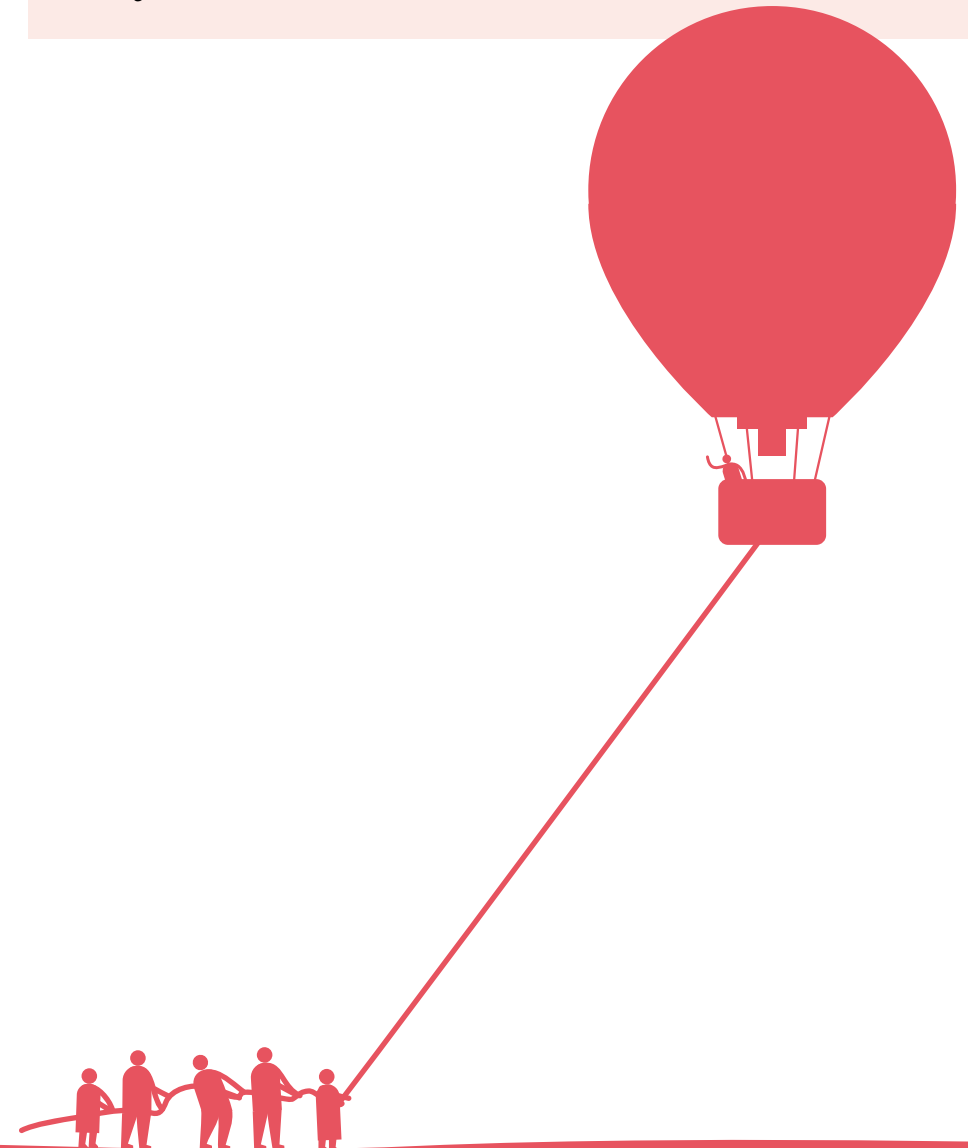
Om het hoofd te bieden aan de toenemende vraag naar ggz-hulp is het van groot belang om meer te investeren in regionale netwerken. De ggz kan deze vragen niet alleen opvangen en dat is ook niet passend bij het huidige stelsel waar juist een belangrijke rol is toebedacht voor de basis-ggz, de poh-ggz, de eerstelijnspraktijken maar ook andere sectoren en ketenpartners. De kunst is om te investeren in fluïde, meer vloeiende samenwerkingsvormen waarbij de verschillende organisaties bereid zijn om de zorg waar nodig tijdelijk over te nemen of de behandeling te ondersteunen (co-behandeling vanuit verschillende organisaties). De samenwerking zoals inmiddels gegroeid is vanuit het intersectoraal netwerk verstandelijke beperkingen en psychiatrie, is hoopvol en kan dienen als samenwerkingsmodel met andere instanties, bijvoorbeeld rond ontwikkelingsstoornissen (ASS), eetstoornissen, trauma, dubbele diagnose et cetera. Enthousiasme, commitment en inzet zijn belangrijke voorwaarden. Vooral ook gaat het om daadkracht en 'gewoon doen' zonder alles vast te willen leggen in overeenkomsten en papieren.

Voor de toekomst is het belangrijk om de contacten met externe partners van GGZ NHN te versterken, bijvoorbeeld via netwerkbijeenkomsten, opzetten van regionale netwerken, spiegelbijeenkomsten, et cetera. Het is belangrijk om de gemeenschappelijke uitgangspunten en ook de knelpunten te expliciteren en uit te diepen. Interviews en panelgesprekken zijn behulpzaam om de ervaringen en meningen op te halen en daarop te acteren.

Het is ook belangrijk dat bestuurders en managers van alle betrokken organisaties ruimte bieden om buiten de kaders en financieringsregelingen samen te werken. En verder vraagt het veel creativiteit om die flexibiliteit in de samenwerking hoog te houden. Regionale en lokale netwerken en andere samenwerkingsverbanden met mensen die elkaar kennen en met elkaar willen samenwerken, zijn van groot belang.

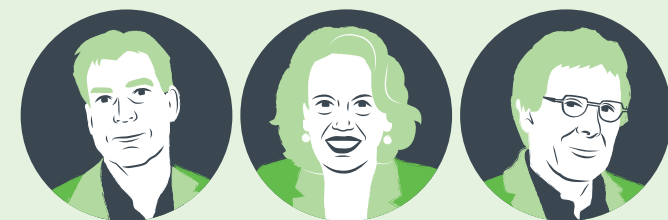
REFERENTIES

Visscher, P., & Berndsen, J. (2021). *Tussenrapportage Herijking langerdurend verblijf GGZ NHN*. Heerhugowaard: GGZ Noord-Holland-Noord.



TOT SLOT

Conclusies en nabeschuwing



Jos Brinkmann, Lucretia d'Fonseca en Jaap van der Stel

GGZ Noord-Holland-Noord heeft in de afgelopen 15 jaar belangrijke veranderingen doorgemaakt in de manier waarop de zorg is georganiseerd en wordt uitgevoerd. Dit gebeurde uitgaande van nieuwe inzichten op het gebied van herstel en het besef dat de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen drastisch moest worden verbeterd.

Daarbij is het herstel van een psychische aandoening niet alleen verbonden met vermindering van ziekteverschijnselen, maar ook met herstel van identiteit, zelfbeeld en zelfvertrouwen en met herstel van sociale relaties en rollen. Een andere driver waren de landelijke herzieningen in de structuur en financiering van de psychische zorg. Cruciaal waren twee ontwikkelingen: een focus op de wijk en de praktische integratie van specialistische kennis en kunde in ggz-teams, in combinatie met netwerken van experts. Bij de start van ssiw is besloten om het implementatieproces te volgen en te evalueren met als hoofdvraag: zijn de doelen bereikt voor wat betreft de organisatie, de cliënten en de medewerkers en in hoeverre slagen we erin om de geformuleerde uitgangspunten voor ssiw te realiseren?

Deze evaluatie had tot doel om het proces systematisch te volgen en te leren van de bevindingen. In de beschouwing over de resultaten van ssiw beantwoorden we de volgende vragen:

WAT WAREN WE OOK ALWEER VAN PLAN? EN WAT WAREN DAARBIJ DE OVERWEGINGEN?

We noemen enkele inzichten over de doelgroep met ernstig psychiatrische aandoeningen, zoals verwoord in het rapport *Over de Brug* (2014). De veranderingen in echelonering van de ggz (poh, gbggz en sggz, 2015) en de decentralisaties naar gemeenten in 2015, gaven aanleiding tot een fundamenteel andere aanpak binnen GGZ NHN: een geïntegreerde, specialistische behandeling. We constateerden dat bij de F-ACT-teams vaak te weinig psychologen of behandelaren beschikbaar waren die (psychologische) behandelinterventies konden bieden zoals bijvoorbeeld traumabehandeling. De “T” van treatment werd daarmee onvoldoende ingevuld. Bij de specialistische teams stond vooral het diagnostisch denken en behandelen voorop. We zagen echter verandering optreden in de doelgroep. Cliënten die een beroep doen op de specialistische ggz, zijn per definitie mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Ze hebben naast psychiatrische bijvoorbeeld ook sociale en financiële problemen en dikwijls ontbreekt een goed steunsysteem.

Door het samenvoegen van de voormalige F-ACT-teams en specialistische, op diagnose gerichte centra werden nieuwe teams gevormd die wijkgericht werken en waarbij geïntegreerd behandelen uitgangspunt is. De invoering van ssiw bij GGZ NHN betekende een ingrijpende organisatieverandering om mensen met ernstige psychische aandoeningen in hun eigen omgeving te ondersteunen bij hun hersteltraject met een geïntegreerde, specialistische behandeling. Onze intentie is om daarmee de zorg voor onze cliënten te verbeteren. We hebben deze verandering uitgewerkt in vijf uitgangspunten, die we uitvoerig geëvalueerd hebben (zie hiervoor hoofdstuk 6B). Kort gezegd kunnen we vaststellen dat er flinke stappen voorwaarts zijn gezet in het geïntegreerd werken maar dat we er zeker nog niet zijn.

We concluderen dat voor de toekomst een geïntegreerde werkwijze als ssiw goede mogelijkheden biedt om de behandeling herstelgericht vorm te geven, met oog voor de verschillende hersteldimensies. Het sluit aan op de gedachte van transdiagnostisch werken, de gedachte om niet uitsluitend te focussen op de diagnose en de afzonderlijke behandelingen daarvoor, maar juist oog te hebben voor onderliggende kwetsbaarheden en factoren, en de behandeling daarop af te stemmen. Het vernieuwende in ssiw is dat met een vraaggerichte werkwijze er zowel herstelgerichte behandeling wordt geboden als ook de verbinding wordt behouden met op richtlijnen gebaseerde behandelingen. De herstelgerichte benadering in de ggz sluit eveneens naadloos aan op de positieve gezondheidsfilosofie van Machteld Huber. Ook in deze benadering wordt de focus verplaatst van enkel klinisch herstel (reductie van symptomen en afwezigheid van ziekte) naar maatschappelijk en persoonlijk herstel.

HOE IS HET PROCES VAN VERANDEREN EN ONTWIKKELEN VERLOPEN?

De ssiw-implementatie heeft veel teweeggebracht, zowel in positieve als in negatieve zin. Voor het ontwerp van de ssiw zijn tevoren criteria bedacht en deze zijn toegepast bij de implementatie. Het achterliggende theoretisch kader hiervoor werd gevormd door een procesgericht ontwerp in tegenstelling tot een taakgericht ontwerp dat we veel zien bij op zorgprogramma gerichte ggz zorg. Centraal in het organisatieontwerp staan de klantvraag en klantstroom waarbij het doel is om het klantproces en de logistiek zo soepel mogelijk te laten verlopen. We zien deze ontwikkeling ook in een aantal algemene ziekenhuizen (onder andere Reinier de Graaf, MC Leeuwarden en st Anthonius)

De implementatie van ssiw voltrok zich in de periode 2017-2022, waarin vrijwel alle ggz-organisaties te maken kregen met een toenemende cliënteninstroom, in combinatie met personeelstekorten. Dat de vraag naar ggz aanmerkelijk veel groter is dan het beschikbare aanbod zorgt voor een voortdurende spanning tussen vraag en aanbod in de ggz.

Ook GGZ NHN heeft hiermee te maken en dat verhoogt de werkdruk, in alle onderdelen van de organisatie. In combinatie met de implementatie van ssiw betekende dit voor de betreffende medewerkers een extra belasting. Zij kwamen te werken in een ander team, kregen te maken met een andere organisatiewijze en een ander samengestelde cliëntengroep met meer diversiteit en andere ernst aan problematiek. Om goed in te kunnen spelen op de vraag van cliënten en de omringende cliëntensystemen worden

behoorlijke eisen gesteld aan de bezetting van de teams en de kwaliteiten en expertise van de medewerkers. In deze publicatie is in verschillende hoofdstukken beschreven hoe de verandering is verlopen (zie onder andere hoofdstukken 6B en 10B. Conclusie is dat belangrijke stappen voorwaarts zijn gezet, maar dat we er nog niet zijn. Doorontwikkeling van het geïntegreerd behandelen van cliënten in het ssiw-model zal ook de komende jaren nodig zijn.

ZIJN DE DOELN BEREIKT VOOR WAT BETREFT DE ORGANISATIE, DE CLIËNTEN, DE MEDEWERKERS EN DE REGIO?

Kwaliteit

Een belangrijke vraag bij de implementatie van ssiw is of en wat cliënten hier beter van worden, met andere woorden: verbetert de kwaliteit van de behandeling? Uit het onderzoek dat is verricht naar de behandelresultaten op cliëntniveau zien we dat zowel bij cliënten die langdurend als degene die kortdurend in behandeling zijn er geen grote verschillen optreden in de gemeten behandelresultaten voor en na de invoering van ssiw (hoofdstuk 8). Over de kwaliteit kunnen we dus zeggen dat het effect van behandelen minimaal gelijk is gebleven. Dat geldt ook voor de tevredenheid van cliënten met hun behandeling (hoofdstuk 9).

We zien echter ook dat er een flinke omslag is gemaakt naar herstelondersteunende zorg. In hoofdstuk 3 is uitgebreid beschreven wat dit bij GGZ NHN betekent. Op dit vlak, de herstelondersteunende zorg, is met inzet van ervaringsdeskundigen, de HOI en de Herstelacademies de laatste jaren veel vooruitgang geboekt. En tegelijkertijd is de conclusie dat we ook op dit punt nog volop in ontwikkeling zijn. Door de focus te leggen op wat mensen met een ernstige psychische aandoening willen bereiken in het leven, in plaats van op hun aandoening of klachtenpatroon, is nog veel winst te boeken op het gebied van kwaliteit van zorg én van leven.

Toegankelijkheid

We hebben in hoofdstuk 9 laten zien dat ondanks een forse stijging van het aantal cliënten in de afgelopen jaren door gerichte inzet van het aanmeldpunt en HOI-intakes de toegang bij GGZ NHN binnen de Treeknormen is gebleven. Daarmee is ook aangetoond dat zorglogistiek een belangrijk onderdeel is van organiseren in de ggz. Aangezien ongeveer 31% van de cliënten na een HOI-intake niet instroomt in de sggz blijft capaciteit beschikbaar voor andere cliënten die op behandeling wachten. Voor de ggz-teams is de gemiddelde caseload en turnover van cliënten toegenomen. Dat heeft enerzijds bijgedragen aan betere toegankelijkheid van zorg. Anderzijds leidt de stijging van het aantal cliënten wel degelijk tot een forse toename van het werk in de ggz-teams en de werkdruk in deze teams.

Betaalbaarheid

De daling van de gemiddelde inschrijftijd en de daling van tijdbesteding per cliënt per jaar dragen zeker bij aan kosteneffectiviteit van het werken in ssiw. Daarnaast dragen deze ook bij aan een betere toegankelijkheid. In dezelfde tijdspanne kunnen immers meer cliënten worden geholpen met ongeveer dezelfde behandelresultaten als voor aanvang van ssiw. Op basis van onze gegevens draagt het werken met de ggz-teams bij aan de doelmatigheid

en toegankelijkheid van de ggz in Noord-Holland Noord. De kwaliteit van de behandeling blijft gelijk.

HOE KIJKEN BUITENSTAANDERS (LANDELIJK EN REGIONAAL) NAAR DE ONTWIKKELINGEN BIJ GGZ NHN?

GGZ NHN heeft een traditie waarin we kennis en ervaringen met andere organisaties delen. Dat doen wij met collega instellingen maar ook buiten de grenzen van Nederland. Zo hebben wij tijdens het ssiw-veranderproces meerdere ggz-instellingen op werkbezoek gehad. Dit waren levendige uitwisselingen waarin wij feedback kregen op zowel inhoud als organisatie van ssiw. Inmiddels zijn meerdere ggz-organisaties met vergelijkbare veranderingen bezig (zie o.a. dNggz, 2021).

Wij hoorden soms ook kritische geluiden zoals het “verkwanselen” van het F-ACT-model of het verwateren van specialistische kennis voor diagnose specifieke behandelingen. Wij hebben critici uitgenodigd om met ons in gesprek te gaan en op werkbezoek te komen. Wij hebben de Stichting Centrum Certificering ACT en F-ACT (CCAF) ontvangen om het ssiw-model te toetsen en te beoordelen. Dat leerde ons dat het model de toets der kritiek kan doorstaan en ook voor verdere verbetering vatbaar is.

Wij hechten er aan onze goede naam als opleidende organisatie te behouden. De RINO P opleiding bezocht ons voor een accreditatiebezoek. Er was op basis van geluiden eerder een negatief argwanend beeld ontstaan over ssiw, omdat daarmee het leerklimaat zou zijn verslechterd. Na visitatie is dat beeld in positieve zin bijgesteld en accreditatie voor vijf jaar afgegeven.

WAT ZIJN VOOR DE KOMENDE PERIODE DE (NIEUWE) UITDAGINGEN? EN WELKE DOELN ZIJN DAARBIJ IN HET GEDING?

GGZ NHN is in staat gebleken bij de groep met mensen met ernstige psychische aandoeningen, die naast psychische ook sociale en fysieke problemen ervaren, resultaten te boeken. We gaan daarmee door. Maar lukt het ook de mentale gezondheid van de bevolking in Noord-Holland Noord te beïnvloeden en daarmee de instroom in de ggz te verminderen, of de ernst van de klachten, te beperken? Velen zijn daar sceptisch over, maar het is niet onmogelijk. Cruciaal is een strategie die, samen met vele andere partijen, erop gericht is op het versterken van preventie en vroegtijdig handelen. En bij psychische aandoeningen betekent dat de focus richten op jonge mensen, en dus gezinnen, het onderwijs en andere gemeenschapsvoorzieningen. Hiervoor bestaat nog geen uitgewerkt plan, maar het is wel noodzakelijk om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden en de kwaliteit van leven van de regionale bevolking te verhogen.

Daarbij zijn er veel uitdagingen waar de ggz rekening mee moet houden en die ook de noodzaak van preventie en vroegtijdig handelen doen toenemen. De bevolking wordt gemiddeld ouder. De klimaatverandering zal in deze eeuw steeds vaker met crises gepaard gaan. Leven in een dichtbevolkt land zet de woningmarkt enorm onder druk. Veel mensen leven in armoede. De stroom vluchtelingen houdt waarschijnlijk nooit op. En zo zijn er omstandigheden die de mentale en fysieke gezondheid onder druk zetten. Het bevorderen

van de mentale weerbaarheid, wendbaarheid en veerkracht van de bevolking is een noodzaak waaraan ook GGZ NHN een bijdrage kan en moet leveren. We zullen met onze partners in de regio in gesprek gaan hoe we deze taak gezamenlijk kunnen ontwikkelen.

NOOIT KLAAR.....

Het onderzoek naar ssiw heeft inzicht gegeven in het verloop van het proces en licht geworpen op de verbeterpunten. Sinds de start van ssiw is er veel bereikt en tegelijkertijd is er nog veel te doen. Dat was ook de inzet van het onderzoek en de weergave daarvan in deze publicatie; inzicht en input krijgen voor verdere aanpassing en verbetering. Een lerende organisatie is voortdurend in beweging en dat geldt ook ten aanzien van de ontwikkeling van het geïntegreerd behandelen. Dat is nooit helemaal klaar.

De balans opmakend stellen we ons een belangrijke vraag. Blijft er achteraf gezien voldoende legitimering over voor de keuze tot deze organisatieverandering is dan hetgeen wat het brengt in verhouding tot wat het kost aan “gedoe”, inspanning en middelen.

Deze vraag stellen en erover in gesprek zijn is belangrijker dan het uiteindelijke antwoord omdat het ons inzicht geeft in wat we ervan geleerd hebben. We kunnen de plussen en minnen benoemen, ja geïntegreerd behandelen krijgt meer vorm en geeft een goed resultaat voor cliënten en draagt bij aan het werkplezier van medewerkers, maar het is ook sterk team afhankelijk. Er zijn medewerkers vertrokken vanwege de reorganisatie maar ook nieuwe voor in de plaats gekomen juist vanwege ons ssiw-model. Dezelfde behandelresultaten van voor de reorganisatie worden behaald maar wel met een lager aantal contacten per behandeling en een kortere behandelduur. De kosten per cliënt zijn lager, al gaat het om een relatief bedrag per cliënt, maakt het op het totaal wel een verschil van betekenis.

Ja, er was ten tijde van de verandering onrust en gedoe maar niets doen geeft stilstand en uiteindelijk achteruitgang. Wanneer we willen leren moeten we in beweging zijn, door de veranderende context over de definitie van gezondheid en herstel en het speelveld van ggz en maatschappelijke zorg, was het nodig de organisatie aan te passen om toekomstbestendig te zijn.

WOORDEN VAN DANK

De totstandkoming van dit boek is mogelijk geworden door de inzet van veel mensen die GGZ Noord-Holland-Noord een warm hart toedragen. Zij hebben ons geïnspireerd, uitgedaagd, vertrouwen geschonken en heel veel werk verzet. Wij willen iedereen die van binnenuit of via de zijlijn heeft bijgedragen hartelijk bedanken. In de eerste plaats betreft dit natuurlijk onze professionals die betrokken zijn (geweest) bij de veranderingen in GGZ Noord-Holland-Noord. Een aantal heeft een specifieke bijdrage aan dit boek geleverd, waarvoor grote dank.

In het bijzonder gaat onze dank ook uit naar de mede-vormgevers en -uitvoerders van ssiw: Tessy Verhagen en Marja Maarse (directiesecretarissen), Inge van der Vaart en Sonja Wezepoel (adviseurs personeel en organisatie), Corrie van Schagen en Frank Reiben (leden cliënten- en familieraad), Michiel Bahler (directiesecretaris), Ton Dhondt (voormalig directeur), Hugo Koetsier (voormalig geneesheer-directeur) en Raphael Schulte (psychiater). Zonder hun deskundige inbreng zouden we deze verandering niet goed hebben kunnen uitvoeren.

Zorgverzekeraar VGZ heeft een lange traditie in het mede mogelijk maken van veranderingen bij GGZ NHN. Zij hebben ons met een meerjarenafpraak actief geholpen ssiw verder door te ontwikkelen.

Ook veel dank aan Peter Klumpenaar en Jessie Vermeer voor de ondersteuning bij de vormgeving en verspreiding van dit boek.

Elsbeth de Ruijter

Jos Brinkmann

Lucretia d’Fonseca

Jaap van der Stel

AFKORTINGEN

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
ASS	Autismespectrumstoornis
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
CGT	Cognitieve gedragstherapie
CHIME	Connectedness, hope, identity, meaning and purpose, and empowerment
covid	Coronavirus disease
CSA	Centrum voor stemming- en angststoornissen
DMP	Divisie maatschappelijke psychiatrie
DSC	Divisie specialistische centra
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e editie
ED	Ervaringsdeskundigheid
eNPS	Employer net promotor score
EPA	Ernstige psychische aandoeningen
F-ACT	Flexible assertive community treatment
(F)ED	(Familie-)ervaringsdeskundige
FIT-academy	Flexibel, innovatief en topambulant academy
FTE	Fulltime equivalent
Gbggz	Generalistische basis-ggz
GIT-PD	Guideline-informed treatment for personality disorders
gggz	Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ NHN	GGZ Noord-Holland-Noord
HIC	High intensive care
HOI	Herstelondersteunende intake
HoNOS	Health of the nation outcome scales
IBV	Inhoudelijk beleidsverantwoordelijke
ICO	Individueel casusoverleg
IHT	Intensive home treatment

IPS	Individuele plaatsing en steun
JDC-5	Job demand control model, 5e editie
K-EET	Ketenaanpak eetstoornissen
K&J	Kinder- en jeugdpsychiatrie, nu divisie Jeugd & gezin
M&S	Divisie Maatschappelijk & Specialistisch
MO	Maatschappelijke opvang
MT	Managementteam
NK	Noord-Kennemerland
oggz	Openbare geestelijke gezondheidszorg
PDCA	Plan do check act
PEA	Persoonlijkhedsstoornis, eetstoornissen en ADHD
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RCO	Regionale cliëntenorganisatie
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RINO	Regionaal instituut voor nascholing en opleiding
ROM	Routine outcome monitoring
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
sggz	Specialistische ggz
ssiw	Specialisten samen in de wijk
VBBA	Vragenlijst beleving & beoordeling van de arbeid
VG	Verstandelijk gehandicapten
VGct	Vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie
VWS	Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport
WF	West-Friesland
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke opvang
WRAP	Wellness recovery action plan
Wvvgz	Wet verplichte ggz

AUTEURS



ALBERT BLOM

Albert Blom is als psychiater-directeur verbonden aan de divisie Acuu & Forensisch van GGZ NHN. Hij is mede-initiator van de regionale ketensamenwerking in het veiligheidsdomein, met specifieke aandacht voor het vraagstuk personen met onbegrepen gedrag. Albert werkte hiervoor onder andere als directeur en psychiater bij Rivierduinen en Mentrum/Jellinek.



ANNET NUGTER

Annet Nugter was tot oktober 2022 Hoofd Wetenschappelijk onderzoek van GGZ NHN en streeft er in haar werk naar wetenschap en praktijk met elkaar te verbinden. Ze heeft zich gespecialiseerd in *Routine outcome monitoring* (Herstel in Beeld), en heeft daarover meerdere publicaties geschreven of daaraan bijgedragen. Annet deed eerder onderzoek naar de behandelresultaten bij implementatie van F-ACT en was verantwoordelijk voor de proces- en uitkomstevaluatie van Specialisten samen in de wijk.



ARDAN MIEDEMA

Ardan Miedema werkt sinds 2017 bij GGZ NHN en is als psychiater-directeur verbonden aan de divisie Maatschappelijk & Specialistisch. Hij is gestart nadat de ontwerpfase van ssiw was afgerond en de uitvoeringsfase begon. Ardan was voor die tijd werkzaam als clusterhoofd en beleidspsychiater bij de GGD in Amsterdam.



DAAN DE JONG

Daan de Jong, directeur dienst bedrijfsvoering, is via het programma Duurzame GGZ, dat samen met zorgverzekeraar VGZ wordt uitgevoerd, nauw bij ssiw betrokken. Daan werkte tot zijn start bij GGZ NHN in 2018 onder andere als financieel directeur bij Randstad.



ELSBETH DE RUIJTER

Elsbeth de Ruijter is psychiater en sinds 2020 lid van de raad van bestuur van GGZ NHN. Daarnaast is ze voorzitter van de vereniging Fact Nederland en voorzitter van het bestuur van Phrenos, het kenniscentrum rondom Ernstige psychiatrische aandoeningen.



FABIANA ENGELSBEL

Fabiana Engelsbel werkt sinds eind 2011 bij GGZ NHN als onderzoeker bij de afdeling Onderzoek & Monitoring en was betrokken bij de evaluatie van de behandeluitkomsten van cliënten in het kader van het project Specialisten samen in de wijk. Eerder analyseerde zij de behandeluitkomsten van cliënten die werden behandeld volgens het F-ACT-model. Fabiana richt zich vooral op het verrichten van vraaggestuurde analyses op bestaande ROM/ Herstel in Beeld-gegevens van uiteenlopende cliëntgroepen.



FRANK SLAGTER

Frank Slagter werkt bij GGZ NHN als klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij beschrijft zijn ervaringen met de vele veranderingen binnen de ggz en met in het bijzonder met ssiw. Hij doet dat vanuit zijn rol als klinisch psycholoog en lead expert van het expertnetwerk angst- en dwangstoornissen.



JAAP VAN DER STEL

Jaap van der Stel was lector Geestelijke Gezondheidszorg aan de Hogeschool Leiden. Daarnaast was hij werkzaam als lector bij GGZ inGeest / VUmc als senioronderzoeker en als adviseur beleid bij Brijder-Parnassia. Jaap werkt daarnaast als freelance onderzoeker en publicist.

**JAAP VAN WEEGHEL**

Jaap van Weeghel, andragoloog, was van 2006 tot zijn pensionering in 2020 als stafmanager zorgontwikkeling en onderzoek verbonden aan het zorgbedrijf Parnassia, onderdeel van de Parnassia Groep. Verder is hij sinds 2009 werkzaam aan Tilburg University als bijzonder hoogleraar (sinds 2020 emeritus) bij het departement Tranzo, het wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn. Daarnaast was hij van januari 2010 tot begin 2021 wetenschappelijk directeur van Kenniscentrum Phrenos. Op dit moment is Jaap als adviseur aan Phrenos verbonden.

**JOS BRINKMANN**

Jos Brinkmann is sinds 2012 bestuurder van GGZ NHN en is in die rol betrokken bij de opzet en de start van ssiw. Jos heeft in het bijzonder bijgedragen aan het belang van medewerkertevredenheidonderzoek en aan de afspraken met de zorgverzekeraar lopende het veranderingsproces.

**LUCRETIA D'FONSECA**

Lucretia d'Fonseca stond aan de wieg van het hele ssiw-gedachtengoed en gaf als directeur bij GGZ NHN leiding aan dit grote veranderingsproces. Lucretia werkt sinds haar pensionering als senior supervisor, coach en organisatieadviseur bij Fonseca Festina Lente te Goor.

**MALOU BESSELINK**

Malou Besselink is psycholoog en werkt bij GGZ NHN voor de FIT-academy als inhoudelijk adviseur. Ze heeft preventie als specifiek aandachtsgebied. Malou werkte daarvoor als IPS teamcoördinator en trajectbegeleider in een F-ACT-team.

**MARIJKE VAN PUTTEN**

Marijke van Putten was van augustus 2003 tot december 2011 directeur en van 2012 tot 2019 bestuurder van GGZ NHN. Met haar jarenlange ervaring als behandelend psychiater had ze een scherpe visie op het werken in de ggz, die ze graag uitdroeg. In 2017 kreeg dit zijn beslag in ssiw. Hieraan heeft Marijke actief bijgedragen, met name in de implementatie van ssiw en de ontwikkeling van de HOI.

**MARJOLEIN KOEMENTAS-DE VOS**

Marjolein Koementas kwam in 2011 bij GGZ NHN in opleiding als klinisch psycholoog, sinds 2015 werkt ze als klinisch psycholoog en psychotherapeut, plaatsvervangend hoofdopleider bij de gz-opleiding RINO Amsterdam, supervisor VGcT en is promovenda.

**NANETTE WATERHOUT**

Nanette Waterhout is als senior ervaringsdeskundige en als eerste opleider ervaringsdeskundigheid nauw betrokken bij het vormgeven en uitvoeren van ssiw, met name in de Herstelacademies van GGZ NHN. Nanette is zowel in binnen- als in buitenland betrokken bij het uitdragen van het belang van ervaringsdeskundigheid in de behandeling en ondersteuning van mensen met psychische problemen.

**NIEK KUIJPER**

Niek Kuijper is manager Personeel & Organisatie en Marketing & Communicatie bij GGZ NHN. Niek is op verschillende manieren betrokken bij communicatie voor en over ssiw, zowel intern als extern, en is als manager P&O betrokken bij de vertaling van medewerkersonderzoeken naar de concrete aanpak binnen ggz-teams.



RENÉ KEET

René Keet, bij GGZ NHN werkzaam vanaf 2008, is als beleidspsychiater en directeur van de FIT-academy verantwoordelijk voor innovatie, implementatie en de lerende organisatie bij GGZ NHN. Ten tijde van de introductie van ssiw was hij werkzaam als directeur Maatschappelijke psychiatrie en mede-bedenker van het concept en de toepassing van ssiw. René is voorzitter van het *European Community Mental Health Services-netwerk* (www.eucoms.net). Zijn promotie in 1995 aan de Universiteit van Amsterdam ging over de epidemiologie van HIV-1.



SONJA VAN ROOIJEN

Sonja van Rooijen werkte voor GGZ NHN als onderzoeker en implementatiebegeleider en was betrokken bij de implementatie en evaluatie van het ssiw-project. Voor die tijd was zij werkzaam bij het Trimbos-instituut en was ze betrokken bij projecten gericht op ambulantisering, herstelgerichte zorg, inzet van ervaringsdeskundigheid en kwaliteitsverbetering in de langdurige ggz. Zij werkt momenteel als senior-adviseur en projectleider bij Movisie, landelijk kenniscentrum voor een samenhangende aanpak van sociale vraagstukken.



TESSA DIJKSTRA

Tessa Dijkstra werkt als financieel specialist en adviseur bedrijfsvoering bij GGZ NHN. Tessa Dijkstra is als programma-manager Duurzame ggz betrokken bij ssiw. Duurzame ggz is een hoofdthema uit het Strategisch beleidsplan 2020-2022 en wordt samen met zorgverzekeraar VGZ van 2019-2023 uitgevoerd in een vijfjaren-alliantie. Tessa promoveerde in 2003 op Homogene katalysemodelsystemen aan de TU Eindhoven.



THESSA MOUS

Thessa Mous is klinisch psycholoog en directeur van de divisie Jeugd & gezin bij GGZ NHN. Na de fusie van Triversum met GGZ NHN in 2018 is zij vooral betrokken bij transitiepsychiatrie en de transformatie van de jeugd-ggz in het sociaal domein.



YILDIZ VAN DEN AKKER

Yildiz van den Akker is sinds 2020 directeur van de divisie Maatschappelijk & Specialistisch bij GGZ NHN, waar een belangrijk deel van de ssiw wordt uitgevoerd. Yildiz was voor die tijd werkzaam als directeur bedrijfsvoering bij o.a. Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW), als financieel directeur van de energiecentrale Petten (ECN) en als manager control en financiën bij de woningbouwcorporatie Van Alckmaer voor Wonen.

Samenstelling en redactie: Jos Brinkmann, Lucretia d’Fonseca, Jaap van der Stel
Tekstredactie: Jaap van der Stel

Productie: Maatwerk Grafisch, Den Helder
Vormgeving en illustraties: Ricky Booms, dimgray



© 2022, GGZ Noord-Holland-Noord, Postbus 18 1850 BA Heiloo

Herziene digitale versie: oktober 2022

GGZ Noord-Holland-Noord is een organisatie waarin goede zorg wordt geleverd en herstel wordt beschouwd als leidraad voor het handelen. Hoe geef je daar de juiste vorm aan? De maatschappij verandert, en zo ook de cliënten en hun verwachtingen over hun herstel. Nieuwe inzichten vereisen veranderingen in de zorgorganisatie en de manier waarop professionals te werk gaan.

Na twee jaar van voorbereiding is GGZ Noord-Holland-Noord in september 2017 gestart met het project Specialisten Samen in de Wijk (ssiw). In dit boek doen twintig auteurs verslag van deze transitie. Ze geven antwoord op de vraag wat de achtergronden waren waarom de oriëntatie op de wijk centraal stond. En wat de reden was om de samenwerking tussen specialisten anders te organiseren. Ook verduidelijken ze wat de behaalde resultaten zijn.



Het komt weinig voor dat medewerkers van een instelling zo gedegen en openhartig schrijven over hun werk. GGZ Noord-Holland-Noord is met recht te zien als een lerende organisatie. Alle reden er kennis van te nemen. Hopelijk inspireert het boek andere instellingen en professionals om ook diepgaand te reflecteren op hun werk.