

## Evaluatie proeftuinen Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht

Gerard de Valk (eindverslag), Ingeborg Siteur (procesevaluatie) en Marga Vink (eerste concept en evaluatiebijeenkomst)

Juni 2018 (na verwerking opbrengst evaluatiebijeenkomst op 6 juni 2018)

---

### **1. Leeswijzer**

De snelle lezer met weinig tijd, kan een indruk van de resultaten van de proeftuinen krijgen door paragraaf 1 en 2 te lezen, waar vraag- en doelstelling en de belangrijkste conclusies tot nu toe aan de orde komen. In de paragrafen daarna volgt per vraag een nadere uitwerking. In paragraaf 7 komt aan de orde wat de belangrijkste geleerde lessen zijn en in paragraaf 8 welke vervolgstappen er gezet kunnen worden en welke randvoorwaarden daarbij van belang zijn om het integraal gebiedsgericht werken voor cliënten en hun naasten tot een succes te maken.

### **1. Inleiding**

Het landelijke plan van aanpak "Over de brug" (oktober 2014) vormde in de regio van centrum gemeente Utrecht een belangrijke stimulans om voor de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid (de EPA-doelgroep<sup>1</sup> in de ggz) te streven naar zo volwaardig mogelijk burgerschap. Met de uitvoering van de vignettenstudie (september 2013) en de opstelling van het document 'Volwaardig Burgerschap en Psychiatrie' door de Regionale Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht (juni 2015) werd deze lijn met alle betrokken partijen – die nu het Bestuurlijk overleg vormen – bekrachtigd. Met de opzet van een viertal proeftuinen ging de regio concreet aan de slag.

In dit evaluatieverslag worden de ervaringen beschreven die de afgelopen 2 jaar zijn opgedaan in de 4 proeftuinen, respectievelijk Utrecht Lunetten, Utrecht Overvecht Zuid, Woerden en Zeist, om de zorg meer lokaal en integraal te organiseren voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en deze samen te verbeteren. Vanaf paragraaf 3 formuleren we een antwoord voor zover nu mogelijk op de volgende vragen:

- a) In hoeverre is het gelukt in de proeftuinen een integrale, cliëntgerichte werkwijze te realiseren?
- b) Wat is er op dit moment te zeggen over de bijdrage van de proeftuinen aan het realiseren van volwaardig burgerschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid?
- c) In hoeverre is het gelukt in de proeftuinen een gebiedsgerichte aanpak te realiseren?
- d) Zijn betrokken partijen (direct betrokkenen maar ook omgeving) tevreden over opzet en resultaten van de proeftuinen?
- e) Wat is er in de proeftuinen geleerd dat van belang is voor de verdere doorontwikkeling van het gebiedsgericht en integraal, cliëntgericht werken?
- f) Welke ontwikkelstappen moeten er worden gezet en welke randvoorwaarden dienen er de komende periode gerealiseerd te worden om een gebiedsgerichte, integrale, ambulante, cliëntgerichte werkwijze voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid verder op poten te zetten?

Voor de oorspronkelijke doelstellingen, waaronder een gewenste verschuiving tussen de vignetten, zoals verwoord in de notitie 'Volwaardig Burgerschap en Psychiatrie' wordt naar bijlage 1 verwezen.

---

<sup>1</sup> Hiermee worden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening bedoeld. Inmiddels spreken we liever van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

In bijlage 2 zijn de casusbeschrijvingen opgenomen, die vanuit de proeftuinen zijn opgesteld, om met financiers en beleidsmakers in gesprek te gaan over adequate financiering van de domein overstijgende werkwijze waar in de proeftuinen mee is geëxperimenteerd.

De belangrijkste opbrengsten die we tot nu toe in kaart hebben kunnen brengen, zijn verwerkt in de hoofdtekst van dit verslag. Daar proeftuinen qua opzet en plaatselijke context verschillen, zijn waar mogelijk en zinvol de resultaten per proeftuin gepresenteerd.

## **2. Doelstelling proeftuinen en voorlopige conclusie**

Zoals zo juist gesteld, zijn de proeftuinen opgezet om met elkaar aan de slag te gaan en concreet invulling te geven aan 'Over de brug'. Daarbij draaide het om het vergroten van de inclusie binnen de eigen omgeving van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid<sup>2</sup>, door binnen een afgebakende wijk of een omschreven gebied op maat en meer integraal de juiste zorg en ondersteuning te geven. Het doel was mede om vroegsignalering en preventie te verbeteren<sup>3</sup>, drempelloos te kunnen op- en afschalen om ernstige ontwrichtende crises te voorkomen, de ervaren kwaliteit van leven en het functioneren van de mensen waarom het gaat te verbeteren, een hogere mate van tevredenheid met de geboden zorg bij cliënten en naasten, een betere samenwerking tussen zorgpartners en het versterken van eigen regie en zelfmanagement.

### **Voorlopige conclusie**

We zien in de proeftuinen met gebiedsteams ggz, dat de samenwerking met het sociaal domein aanzienlijk is verbeterd:

- Consultatie en sparren zijn toegenomen.
- Toegankelijkheid en bereikbaarheid van gespecialiseerde ggz is toegenomen.
- Samen optrekken, bijvoorbeeld bij zorgmijders, is toegenomen.
- Afstemming rondom acties en plannen is toegenomen.
- Gebruik maken van elkaars expertise is toegenomen.
- Elkaar vinden in visie (maatschappelijk herstel, het gewone leven, met de cliënt niet over de cliënt, eigen netwerk) en taal is toegenomen.
- Samenwerking met huisarts/poh-ggz is versterkt.

Als belangrijke succesbepalende elementen worden genoemd:

- Kleinschaligheid (ontmoeting en elkaar leren kennen).
- Open systeem (iedereen kan aanhaken, samenwerking afgestemd op het gebied).
- Wederkerigheid betrachten.
- Afstemming (in bijzijn van cliënt, transparant, digitale ondersteuning met PsyNet).
- Doorontwikkeling, leren van elkaar, samen leren.

De proeftuinen laten hiermee belangrijke vorderingen in de goede richting zien. Ze tonen ook aan dat het een complex veranderproces is dat tijd en passende organisatorische, personele en financiële randvoorwaarden vergt om tot meetbare resultaten voor cliënten en hun naasten te komen.

Er zijn betekenisvolle aanwijzingen om door te gaan op de ingeslagen weg en om de goede en constructieve samenwerking verder gezamenlijk vorm te geven. Mede gelet op het belang van een goede gebiedsgerichte, integrale aanpak voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en hun problemen op vele levensdomeinen in relatie tot de aansluitende aanpak bij gemeenten voor mensen met verward gedrag en de regionale koers voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Cliënten en hun naasten, huisartsen, hun praktijkondersteuners, zorgaanbieders in de basis ggz en zorgverleners die actief zijn in het kader van de Wmo, doen graag een divers beroep op

---

<sup>2</sup> In lijn met het rapport van de commissie Dannenberg: Van beschermd wonen naar een beschermd thuis, VNG, 11 november 2015.

<sup>3</sup> Zie ook het plan van aanpak van het Regionale Schakelteam voor mensen met verward gedrag.

gespecialiseerde ggz in de proeftuinen en viceversa. Binnen een afgebakend gebied weten zorgpartners elkaar te vinden en dat leidt tot een sterke verbetering van de samenwerking in de richting van een meer integrale werkwijze.

Toch ademt de evaluatie van de proeftuinen nog te veel het hulpverleners- en beleidsmakers perspectief met terminologie als ondersteuningsbehoefte, psychiatrische kwetsbaarheden, sluitende aanpak. De lezer zou het gevoel kunnen bekruipen dat de cliënt nog te veel wordt gezien als passieve ontvanger. Uit de evaluatie valt af te leiden dat er in de proeftuinen nog meer behoefte is om met cliënten werk te maken van empowerment, eigen kracht, zelf regie voeren. Het gebiedsgericht werken heeft potentie in zich om en zal een succes worden als het ertoe bijdraagt dat cliënten voldoende kracht en handelingsbekwaamheid ontwikkelen, juist wanneer zij problemen hebben waarbij zij veel ggz steun nodig hebben. Om te komen tot een meer herstelgerichte taal kunnen woorden als wensen, verlangens voor meer balans zorgen ten opzichte van woorden als problemen, crises en sluitende aanpak (meer lucht, meer gewoon mens zijn, minder lijdend voorwerp).

Het met elkaar invullen van de regionale verantwoordelijkheid voor de beoogde doelgroep, is een cruciale factor voor het welslagen van de proeftuinen en straks de gebiedsteams ggz. Het samen verantwoordelijk zijn en blijven voor het vinden van een oplossing, daar gaat het om. Hiervoor zijn naast inzet van ervaringsdeskundigheid en herstelgericht hulpverlenerschap, bestuurlijke steun en passende randvoorwaarden absoluut noodzakelijk.

Door wat er is bereikt zijn de proeftuinen onlangs gepresenteerd als 'good practice' in de context van de Taskforce Zorg Op de Juiste Plek<sup>4</sup> (april 2018, blz 51). We realiseren ons dat met een aantal proeftuinen de échte transformatie naar gebiedsgericht en integraal werken in de ggz nog niet is afgerond. De proeftuinen in de regio Utrecht Midden West zijn voorbeelden van mooie initiatieven en ontwikkelingen, maar voor definitieve uitspraken over de mate waarin ze bijdragen aan het herstelproces van onze cliënten, is het nog te vroeg, zo blijkt uit deze evaluatie. Daarom spreken we van voorlopige of indicatieve conclusies. Ook ontbreekt het nog te veel aan adequate randvoorwaarden op het gebied van privacy, ict en financiering voor optimalisering van deze wijze van werken. We zijn trots op wat er is bereikt en danken iedereen die daaraan heeft bijgedragen. We gaan verder op de ingeslagen weg.

### **3. In hoeverre is het gelukt in de proeftuinen een integrale, cliëntgerichte werkwijze te realiseren?**

#### Proeftuinen Utrecht

In Utrecht zijn de proeftuinen gestart vanuit het concept van geïntegreerde samenwerking.

---

<sup>4</sup> Rapport van de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, op 6 april 2018 aangeboden aan Minister Bruins van VWS en aan de Tweede Kamer.



De proeftuinen in Utrecht hebben een lange aanlooperperiode gehad, omdat het proces van opzetten van integrale teams en de vormgeving van de samenwerking meer tijd vroeg dan vooraf verwacht. In eerste instantie zijn medewerkers van Altrecht, Lister en WIJ3.0 in een integraal team met elkaar samen gaan werken. Anno april 2018 lopen de Utrechtse proeftuinen goed, zo geven ze zelf aan, en wordt er in de teams samen geleerd van de ervaringen die worden opgedaan. Voor huisartsen en buurtteams is het lokale proeftuinteam laagdrempelig bereikbaar waardoor iedereen nu kan ervaren dat er echt de intentie bij allen is om het samen te doen in plaats van ieder vanaf zijn eigen eiland. Doordat beide teams outreachend werken en dichtbij in de wijk zijn gehuisvest, worden ook mensen bereikt die anders niet de passende zorg zouden ontvangen, zo geeft men aan. En door de korte lijnen met huisartsen en praktijkondersteuners ggz komen cliënten eerder in zorg bij het proeftuinteam, waar men voorheen nog wel eens af haakte onderweg naar gespecialiseerde ggz.

De proeftuinteams zijn in staat gebleken door een meer integrale aanpak sneller zorg te kunnen bieden. Ook is er meer maatwerk door de zorg – behandeling en ondersteuning – vanuit verschillende domeinen te verbinden en te doen wat nodig is om mensen verder te helpen in hun leven. Er worden out-of-the-box oplossingen gevonden als de gebaande paden ontoereikend zijn. Door hierbij nog beter aan te sluiten bij de vraag en wens van de cliënt en daarmee de intrinsieke motivatie om met die vraag aan de slag te gaan, worden echt stappen gezet. Dit vraagt een andere attitude, meer van mens tot bewoner.

Psychiater Thijs van Oeffelt van proeftuin Lunetten benoemt dat het veel beter lukt om breder naar de levensdomeinen van de cliënt te kijken en in overleg samen te kiezen wat wel en niet te doen. Door de korte lijnen, vindt er vaker onderlinge consultatie plaats.

Christa van Rossum en haar collega's van proeftuin Overvecht benadrukken in hun artikel in Sociale Psychiatrie<sup>5</sup> hoe snel ze elkaar als hulpverleners nu vinden en hoe snel en efficiënt de benodigde zorg gerealiseerd kan worden.

Mede hierdoor lijkt het door de proeftuinen ook mogelijk te worden dat cliënten minder vaak worden overgedragen aan de gespecialiseerde ggz en dat er ook sneller weer afgeschaald kan worden naar huisarts met poh, basis ggz of buurtteam. Partijen geven aan dat vroeger meer werd doorverwezen en dat er nu meer samen wordt gekeken wat nodig is. De directe nabijheid en beschikbaarheid van het proeftuinteam als er weer opgeschaald moet worden is hiervoor voorwaardelijk. In paragraaf 6

<sup>5</sup> Sociale Psychiatrie, december 2017, blz 15 – 20.

staan we uitvoeriger stil bij de ervaringen van het buurtteam met de proeftuin. Hieruit wordt zeer duidelijk dat de samenwerking van het buurtteam met de ggz-partners sterk verbeterd is.

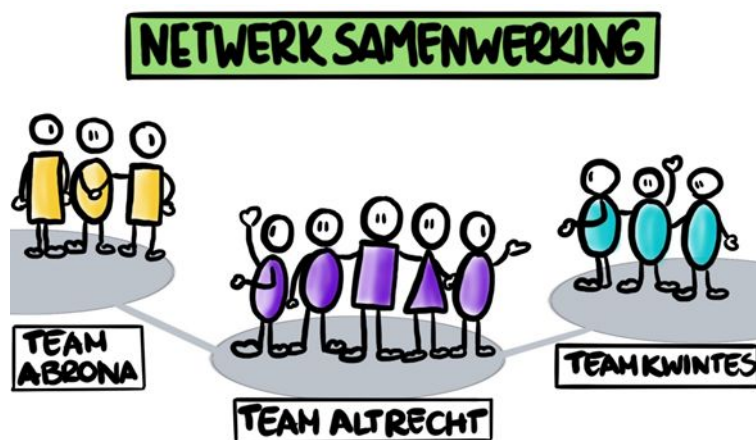
In beide proeftuinteams is ervaringsdeskundigheid onderdeel van het team. Zowel vanuit Lister (Wmo), als vanuit Altrecht (Zvw) is een ervaringswerker in het team geplaatst. Daar waar de professionele hulpverlener soms geen ingang heeft, lukt het de ervaringsdeskundige vaak wel het contact aan te gaan. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt met het team Familiecoaching, zodat voor families van cliënten die dat willen, familiecoaching op peer-to-peer basis mogelijk is. Cliënten worden gewezen op de mogelijkheden van Enik Recovery College (locatie Rivierenwijk en inmiddels is er ook een start gemaakt in Overvecht). Het versterken van zelfhulp en peer-support geeft de cliënt een actievere rol.

### Proeftuinen Woerden en Zeist

In Woerden en Zeist zijn de proeftuinen gestart vanuit het concept van netwerksamenwerking. In Woerden is men november 2016 gestart met een wekelijkse bijeenkomst van hulpverleners van diverse organisaties: Kwintes, Legers des Heils, gemeente Woerden, Jellinek, Wij 3.0 en Altrecht. Inzet van ervaringsdeskundigheid is geborgd via inzet van ervaringswerkers bij Altrecht en Kwintes. Ook hier is familiecoaching mogelijk. Ook medewerkers van Welzijn Woerden (consulenten vrijwilligerswerk en activering) zijn regelmatig aanwezig. Inwoners met een ernstige psychische kwetsbaarheid en/of hun naasten zijn welkom om herstelgerichte vragen voor te leggen aan de aanwezigen. De bedoeling: niet óver, maar mét inwoners in gesprek.

In de praktijk bleek dit soms goed, soms minder goed te werken. Een aantal inwoners voelde zich gehoord en werd verder geholpen, zowel op het gebied van behandeling als op het gebied van begeleiding. Er konden vervolgafspraken gemaakt worden. Andere inwoners vonden het moeilijk een concrete vraag te formuleren. Bovendien wilden aanwezige hulpverleners vaak meer achtergrond-informatie, wat weer niet altijd relevant was voor het beantwoorden van de herstelgerichte vraag waar de inwoner mee kwam.

Ook werd snel duidelijk hoe centraal de rol van de gemeente is in het sociaal domein. Zowel inwoners als behandelaren en begeleiders wisten en weten de weg naar ondersteuning, participatie en werk nog niet altijd goed te vinden; het wordt dan ook als zeer cruciaal ervaren dat twee medewerkers van Woerden Wijzer (een consulent en een sociaal makelaar) deel uitmaken van de proeftuin.



In de proeftuin Zeist zijn medewerkers van Kwintes, Altrecht, Jellinek, Sociaal Team, Abrona, Meedoen in Zeist (Meanderomnium) en de praktijkondersteuner ggz met ervaringsdeskundigheid van de huisartsenpraktijk Vollenhove met elkaar samen gaan werken. Naast inzet van ervaringswerkers vanuit Altrecht en Kwintes, is in deze proeftuin de meerwaarde van een ervaringsdeskundige

praktijkondersteuner bij de huisarts mogelijk gemaakt, met financiële steun van Altrecht, Kwintes en recent ook ZonMw. Hij bereikt een grote groep mensen van allochtone afkomst of zij hem, omdat ze om allerlei redenen niet terecht komen bij de reguliere hulpverlening of deze hen niet bereikt. Rode draad in de samenwerking vormen cliënten waarbij de behandeling of begeleiding blijkt vastgelopen vanwege de vaak complexe problematiek. Een complexiteit die bij veel cliënten eerder aanleiding is voor opschaling dan voor afschaling van zorg. Dat betekent overigens niet dat daarmee de doelstelling van de proeftuin, te weten herstel, participatie en volwaardig burgerschap, uit zicht raakt, zo geven de deelnemers aan de proeftuin zelf aan. Opschaling van zorg (voorkomen van erger) is in eerste instantie noodzakelijk om daarna de route naar herstel en participatie in te zetten en waar mogelijk wordt dit ook naast elkaar ingezet. Het viel vaak niet mee onder verwijzing van het recht op privacy om meer achtergrond informatie te krijgen of uit te wisselen of om contact op te nemen met familie/naasten. De proeftuindeelnemers benoemen zelf de volgende behaalde resultaten:

- Partijen weten elkaar beter te vinden en er zijn – verrassend – nieuwe partijen aangeschoven, waardoor een completer plaatje ontstaat.
- Als cliënten behandeling/begeleiding stoppen door weg te blijven wordt het Sociaal Team geïnformeerd door Altrecht/Kwintes/Jellinek.
- Er wordt kritisch naar eigen organisatiekaders gekeken en waar nodig en mogelijk buiten deze kaders gehandeld (bijv. bemoeizorg activiteiten, outreachende activiteiten door AMBIT-team persoonlijkheidsstoornissen).
- De koppeling tussen GGZ en sociaal domein is gemaakt. Nieuwe cliënten bij Altrecht worden bij intake standaard geïnformeerd over mogelijke betrokkenheid van Sociaal Team.
- Er wordt constructief kritisch naar eigen handelen gekeken en deelnemers durven elkaar feedback te geven op het handelen.
- Er is betrokkenheid vanuit familieraad Altrecht. Familie/naasten kunnen zorgen over cliënten rechtstreeks inbrengen. FAB (Familie Als Bondgenoot) verzorgde een klinische les aan de deelnemers aan de proeftuin.
- In het kader van de proeftuin is het initiatief genomen om met Altrecht/Kwintes/Sociaal Team en Meanderomnium in de wijken naar plekken te zoeken waar ontmoeting van hulpverleners en van hulpverleners met bewoners kan plaatsvinden.
- Op de Johan van Olde Barneveltlaan, WijkServicePunt Noord, wordt op de woensdag een wijkspreekuur voor bewoners gehouden. Alle professionals zijn daar tegelijk aanwezig. Doordat men elkaar kent zoekt men elkaar sneller op. Er kan direct opgeschaald worden en/of preventief gehandeld.

#### Voorlopige conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat alle proeftuinen stappen hebben gezet naar een meer integrale werkwijze en dat er ook nog vooruitgang te boeken valt. De afstemming in het gebied met de andere partners stelt specifieke eisen aan de integrale opzet van de samenwerking. Gemeenten en ook de verschillende partners in de wijk, hebben hun eigen wensen in deze. Dat is ook inherent aan de gekozen opzet. Heldere afspraken en kaders betreffende privacy, plan- en dossiervoering, beveiligde digitale communicatie en regievoering ontbraken bij aanvang van de proeftuinen, ze blijken van groot belang voor een meer integrale werkwijze. In de dagelijkse praktijk werden daar oplossingen voor gevonden. De proeftuinen in Utrecht lijken hierin het meeste vooruitgang te hebben geboekt, naar we vermoeden waarschijnlijk vanwege hun keuze voor een integraal werkend team.

De netwerkvorming in de proeftuin in Zeist staat deels in het teken van opschaling en kan dus een nog bredere aanpak gaan uitwerken. In de proeftuin Woerden blijkt het lastig om de ambitieuze doelstelling naar de praktijk te vertalen. De werkwijzen binnen de bestaande ggz-organisaties en de wettelijke en financiële structuren/systemen bieden inhoudelijk, noch financieel, op dit moment voldoende ruimte en ondersteuning voor een persoonsgerichte, integrale werkwijze, zoals door de gemeente Woerden wordt gewenst. Gelet op de ervaringen in Utrecht, kan de vraag gesteld worden of een geïntegreerd samenwerkend team op dit moment – gelet op de nog ontbrekende

randvoorwaarden – meer mogelijkheden biedt voor individueel maatwerk zoals de gemeente Woerden zich dit voorstelt, dan een netwerkmodel dat vooral is gebaseerd op overleg en afstemming.

#### **4. Wat is er op dit moment te zeggen over de bijdrage van de proeftuinen aan het realiseren van volwaardig burgerschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid?**

Oktober 2014 verscheen het landelijke plan van aanpak “Over de brug”, dat juni 2015 in de regio Utrecht Midden West is vertaald naar het document ‘Volwaardig Burgerschap en Psychiatrie’. Doel: Een inclusieve samenleving voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Daarbij draaide het om het vergroten van de inclusie binnen de eigen omgeving, door binnen de wijk / het gebied op maat en integraal de juiste zorg en ondersteuning te geven en:

- vroegsignalering en preventie te verbeteren
- drempelloos op- en af te schalen om ernstige ontwrichtende crises te voorkomen
- de ervaren kwaliteit van leven en het functioneren van mensen te verbeteren door maatschappelijk en persoonlijk herstel te bevorderen
- eigen regie en zelfmanagement te versterken
- meer tevredenheid te bewerkstelligen bij cliënten en naasten.

#### **Proeftuinen Utrecht**

De proeftuin in Lunetten is als eerste gestart met een geïntegreerd samenwerkend team, dat inmiddels zorg biedt aan 130 cliënten met een ernstige psychische kwetsbaarheid, die in de wijk wonen. In Overvecht Zuid zijn ± 150 cliënten van Atrecht, 60 van Lister, waarvan 30 gezamenlijk, in zorg bij het proeftuinteam.

De psychische kwetsbaarheid betreft vaak psychoseklachten, stemmingsstoornissen en in mindere mate persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast hebben mensen vaak veel problemen op allerlei levensdomeinen. In de proeftuinen is er volop aandacht voor activering en toeleiding naar onderwijs of werk. Door vanuit de zorg goed aan te sluiten en samen op te trekken, bijvoorbeeld als het even iets minder gaat met een cliënt, lukt het beter om tot succesvolle (IPS)-trajecten te komen.

Een IPS-medewerker van WIJ3.0 maakt deel uit van het proeftuinteam Lunetten. Via deze medewerker (het gaat dus niet om alle activeringstrajecten) is er in 2017 bij 17 cliënten een IPS traject gestart en bij 4 een activeringstraject. Van de IPS-clieënten in Lunetten heeft 41% na 1 jaar betaald werk van meer dan 16 uur per week.

Ook in de proeftuin Overvecht is ingezet op activering en begeleiding naar werk via inzet van een collega van WIJ3.0. Hier ging het om 18 cliënten, waarbij:

- Het 1x ging om een adviserende rol betreffende een arbeidsconflict rondom beëindiging arbeidscontract.
- Het 5x ging om motiveren tot activering.
- Het 5x ging om toeleiding naar (sociale en) arbeidsmatige activering
- Het 2x ging om toeleiding naar onderwijs
- Het 3x ging om ondersteuning bij sollicitaties, bij aanvraag Wia en gesprek verzekeringsarts UWV, bij advisering aan het team betreffende UWV-status van de cliënt
- Het 2x ging om koppeling aan een collega-trajectbegeleider en een maatjesproject.

Uit onderzoek van Phrenos/Trimbos blijkt dat de resultaten van reguliere re-integratie trajecten van niet EPA cliënten een resultaat percentage van 24% hebben, tegen een score van 44% van de IPS-trajecten. Of te wel IPS scoort significant hoger en de resultaten van IPS-inzet bij de proeftuin zijn na 1 jaar in lijn met de onderzoeksresultaten. Daarnaast is belangrijk dat uit hetzelfde onderzoek blijkt dat de psychische gezondheid van cliënten bij deelname aan IPS niet achteruit maar vooruit gaat.

Naast de bijdrage vanuit WIJ3.0 lopen er ook activeringstrajecten via het Buurteam en Lister.

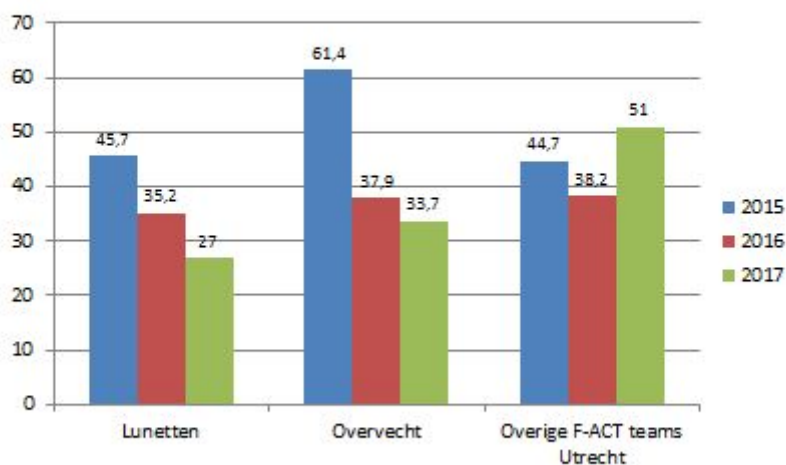
Een belangrijk signaal is dat cliënten meer kunnen waar het gaat over digitale interesse en vaardigheid, dan werd ingeschat. Onderschatting en overschatting en daarmee eigen vooroordelen van hulpverleners, is een thema om bij stil te staan. Het is belangrijk om talenten en vaardigheden van cliënten te zien en goed in te schatten.

Lukte het de proeftuinteams om mensen minder in crisis te doen geraken? In beide teams is er in 2017 sprake geweest van een beperkt aantal crisisinterventies. In Lunetten ging het om 11 unieke cliënten, die samen 5 kort klinische en 10 ambulante crisisinterventies hebben gehad. In Overvecht ging het om 21 unieke cliënten, die samen 10 kort klinische en 15 ambulante crisisinterventies nodig hebben gehad. Op dit moment wordt nog nagegaan hoe dit zich verhoudt tot cijfers over 2016.

Bij aanvang van de proeftuinen in de wijk werden meer mensen verwezen door de huisarts. De indruk die nu is ontstaan is dat door preventiever optreden en het sneller bieden van betere zorg, mensen minder snel een (ernstige) terugval zullen krijgen. Mogelijk wordt de zorg daarmee op termijn niet alleen beter maar ook goedkoper. Dit is echter nog niet meer dan een indruk van betrokkenen. Informatie over het zorggebruik lijkt dit de ondersteunen, zoals onderstaande figuur laat zien.

De ervaringen in de proeftuin Lunetten wijzen in de richting dat het proeftuinteam faciliterend kan zijn ten behoeve van het herstelproces van mensen, door het bieden van goede behandeling en begeleiding en inzet op diverse levensgebieden (met en zonder ketenpartners). Het herstelproces vindt juist en vooral plaats buiten de ggz. Mensen en hun leven bestaan uit zoveel meer dan het psychiatrisch patiënt zijn. Een bescheiden houding van de ggz past hier bij. Dit vraagt om nog meer de verbinding aan te gaan met het sociale domein en de mogelijkheden te vergroten om aan te sluiten bij informele netwerken. Dit is een punt wat verder uitgewerkt zal worden in de vervolgonwikkeling.

### Zorggebruik: gemiddelde totaal aantal opnamedagen in Utrecht per cliënt



Positieve trend in proeftuinen ten opzichte van overige teams

### Proeftuinen Woerden en Zeist

In Woerden zochten nog niet veel inwoners rechtstreeks contact met de proeftuin. Zij die dat deden, konden daar goed van profiteren. Wel kwamen hulpverleners naar de proeftuin toe om een vraag



namens een inwoner voor te leggen. Soms met toestemming, soms zonder toestemming. Indien de inwoner geen toestemming had gegeven, werden vragen anoniem besproken. Er is afgesproken dat alles wat tijdens de proeftuin is besproken, binnen de proeftuin blijft om de privacy te waarborgen. Op deze wijze zijn er in Woerden tot maart 2018 44 cliënten besproken, waarvan 24 eenmalig, 13 cliënten 3 – 5 keer, 5 cliënten meer dan 3x tot bijna wekelijks. Voor elke cliënt is een contactpersoon namens de proeftuin aangewezen. Deze onderhield het contact met de cliënt, ondersteunde waar nodig en bracht nieuwe vragen opnieuw in.

Door medewerkers van de gemeente werd een aantal inwoners (zowel anoniem als met toestemming) ingebracht die om ondersteuning vroegen en waarbij psychiatrische problematiek een belangrijke rol speelde. Daarbij gaven zij aan dat het voor de gemeente bij deze cases moeilijk was om toegang te krijgen tot de ggz, zowel op het gebied van informatie over de behandeling als met consultatieve vragen. De proeftuin zorgt voor een plek waar men elkaar kan bereiken. Het belang om helder te beleggen binnen organisaties wie verantwoordelijkheid draagt voor de bewoners in een gebied, werd daarmee onderstreept. Toch bleek het lastig tot één plan en een integrale aanpak voor bewoners te komen met problemen op (veel) verschillende levensdomeinen.

Er is in Woerden een samenwerking ontstaan tussen gemeente, Fermwerk en IPS met als doel re-integratie activiteiten in te kunnen zetten voor meer inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Daarnaast is er expliciet aandacht gericht op de 'stille' cliënten.

In Zeist zijn er vanaf de start van de proeftuin tot heden 16 cliënten besproken, ingebracht door Sociaal Team 6, Altrecht 3, Kwintes 4, Jellinek 1 en ervaringsdeskundige poh ggz 2.

- Bij 8 van de 16 cases was er een noodzaak tot opschaling naar o.a. FACT, klinische opname, detox en beschermd wonen. Bij 3 kon worden afgeschaald. Bij 5 casen is de intensiteit van geboden zorg onveranderd, maar door feedback uit de proeftuin en een andere opstelling van de hulpverlener werd er wel een positieve ontwikkeling voor de cliënt bereikt.
- Bij 1 van de 16 cases is gebruik gemaakt van consultatie door Abrona vanwege een cliënt met combinatie van psychiatrie en licht verstandelijke beperking (LVB). Het tijdig delen van expertise voorkwam dat voor een aantal cliënten verdere consultatie nodig was.
- Bij 3 van de 16 cases leidde de betrokkenheid van familie tot een succesvolle doorbraak.
- 1 casus werd gezamenlijk opgepakt door Kwintes en Abrona.
- Bij 2 van de 16 cases is na een klinische opname gezamenlijk een plan van aanpak gemaakt.
- Bij 2 van de 16 cases bleek de financiering van de zorg een probleem omdat cliënt wel in Zeist verbleef maar in een andere gemeente stond ingeschreven.
- Bij 3 van de 16 cases leidde het meer afstemmen op de doelen van de cliënt tot een positieve wending.

Bij alle inhoudelijke resultaten speelt de proeftuin in meer of mindere mate een belangrijke rol, enerzijds door een directe interventie, anderzijds door adviezen (consultatie) in de casusbespreking zelf. Opschaling van zorg had mogelijk ook zonder de proeftuin wel plaatsgevonden, maar hier maakt de proeftuin het verschil door te anticiperen op de afschaling door proactief een gezamenlijk plan van aanpak te maken vanuit de perspectieven van herstel, participatie en volwaardig burgerschap. In Zeist is op dit gebied een intensieve samenwerking met Meedoen in Zeist gerealiseerd. De vraag die rijst is: moet er niet veel vaker gebruik gemaakt worden van de proeftuin? Zeist verwacht dat met de betere samenwerking de basis is gelegd om in de volgende fase verdere stappen te zetten richting burgerschap voor cliënten. Daarbij wil men nog meer inzetten op het betrekken van de familie/familiecoaches, ook bij complexe problematiek.

**Voor de proeftuinen is nagegaan, op basis van gegevens waarover we nu beschikken, of er in de proeftuinen meer cliënten uitstromen, dan in de reguliere FACT-teams?**

Als er wordt gekeken naar het aantal dbc's dat is geëindigd in 2017 en eerste kwartaal 2018 en dan kijkend naar de afsluitreden, dan blijkt in 2017 bij beide 15% uitstroom en in 2018 (op basis van de eerste 3 maanden) zien we bij de proeftuinen een stijging naar 22%. Het is nog voorbarig hier conclusies aan te verbinden, maar de eerste indruk wordt bevestigd.

	Jaar	F-ACT	Proeftuinen
Openen nieuwe dbc	2018	491	25
Openen nieuwe dbc	2017	1884	142
Beëindigen zorgtraject	2018	87	16
Beëindigen zorgtraject	2017	323	57
Percentage afgesloten	2018	15%	22%
Percentage afgesloten	2017	15%	15%

### **Stromen cliënten in de proeftuinen sneller uit de SGGZ, dan in de reguliere FACT-teams?**

Hebben de cliënten in de proeftuinen een kortere behandelduur in de SGGZ, dan in de reguliere FACT-teams? Deze vraag is lastig te beantwoorden in een populatie cliënten met lange zorgtrajecten waar ook chronische patiënten tussen zitten. De proeftuin bestaat relatief kort gezien de gemiddelde doorlooptijd van een traject van een FACT-cliënt. Ook zijn de meeste cliënten van de proeftuin niet daar begonnen maar bij het reguliere FACT-team en zijn ze mee verhuisd naar de proeftuin, wat de cijfers misschien ook vertekent. Deze vraag is vooralsnog niet goed te beantwoorden.

### **Bieden de proeftuinen meer consultatie dan de reguliere FACT-teams?**

Hier zien we dat er verhoudingsgewijs meer consultatie wordt geregistreerd bij de proeftuinen dan bij de reguliere FACT-teams.

Jaar	Type Contact	F-ACT	Proeftuinen	Percentage Proeftuin tov F-ACT
2018	Uren Consultatie	281	64	23% meer
2017	Uren Consultatie	972	274	28% meer

### Voorlopige conclusie

Het lastige bij het vaststellen van resultaten is, dat bij de start van de proeftuinen werd voorondersteld dat binnen een redelijke opstarttijd er een uitgekristalliseerde nieuwe werkwijze zou staan, die vergeleken zou kunnen worden met de oorspronkelijke werkwijze. Het idee was dat er een voldoende lange looptijd voor de proeftuin zou zijn om eerste resultaten in beeld te brengen.

In werkelijkheid hebben de proeftuinen een veel langere aanloopfase gehad, heeft een deel van de medewerkers gedurende een tijdspanne in zowel de proeftuin als in hun oorspronkelijke team gewerkt en is er vooral ontwikkeld, verkend en uitgeprobeerd en kan niet vanaf het begin van een eensluidende werkwijze gesproken worden.

Een andere kanttekening is dat de proeftuinen een beperkte massa hebben (van personeel en cliënten) en de helft van de proeftuinen consultatief insteekt en geen eigen cliëntenbestand heeft.

Het is merkbaar dat er binnen de werkgroep en de proeftuinen gedurende hun looptijd een doorontwikkeling heeft plaatsgevonden en men elkaar beter is gaan verstaan. Door de verschillende werkwijzen in de proeftuinen, zijn er ook verschillen in de wijze waarop ze resultaten terug koppelen. Zo valt op dat de proeftuinen in Zeist en Woerden veel hebben geregistreerd over de gevoerde casuïstiekbesprekingen. Er is geen sprake van een geïntegreerd werkend team met een eigen caseload. In de proeftuinen van Utrecht wordt wel geïntegreerd gewerkt en zijn er meer gegevens met betrekking tot hun teamcaseload.

Geprobeerd is zoveel mogelijk cijfermatig weer te geven wat er aan feiten vergaard is. De resultaten uit de proeftuinen bieden hoop en perspectief op verbetering van hun burgerschap voor cliënten en naasten. Zo is er meer aandacht voor begeleiding naar werk en activering, ook al kan ook op deze punten nog verbetering worden behaald. Tegelijkertijd zijn we nog voorzichtig, omdat de proeftuinen in ontwikkeling zijn, de resultaten nog pril en indicatief en de randvoorwaarden nog niet optimaal. In de verdere ontwikkeling van het gebiedsgericht werken, zal ook de monitoring van de opbrengsten van deze werkwijze worden meegenomen. Het gestarte onderzoek door Wilma Swildens loopt en zal worden uitgebreid.

## **5. In hoeverre is het gelukt in de proeftuinen een gebiedsgerichte aanpak te realiseren?**

Tussen de 4 proeftuinen bestaan verschillen in opzet en aanpak, die samen hangen met de lokale context, omdat iedere gemeente de zorg in het kader van de Wmo anders heeft ingericht en ieder gebied andere samenwerkingspartners kent, waardoor de dynamiek tussen samenwerkende partners verschilt. De verschillen betreffen vooral het 'hoe' en niet zozeer 'wat' dient te worden bereikt.

### Proeftuinen Utrecht

Uitgangspunt bij de proeftuinen in Utrecht was:

- een gebiedsgerichte en integrale aanpak vanuit de gespecialiseerde begeleidings- en behandelteams waarbij:
  - herstel en eigen regie centraal staan, dus wat iemand zelf belangrijk vindt en definieert als hersteldoelen;
  - aangesloten wordt bij oplossingen en vragen van het eigen netwerk en de eigen, lokale omgeving;
  - (crisis)opnames zoveel mogelijk voorkomen worden;
  - de inzet van ervaringsdeskundigheid een stevige plek krijgt.
- het versterken van de ondersteuningsstructuur in de wijk door het positioneren van een herkenbaar en toegankelijk proeftuinteam in de wijk, dat goed aansluit en samenwerkt met huisartsen, buurtteams, politie, woningcorporaties en andere partners in de wijk.

Proeftuin Lunetten is als eerste gestart met een gebiedsteam dat zich richt op de wijk Lunetten. Zij hadden een voorspoedige start, mede vanwege het feit dat zij in de wijk konden gaan samenwerken met 1 gezondheidscentrum en 1 buurtteam. Proeftuin Overvecht heeft een wat langere aanlooperperiode gehad, mede vanwege de personele onderbezetting in het team en de extra aandacht die besteed diende te worden aan de omgeving waarin de proeftuin gelegen was. Voor dit team was het zoeken naar de gewenste schaalgrootte van het gebied. Specifiek voor Overvecht is dat er vanuit Stichting Overvecht Gezond<sup>6</sup> al een aanpak was waarbij meerdere buurtteams en huisartsen samenwerkten en afspraken hadden gemaakt ten aanzien van mensen met een ernstige psychische

---

<sup>6</sup> Stichting Overvecht Gezond: In de Utrechtse wijk Overvecht werken huisartsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, apothekers en veel andere zorgverleners samen. In de samenwerkingsorganisatie Overvecht Gezond bundelen professionals en praktijken in de eerstelijns gezondheidszorg hun krachten. Zij zetten zich in om goede en toegankelijke zorg en hulpverlening te bieden voor alle bewoners in Overvecht. Overvecht Gezond staat voor een integrale aanpak op wijkniveau, waarbij professionals vanuit een duurzame samenwerking proactief inhaken op de (toekomstige) gezondheidsproblemen bij hun patiënten. De activiteiten van Overvecht Gezond passen bij [Gezonde Wijk Overvecht](#). Samen met partners werkt Overvecht Gezond aan de versterking van de eerstelijnszorg en de verbinding met tweedelijnszorg, preventie, welzijn en wonen.

kwetsbaarheid in de wijk die bij hen in zorg waren en waarvoor de huisartsen het 4D model hanteren<sup>7</sup>. Vanuit de proeftuin is gezocht naar hoe zij hier het beste op konden aansluiten. Een wens die door de aanwezige partners in de wijk ook nadrukkelijk werd gesteld. De partners in Overvecht geven aan dat zij een collectief gedeelde verantwoordelijkheid willen nemen voor het gebied, in plaats van dat mensen naar elkaar worden doorverwezen vanwege het type problematiek. Zij geven ook aan dat het wenselijk is dat andere partners eveneens gebiedsgericht gaan werken, zoals schulddienst hulpverlening en sociaal beheerders van de woningcorporaties. Door een open houding en de vraag te stellen hoe je samen tot oplossingen kan komen, ontstaat er ruimte bij andere partners in de wijk.

### Proeftuinen Woerden en Zeist

De gemeente Woerden wilde geen gebiedsgerichte aanpak en wijken niet stigmatiseren door de proeftuin zich daar expliciet op te laten richten. Daarmee kwam de focus in deze proeftuin te liggen op een integrale persoonsgerichte aanpak. Het is dan ook geen toeval dat juist het FACT-team Woerden van Altrecht deelneemt aan een landelijk onderzoek naar pilots met de R-ACT-werkwijze<sup>8</sup>. Tijdens de evaluatiebijeenkomst geven partners uit Woerden aan dat door het ontbreken van een onder-steuningsstructuur op wijkniveau, het nog steeds kan gebeuren dat er een veelheid aan hulpverleners in dezelfde buurt actief is, rondom cliënten die raakvlakken met elkaar hebben. Zo ontstaat toch nog versnippering, die mogelijk in een meer wijkgerichte benadering minder zou zijn. Ook bleek dat de lokale organisatie van het sociaal domein en het netwerkmodel van de proeftuin, niet konden voorkomen dat men er niet altijd in slaagde aan een gezamenlijke verantwoordelijkheid invulling te geven. De vraag rees of de schaal van Woerden te groot is voor één netwerkteam, waardoor men elkaar niet voldoende leert kennen en het delen van expertise onvoldoende vruchten afwerpt. Duidelijk werd ook dat het casemanagement beter verankerd moet worden en er bij partners in de zorg ruimte moet zijn voor regievoering bij ingewikkelde casuïstiek. In de doorontwikkeling neemt men dit mee.

De proeftuin in Zeist fungeert als een samenwerkend netwerk. De gemeente Zeist wenste naast haar sociaal team en wijkteam niet nog een team in de wijk. Vandaar dat een samenwerkend netwerkteam is opgezet, aansluitend op de aanpak van 'Meedoen in Zeist'<sup>9</sup>. Er is wel duidelijk sprake van een gebiedsgerichte aanpak, die zich richt op de wijk Zeist Noord en waarmee de proeftuin optimaal wil aansluiten op de gemeentelijke Wmo-organisatie en op de huisartspraktijken. Partijen in Zeist geven aan dat het netwerk erg waardevol en ondersteunend is

### Voorlopige conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat de Utrechtse proeftuinen er in zijn geslaagd om een gebiedsgerichte positie in te nemen. Partijen die betrokken zijn bij de proeftuin voelen zich samen verantwoordelijk voor de cliënten in het gebied. Het 'eiland denken' vanuit de eigen organisatie wordt losgelaten. Een gebiedsgerichte aanpak is vorm gegeven, maar verdient zeker nog verdere op- en uitbouw. Denk hierbij aan de samenwerking met de wijkbureaus, de wijkagenten en de LVB-partners. De proeftuin in Woerden heeft zich gericht op de hele gemeente Woerden en die in Zeist op de wijk Zeist-Noord. Het netwerk wordt opgebouwd met de partners die zich aan de proeftuin verbinden. Per cliëntsituatie kan de betrokkenheid wisselen. Hier lijkt op het eerste oog minder helder door welk 'gebiedsteam' de gebiedsverantwoordelijkheid wordt ingevuld en ligt de focus meer bij het oplossen van stagnerende zorg bij zorgwekkende cliëntsituaties door snelle netwerkinterventies.

---

<sup>7</sup> Het 4D-model geeft op een visuele manier inzicht in 4 levensgebieden: lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal, die allemaal invloed hebben op hoe gezond iemand zich voelt. De persoon zelf staat in het midden: hij staat centraal <http://www.stichtingvolte.nl/het-4d-model/>.

<sup>8</sup> Resourcegroep Assertive Community Treatment, <http://www.ract.nl/landelijk-onderzoek/>.

<sup>9</sup> 'Meedoen in Zeist, op naar de nieuwe samenleving', de organisaties Vitras, Abrona, Kwintes en MeanderOmnium willen samen hun bijdrage leveren aan het bereiken van de nieuwe samenleving. De vier essentiële elementen zijn:

- veilig en tevreden wonen;
- aandacht en ondersteuning voor medeburger, sterke betrokken gemeenschap, buurtinitiatieven;
- vrij toegankelijke algemene voorzieningen in de buurt;
- actieve ondernemers.

## **6. Zijn betrokken partijen (direct betrokkenen maar ook omgeving) tevreden over opzet en resultaten van de proeftuinen?**

In onderlinge ontmoetingen geven betrokken partijen zonder uitzondering aan dat zij met de proeftuinen de samenwerking met elkaar hebben kunnen verbeteren.

In Overvecht geven huisartsen, buurtteams, Lister en Altrecht aan elkaar nu echt gevonden te hebben en samen een echte basis in de wijk te vormen. Er is een gezamenlijke visie, die ze nu concreet maken door het echt samen anders te doen. Daarbij leren ze samen en geven ze elkaar feedback. Dit vraagt een nieuws soort professionaliteit van samen leren, reflecteren en kwetsbaar durven zijn. Dit vraagt vrije ruimte om elkaar te treffen, elkaar te helpen en samen te ontwikkelen.

De proeftuin Lunetten heeft zich ingespannen om de samenwerking te verbeteren met partners in de wijk, zoals wijkagenten, woningbouwcoöperatie, buurtteam, gezondheidscentrum en wijkbureau. Men werkt samen vanuit een gelijke visie. Het is duidelijk wie wat doet en waar je wat kan halen en er is erkenning voor elkaars specialisme, waar je wel goed op moet (blijven) sturen. Een succesfactor is dat men elkaar goed kent, er continuïteit is van personeel en een grote bereidheid tot samenwerking en het samen zoeken naar mogelijkheden, waarbij men buiten de lijntjes durft te lopen. De aanwezigheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de psychiater die veel mobiel in de wijk is, wordt als zeer positief ervaren. Samen leren en samen werken is belangrijk.

Deze partners geven daarover het volgende aan:

Buurtteam:

- Er zijn nu vaste momenten voor consultatie & advies.
- Samenwerking wordt als verbeterd ervaren.
- Gezamenlijke visieontwikkeling met betrekking tot opzetten wijkstructuur zorg.

Buurtondernemer Jan van Gameren van Buurtteam Lunetten heeft op ons verzoek zijn ervaringen op een rij gezet. Jan pleit voor een open systeem tussen Buurtteam en het ggz-gebiedsteam. Het gewone leven van de cliënt hoort centraal te staan.

Buurtteam Lunetten heeft aan 373 klanten zorg verleend (onderzoek 2016), waarvan:

- 52% met psychiatrische problematiek
- 19% met verslavingsproblematiek
- 16% met verstandelijke beperking
- 33 % met problematische schulden
- 28% met ernstige gezondheidsproblematiek.

De samenwerking tussen Buurtteam en ggz-gebiedsteam is essentieel. Naar zijn mening is door het proeftuinteam:

- Consultatie en sparren toegenomen.
- Laagdrempelige toegang toegenomen.
- Samen optrekken bij zorgmijders toegenomen.
- Afstemming rondom acties en plannen toegenomen.
- Altrecht toegankelijker gemaakt via het proeftuinteam.
- Meer gebruik gemaakt van elkaars expertise.
- Samen optrekken in de wijk (sociaal makelaar, winkelcentrum) toegenomen.
- Elkaar vinden in visie (maatschappelijk herstel, het gewone leven, met de klant niet over de klant, eigen netwerk) toegenomen.
- Samenwerking met Huisarts/POH-GGZ versterkt.

Als belangrijkste succesbepalende elementen van de proeftuin noemt hij:

- Kleinschaligheid (elkaar tegenkomen, elkaar leren kennen).
- Open systeem (samenwerking afgestemd op de wijk).
- Wederkerig gebruik maken van elkaars expertise.
- Afstemming (in bijzijn van cliënt, transparant, Psynet).
- Blijvend in gesprek met elkaar (steeds weer nieuwe vormen).
- Doorontwikkeling, leren van elkaar, samen leren.

Gezondheidscentrum:

- Korte lijnen met Altrecht via proeftuin, voorheen het idee dat men cliënt verwees naar Altrecht en dat die daar verdween in een "black box", nu direct contact met psychiater en/of aanmeldfunctionaris zodat helder is welke inspanning Altrecht kan leveren en er betere terugkoppeling plaats vindt.
- Op- en afschalen gaat soepeler, afschalen soepeler vanwege het feit dat huisarts/poh-ggz weet dat indien er weer meer gespecialiseerde zorg nodig is het proeftuinteam snel zonder drempels cliënt weer de nodige zorg leveren.
- Ruimte voor overleg/consultatie wordt als toegevoegde waarde omschreven, voorkomt soms ook verwijzing naar gespecialiseerde GGZ.
- Bij samenwerking met andere zorglijnen van Altrecht wordt het proeftuinteam soms als overbrugging en als haarlemmerolie gebruikt. Denk aan crisisdienst en poh-ggz bij elkaar brengen vanwege vragen over inzet en samenwerking, zo ook met persoonlijkheidsstoornissen en poh-ggz bij vragen over inzet.

Woningbouwcoöperaties/ wijkagenten:

- Weten ons goed te vinden met betrekking tot overleg over ingeschreven cliënten maar ook over wijkbewoners waar zij zich zorgen over maken en er een ernstig vermoeden is van psychiatrische problematiek.

Wijkbureau:

- Proeftuin is betrokken bij plannen in de wijk Lunetten zoals opzetten Sociale Wijktafel, in eerste instantie gericht op alleen ggz-populatie die in de wijk woont, het gevoel dat de wijk "overbelast" was met ggz-problematiek is nu genuanceerd aangezien duidelijk is geworden dat dit ook komt door de aanwezigheid van andere doelgroepen in de wijk.
- bereikbaar voor wijkbureau aangaande ontwikkelingen ggz naar de wijk.
- voorkomen stigmatisering door regelmatig beelden die er bestaan met betrekking tot de ggz te nuanceren.

De proeftuinmedewerkers geven aan dat cliënten het over het algemeen prettig vinden dat de zorg dichterbij is en dat de locaties niet direct met de psychiatrie worden geassocieerd. Ze zijn positief dat ze nu met al hun vragen bij één team of netwerk terecht kunnen en ervaren de sfeer in de proeftuinteams als informeler en ook daardoor laagdrempeliger. Ook de medewerkers geven aan tevreden te zijn over de nieuwe manier van werken. We verwijzen in deze graag naar het artikel "De GGZ komt uit haar vesting", in Zorg en Welzijn, 31 mei 2018, waarin medewerkers van de proeftuin Overvecht hun ervaringen melden.

#### Voorlopige conclusie

Zowel Buurteam Lunetten als Gezondheidscentrum Lunetten laten duidelijk zien en geven ook helder aan hoe belangrijk samenwerking met een gebiedsteam ggz is, daar waar zij in deze wijk zoveel

ggz-problematiek tegen komen in hun werk. Beide partners, maar ook de anderen beamen de verbeterde toegankelijkheid en bereikbaarheid van de ggz-partners.

Vanuit Zeist geven partners aan dat het belangrijk is dat organisaties hun eigen belang opzij konden zetten en een gezamenlijk belang dienen en samen verantwoording nemen en toelaten dat anderen met hun werk meekijken. Bij complexe problemen worden deze niet naar een van de organisaties doorgeschoven maar samen gedeeld. Voor de ernstige problemen is vaak eerst opschalen van zorg nodig, maar belangrijk is om samen ook te kijken wat er vervolgens gedaan kan worden om samen te werken aan cliëntgerichte oplossingen gericht op participatie en burgerschap. Tegelijk kunnen sterke kanten van samenwerkingspartners nog meer benut worden. Genoemd is bijvoorbeeld ook de kennis over geïntegreerde hulpverlening en heldere begrijpelijke communicatie uit de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

### **7. Wat is er in de proeftuinen geleerd dat van belang is voor de verdere doorontwikkeling van het gebiedsgericht en integraal, cliëntgericht werken?**

De belangrijkste punten die in de proeftuinen zijn geleerd, gaan over de andere werkwijze, die meer gericht is op herstel, meer eigen regie bij de cliënt, samenwerking vanuit integrale aanpak, het proces van teamvorming, het dragen van gebiedsverantwoordelijkheid, de gewenste schaalgrootte, de nieuwe werkwijze, het belang van de consultatieve functie voor de wijk en welke flexibiliteit er nodig is op het gebied van inhoudelijke standaarden, financiering, huisvesting, ict en privacy om deze manier van werken mogelijk te maken. Het blijkt voor hulpverleners niet gemakkelijk om bestaand gedrag en HKZ-beschreven werkwijzen en zorgprocessen binnen organisaties te veranderen en voor cliënten en naasten niet eenvoudig om invulling te gaan geven aan meer eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement. Er is meer aandacht nodig voor de dialoogvoering.

De nieuwe werkwijze waarmee in de proeftuinen ervaringen zijn opgedaan vragen iets anders van professionals. Ze vraagt nieuwe vaardigheden. Het gaat om leren en afleren, waarbij dat laatste soms nog moeilijker is. Nieuwe vaardigheden gaan over netwerken, samenwerking met partners buiten je eigen expertisegebied, het ontwikkelen van een brede blik, het durven nemen van risico's en vertrouwen hebben in de cliënt. Om ook in moeilijke crisissituaties in contact te blijven met de cliënt en het netwerk, vergt ontwikkeling van nieuwe vaardigheden door professionals. Ten aanzien van meer eigen regie bij de cliënt, wordt aangegeven dat autonomie voor de cliënt iets essentieels is maar dat dit soms niet volledig kan, misschien wel op onderdelen. Het is balanceren tussen autonomie van de cliënt en overnemen. Zorgen zijn geuit voor een te snelle doorontwikkeling en de vraag of iedere partij dan wel goed de inzet op herstel voldoende kan ontwikkelen.

Vanuit de proeftuinen in Utrecht wordt geadviseerd om bij de concrete **aansturing** van een lokaal, integraal gebiedsteam er voor zorg te dragen dat elke medewerker 1 leidinggevende heeft, die zich primair richt op gedrag van de medewerker en cultuur van het team, waarbij het gaat om competenties als samenwerking, herstel-bevorderend werken, taakvolwassenheid, nakomen van afspraken, kwaliteitsbewustzijn en dialoogvoering. Communicatie vanuit de werkgever moet dan steeds in nauwe afstemming met deze leidinggevende plaatsvinden.

Voor een adequate **capaciteitsplanning**, moeten de medewerkers die in het gebiedsteam gaan werken voor een zo kort mogelijke periode in zowel het 'oude' als het 'nieuwe' team werken. Dit betekent dat de **herstructurering** die op de 'oude' plek moet plaats vinden, zo kort mogelijk wordt gehouden. Het advies (al overgenomen in de praktijk) is dan ook om de voorbereiding naar een nieuwe organisatiestructuur ruimschoots van tevoren te starten. De omslag naar gebiedsgericht, integraal werken grijpt diep op bestaande organisaties in en opbouw en ombouw zijn daarom gelijktijdige processen.

Binnen een proeftuin die nastreeft als **integraal team** te werken, vindt de transitie richting de geformuleerde doelstellingen in een bredere samenhang en dynamiek plaats. Dit in tegenstelling tot een proeftuin die vooral mikt op een **consultatief netwerk** of een **samenwerkend netwerk**. Om netwerken te ontwikkelen en op maat te benutten kan gebruik gemaakt worden van de chaostheorie, waarin vooral de knooppunten in kaart gebracht worden. Dit betekent dat niet de sociale kaart houvast biedt, maar dat helder wordt gemaakt hoe binnen zorginstellingen de gebieds-verantwoordelijkheid is belegd en tot wie men zich kan wenden met een vraag. Deze persoon zorgt dan voor toegang tot het benodigde (specialistische) netwerk waarbinnen aan de vraag van de cliënt tegemoet gekomen kan worden.

Om aan het juiste **verwachtingenmanagement** te doen, is het belangrijk gebleken dat de diverse deelnemers aan de proeftuin hun verwachtingen expliciet maken. Er moet expliciet aandacht geschonken worden aan en rekening gehouden worden met de impact van de achterliggende (wetgevende, zorginhoudelijke en regelbepalende) systemen en met de grijze gebieden tussen de wetgevende stelsels Wmo/Zvw/Wlz en tussen diverse gecontracteerde deeltaken. Mandatering moet helder zijn om 'delay' van zorg te voorkomen: wie mag bepalen in het geval dat de aanwezige afspraken niet dekkend zijn? Van belang is om per casus in elke fase af te spreken wie welke taak heeft in de behandeling/begeleiding en wie de regie voert over de samenhang en wie met cliënt en naasten samen bewaakt dat er geen hiaten ontstaan.

Uitgangspunt was dat de proeftuinen zich afstemmen op de **gemeentelijke context**. Utrecht, Woerden en Zeist hebben elk voor zich de zorg in het sociale domein anders georganiseerd. Deze context bepaalt mede de keuze voor vorm en inhoud van de proeftuin en daarmee wat wel/niet bereikt kan worden. Gemeenten zullen daarbij oog moeten hebben voor de wet- en regelgeving waar de specialistische behandeling vanuit de Zvw aan moet voldoen. De afspraak was namelijk dat de proeftuinwerkwijze binnen de huidige stelselrealiteit plaats moet vinden. De proeftuin diende er vooral toe bij te dragen dat burgers hun **gespecialiseerde begeleiding en/of behandeling** vooral thuis en in de eigen omgeving kunnen ontvangen. Op dit moment lijkt het erop dat deze aansluiting in de proeftuin in Woerden onvoldoende uit de verf is gekomen, naar de mening van de gemeente en ook de ggz-partners. Daarbij speelt mee dat de gemeente niet kiest voor een gebiedsgerichte aanpak, maar voor een persoonsgerichte. Dit kan meer kans van slagen krijgen als de bijbehorende domein overstijgende randvoorwaarden (o.a. op het gebied van ict zoals een persoonsgerichte gezondheidsomgeving, landelijke privacykaders, bekostiging van consultatie, preventie en deskundigheidsbevordering) zijn gerealiseerd.

Vanwege het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen en samenwerkingsvormen was het onvermijdelijk dat men in de proeftuinen met onzekerheden en onduidelijkheden geconfronteerd werd. Om dit proces van co-creatie in de praktijk van behandeling en begeleiding zo constructief mogelijk te laten plaatsvinden, wordt geadviseerd om **heldere kaders** te scheppen en de **vrije ruimte** te benoemen waarvan de proeftuinen/gebiedsteams gebruik mogen maken.

Het was en blijft belangrijk dat op bestuursniveau tussen organisaties oplossingen gezocht worden voor de thema's die binnen de proeftuinen spelen. Daarbij is 'the devil in the detail'. Voor het vertalen van een gebiedsgerichte, integrale visie in praktisch handelen, is een circulair proces van uitwisseling van perspectieven en ervaringen tussen praktijk en bestuur noodzakelijk. Daarbij is begrip voor elkaar van groot belang.

De proeftuinen zijn regelmatig op **systemeisen/-belemmeringen** gestoten, omdat de zorg in Nederland nou eenmaal naar 'domeinen' en in 'hokjes' is georganiseerd (Taskforce ZOJP, blz 49). Vanuit de proeftuinen blijkt dat op systeemniveau vooral financieringseisen, privacywetgeving, communicatiesystemen en het kwaliteitsstatuut belemmeringen kennen, die remmend of beperkend



werken op de doorontwikkeling van de proeftuinen naar gangbare praktijk. Steeds zijn deze problemen op de bestuurstafel neergelegd en door de bestuurders meegenomen naar landelijke overlegtafels. Meer hierover in bijlage 2. Hier wordt voortgang geboekt, ook al verloopt dit proces traag en moeizaam. Positief is dat de regio hier met vereende krachten aan werkt en inmiddels landelijk erkend wordt in haar initiërende rol als 'good practice' (Taskforce Zorg Op de Juiste Plek, april 2018, blz 51).

Om tot een adequate **business case** te kunnen komen voor deze nieuwe manier van domein overstijgend werken en om met financiers en beleidsmakers op dit gebied in gesprek te komen, zijn de ervaringen in de proeftuinen vertaald in een 6-tal casusbeschrijvingen. De vraag die we ons daarbij stelden was: Hoe creëren we financiële besparing én daarmee ruimte tussen de wettelijke financieringskaders (met hun strenge regels), voor cliëntgericht maatwerk?

- Casus 1: verwijzen door regiebehandelaar
- Casus 2: korte interventie zonder DBC (zie ook verderop in paragraaf 8)
- Casus 3: warme contacten na afsluiten
- Casus 4: time-out bedden
- Casus 5: casuïstiek overleg
- Casus 6: deskundigheidsbevordering & preventie

#### **Casus 1: verwijzen door regiebehandelaar**

Een regiebehandelaar van Altrecht stelt vast dat er sprake is van verslaving bij een cliënt. Een specifieke module van Jellinek is beter geschikt, dan wat Altrecht kan bieden. De regiebehandelaar heeft hierover gesproken met de cliënt en de cliënt wil een verwijzing naar Jellinek voor de betreffende module.

#### **Huidige situatie**

- De regiebehandelaar verzoekt aan de psychiater binnen haar team om een verwijzing te maken of neemt contact op met de huisarts (HA) met het advies om cliënt te verwijzen naar Jellinek voor een andere DSM-diagnose en behandeling.
- De psychiater van Altrecht of de HA leest het dossier en spreekt met de regiebehandelaar over de verwijzing.
- De verwijzing wordt daarna verstuurd aan Jellinek op de AGB code van de psychiater/HA.
- Bij Jellinek wordt een intake gedaan.

#### **Consequentie**

- De zorg wordt onnodig duur, omdat de verwijzing via de psychiater of HA moet
- De zorg wordt onnodig duur, omdat er opnieuw een intake wordt gedaan

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

De regiebehandelaar van de verwijzende organisatie blijft regiebehandelaar van het behandelproces in de ontvangende organisatie.

In bijlage 2 hebben we de casuïstiek beschrijvingen integraal opgenomen. Hiermee is door de zorgaanbieders het overleg gestart met de Gemeente Utrecht en Zilveren Kruis en samen met hen met VWS, NZa, KPMG en SiRM om uiteindelijk een sluitende business case voor deze werkwijze voor elkaar te krijgen.

Om flexibel en tijdig **op en af te schalen** is de functie van consultatie (vanuit zowel Wmo als Zvw perspectief), booster-behandelsessie<sup>10</sup> (Zvw) en kortdurende specialistische behandeling waarbij niet

<sup>10</sup> Een kort traject bij de voor cliënt bekende behandelaar in de SGGZ, zonder dat daarvoor aan alle vereisten voor de SGGZ zoals intake, diagnostiek, regiebehandelaar, etc. voldaan hoeft te worden.

aan alle huidige eisen rond regiebehandelaar en dbc-financiering hoeft te worden voldaan (Zvw) als betaalde verrichting nodig. Daarnaast wordt opgemerkt dat op alle niveaus afschalen naar eigen regie en zelfmanagement richtinggevend is. In de generalistische basis ggz, maar ook bij gemeenten wordt soms de mogelijkheid tot jarenlange ondersteuning gemist, waardoor informele zorg overvraagd dreigt te raken. De oplossing zou van twee kanten benaderd kunnen worden: deskundigheids-bevordering van de informele zorg en ruimte bieden voor langer durende zorg vanuit de basis ggz en/of de gemeente.

#### **Casus 6: deskundigheidsbevordering & preventie**

Er is veel vraag naar kennis van specialisten uit de SGGZ, die gedeeld kan worden in de samenwerking met partners in de keten. Bijvoorbeeld met het sociale buurtteam, maar ook de poh ggz specifiek op het gebied van herkenning van verslaving of ondersteuning in de omgang en bejegening van een cliënt met een autistiforme stoornis. Veel behandelaars willen hun kennis actief delen, maar omdat er geen financiering tegenover staat, wordt dit maar mondjesmaat gefaciliteerd. Terwijl het op tijd herkennen van verslavingsproblematiek, of het anders bejegenen van een autistiforme cliënt kan zorgen dat iemand niet / minder snel (weer) in de SGGZ terecht komt en wel af kan met begeleiding vanuit Lister of het buurtteam.

#### **Huidige situatie**

- Er is geen structureel aanbod van deskundigheidsbevordering vanuit de SGGZ door een gebrek aan financiering.
- Er is geen structureel aanbod van preventie vanuit de SGGZ.
- Er is geen investeringsruimte voor de ontwikkeling van nazorgprogramma's.
- Er is geen investeringsprogramma voor Mental Health First Aid of de aanpak van destigmatisering in de wijk.

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

Instellen van een subsidieregeling in het kader van aanpak verward gedrag via ZonMw.

Bij de proeftuinen is gebleken dat afstemming en tijdigheid van **communicatie** veel impact heeft. Vanwege de onvermijdelijke onzekerheden, vanwege de impact van de veranderingen op de professionele rol en vanwege de noodzakelijke vorming van nieuwe culturen ontstaat niet alleen nieuwsgierigheid en uitdaging, maar ook angst en terughoudendheid. Communicatiestrategieën, organisatie-overstijgend, kunnen benut worden om positieve betekenisverlening te bevorderen en de rol van verouderde en negatieve beeldvorming te verkleinen.

Op het gebied van de **privacy en dossiervoering** is er binnen de proeftuinen een formulier ontwikkeld die door de cliënt ondertekend kan worden om **informatie-uitwisseling** toe te staan tussen deelnemende medewerkers van verschillende organisaties binnen een behandel-/begeleidingstraject.



In de proeftuinen is ervaring opgedaan met **PsyNet**. PsyNet draagt zorg voor efficiënte en directe communicatie tussen de cliënt en zijn (zorg)netwerk (zie afbeelding hierboven). De streng beveiligde website maakt het mogelijk om op een beschermde manier contact te hebben en informatie te delen over de behandeling. Via PsyNet worden cliënten met hun persoonlijke hulpverleners en mantelzorgers verbonden. Er is besloten PsyNet te gaan gebruiken in alle gebiedsteams en er wordt geld gereserveerd om PsyNet door te ontwikkelen. Uiteindelijk willen we samen komen tot een persoonlijke gezondheidsomgeving voor de cliënt in ons gebied.

Het vormgeven van herstel-ondersteunende zorg betekent dat specialistische zorg op maat aangeboden wordt, ter bevordering van de doelen/rollen die de cliënt wil bereiken. In de proeftuinen is gebleken dat er meer behoefte is, naast **FACT/ACT**, aan meerdere **specialistische behandelmethodieken**. Het advies is om te zorgen voor voldoende psychologische/-psychotherapeutische expertise, door deelname van 1 psycholoog per gebiedsteam. Daarnaast is er de wens tot ontsluiting van het poliklinische behandelaanbod van Altrecht voor de proeftuinen.

**Gespecialiseerde deskundigheid** is relatief schaars, of het nu om begeleiding of om behandeling gaat. Het advies is om te zorgen voor verbreding van de psychiatrische expertise bij de deelnemers aan de gebiedsteams, zodat bij gebruikelijke behandel- en begeleidingssituaties voor mensen met een of een combinatie van de volgende aandoeningen goede zorg verleend kan worden: psychose, persoonlijkheidsstoornis, autisme, LVB, angst, depressie en verslaving. Op deze manier hoeft alleen bij specifieke indicaties een beroep op top-specialistische kennis, acute of beveiligde zorg gedaan te worden.

De aanwezigheid van **cliëntervaringsdeskundigheid** is binnen de proeftuinen goed geregeld. Familie-ervaringsdeskundigheid wordt nog gemist, familiecoaching is beschikbaar. Cliëntervaringsdeskundigheid moet in elk gebiedsteam vertegenwoordigd en familie-ervaringsdeskundigheid aangehaakt, om zowel peersupport, als eigen regievoering en zelfmanagement te bevorderen. In de proeftuin in Lunetten is ervaring opgedaan met nieuwe benaderwijzen van de cliënt en diens netwerk: Open Dialogue (ook in Houten) en de Yucell methode.

Gespecialiseerde kennis gebiedsgericht aanbieden, dicht bij de cliënt, vraagt om verspreiding van professionals met een diversiteit in expertise, terwijl behoud en doorontwikkeling van kennis vraagt om onderling contact van hen. Het advies is om zowel te zorgen voor binding aan een gebiedsteam

als binding op basis van expertise. Vanuit deze **expertise-netwerken** moet expertise worden geborgd, normering voor zorgtrajecten worden ontwikkeld, intercollegiale toetsing van de kwaliteit georganiseerd en opgebouwde kennis steeds weer vernieuwd.

Om in een breed netwerk te kunnen samenwerken en elkaars taal te spreken, is het ook noodzakelijk dat ggz-kennis overgedragen wordt aan professionals in aanpalende domeinen, zoals politie, ordehandhavers, woningcorporaties, gemeentelijke werkers, enz.. Naast Mental Health First Aid zijn er cursussen op maat denkbaar.

Gezamenlijke **huisvesting** (of zeer dicht bij elkaar) in de wijk bevordert de samenwerking van het gebiedsteam met lokale en informele organisaties. Het delen van werkruimtes met medewerkers van meerdere organisaties en de mogelijkheid voor cliënten om spontaan langs te komen, bevordert dat nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan en de cliënt meer regie ervaart. De gebiedsteams zouden onderdeel kunnen uitmaken van de basisinfrastructuur voor (ggz)zorg in het gebied.

De proeftuinen bestaan te kort om nu al significante **effecten** aan te kunnen tonen. Er is een monitoring van de proeftuinen gestart. Het advies is om deze uit te breiden naar alle regio's / gebieden van het gebiedsgericht werken en met elkaar een **regionale monitoring** op te zetten, aan de hand waarvan we met elkaar kunnen nagaan of het gebiedsgericht en integraal werken bij draagt aan meer burgerschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het idee is om hierbij aan te sluiten bij de landelijke afspraken die omtrent soortgelijke initiatieven in het platform 'herstel voor iedereen' worden gemaakt onder regie van onderzoekers van Phrenos en Trimbos. Daarnaast zullen ook de financiële effecten worden gevolgd. Zo bouwt Vektis aan een model om aan de hand van de eerdere ontwikkelde vignettes de ontwikkelingen in een regio door de tijd te volgen. Ook in het rapport van de Taskforce Zorg Op de Juiste Plek (april 2018), hoofdstuk 4: Het juiste beeld van de gezamenlijke opgave, worden aanbevelingen gedaan plannen per gebied te maken en samen de vorderingen te monitoren.

Daarnaast kunnen aan de hand van dialoogsessies en evaluaties van behandelingen kwalitatieve metingen plaats vinden. Een regulier evaluatieproces, met feedback van cliënten, naasten en samenwerkingspartners kan als regiostandaard ontwikkeld en geïmplementeerd worden.

Elke organisatie richt haar **zorgadministratie** op maat in. Binnen de proeftuinen is aan het licht gekomen dat aanpassingen noodzakelijk zijn in de vorm van organisatie-overstijgende, gemeenschappelijke keuzes of in de vorm van intermediaire omgevingen. Daarnaast zal de zorgadministratie, die vooral binnen het domein van de Zvw groot is, moeten uitvinden hoe ze hun diensten op maat en toch meer op afstand kunnen leveren, aangezien de teams te klein zullen zijn en te verspreid gesitueerd, om elk een medewerker van de zorgadministratie aan zich te verbinden. Hier wordt nu een plan voor gemaakt en het ziet er naar uit dat dit adequaat kan worden opgelost.

De **kwaliteitsbewaking** en -controle zoals die nu plaatsvindt (op basis van eisen vanuit de verschillende stelsels en perspectieven, in talrijke parameters), maakt flexibel inspelen op de zorgvraag van de cliënt wel mogelijk maar met redenen omkleed afwijken van de opgestelde zorgstandaarden vergt momenteel veel administratief werk. De registratielast voor hulpverleners is mede hierom hoog. Verandering is vaak pas mogelijk als hiervoor een alternatief geboden wordt. In het land ontstaan er op diverse plaatsen initiatieven om hier vooruitgang in te boeken. Advies is om interne procedures zo eenvoudig mogelijk te maken en te sturen op taakvolwassenheid en vertrouwen, waarbij de professionals onderling (ook organisatie overstijgend) checks uitvoeren en bijsturen. Aanpassing van het kwaliteitsstatuut zal nodig zijn.

Er is expliciet aandacht nodig voor het inregelen van voldoende **somatische zorg**. Ondanks intensieve samenwerking met huisartsen heeft dit thema nog geen aparte aandacht gehad in de proeftuinen. In gebiedsteams zal ook dit aandachtsgebied, in nauwe afstemming met de huisartsen,

goed geborgd moeten worden. Hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, Wiepke Cahn, is hierbij betrokken.

**8. Welke ontwikkelstappen moeten er nu worden gezet en welke randvoorwaarden dienen er de komende periode gerealiseerd te worden om een gebiedsgerichte, integrale, ambulante, cliëntgerichte werkwijze voor mensen met een psychische kwetsbaarheid verder op poten te zetten?**

**Gebiedsteams GGZ**

Op basis van de resultaten van de proeftuinen zijn de volgende ontwikkelstappen relevant:

- Altrecht, Lister, Kwintes en Jellinek hebben het besluit genomen om door te gaan met het opzetten van gebiedsgerichte, integrale ambulante ggz. Ze zijn tot dit besluit gekomen, omdat voor de doelgroep van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en hun problemen op de verschillende levensgebieden de tijd voorbij is dat één zorgaanbieder alle zorg alleen kan leveren. Dit dient juist in samenwerking en nauwe afstemming met het sociale domein te gebeuren. Deze doelgroep zal met elkaar de vereiste zorg moeten krijgen en we zullen bereid moeten zijn onze zorg op maat naar de behoefte van de cliënt en zijn naasten te organiseren.
- Iedere regio zal moeten kijken hoe zij vanuit hun eigen gemeente, gebied of wijk de samenwerking organiseren en het lokale netwerk hier het beste op kan aan laten sluiten. Gemeente en partners maken zich samen sterk om verdere stappen te zetten en daarbij te wikken en wegen welk samenwerkingsmodel het beste past voor hen.

**Evaluatiebijeenkomst**

Uit de evaluatie kwamen de volgende aanbevelingen en aandachtspunten voor de inhoudelijke doorontwikkeling in de gebiedsteams, naast wat hierover al is gezegd in hoofdstuk 7:

- We hebben resultaat maar staan pas aan het begin. We moeten ervoor waken dat we door het succes van de proeftuinen onvoldoende investeren in de doorontwikkeling. Het proces heeft blijvend aandacht nodig. De gebiedsteams GGZ hebben recht op kritische volgers. Hiermee wordt de vraag neergelegd om de werkgroep proeftuinen in een nieuwe vorm dit proces verder in banen te leiden.
- Het is belangrijk om het netwerk te verbreden met ook andere partijen in de wijk en de juiste combi's te maken om te komen tot een stevige flexibele zorg-ondersteuningsstructuur in wijken en gemeenten, waarmee de continuïteit van zorg veel beter geleverd en geborgd kan worden. Daarbij moet er ook een focus zijn op preventie en het voorkomen van uitval. Dit vraagt om vertrouwen in elkaar en het kost tijd en investeringen. De enige manier om echt samen te kunnen werken is ook om elkaar directe feedback te geven. Dit vraagt continu om aandacht. Het risico bestaat dat dit te veel overlegtijd gaat vergen, waarvoor weinig ruimte is. Tegelijk is er de aanbeveling om vooral te gaan doen.
- Er moet in de volgende fase meer aandacht komen voor meedoen, werk (IPS), zinvolle daginvulling, tegengaan van eenzaamheid, sociale contacten door per individu te kijken wat er in de samenleving kan en de sociale basis hier meer bij te betrekken.
- Er is meer aandacht nodig voor netwerk- en familiedeskundigheid. Een gegeven is dat steunsystemen meer aan kunnen als de GGZ-zorg dichtbij is.
- Vind de balans in autonomie versus verwaarlozing, door het juiste te doen en het juiste te laten, maar pas op voor maatschappelijke teloorgang.

We moeten ons daarbij wel realiseren dat ondertussen in het landelijke beeld de ambulantisering achter blijft op de beddenafbouw (Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, Trimbosinstituut, 2017; Taskforce Zorg Op de Juiste Plek, april 2018). Met de proeftuinen proberen we hier juist een herstelgerichte stimulans aan te geven. Ook zijn er wachttijden. Met

verzekeraars en zorgaanbieders wordt er in een Regionale Taskforce Wachttijden GGZ gewerkt aan het terug dringen van de wachttijden. De bekostiging van domein-overstijgende consultatie, preventie en vroegsignalering, coördinatie, casemanagement en deskundigheidsbevordering is nog niet structureel geregeld. De regeldruk in de zorg lijkt te worden aangepakt (de eerste resultaten moeten nog blijken) en een helder kader voor privacy en ict-ondersteuning is nog niet gerealiseerd. Helaas neemt de personeelskrapte op de arbeidsmarkt schrikbarend toe.

Hoewel nog niet aan alle randvoorwaarden kan worden voldaan, is de planning voor de inrichting van meer gebiedsteams, integraal of in netwerkvorm, gemaakt. De FACT en ACT-teams van Altrecht zijn daartoe gestart per 1 maart met de persoonlijk begeleiders van Kwintes en Lister. WIJ3.0 haakt aan met IPS-ers en trajectbegeleiders. Jellinek en andere zorgeenheden van Altrecht haken medio 2018 aan. Met Abrona en Reinaerde wordt overleg gepleegd, evenals met Indigo en andere zorgaanbieders. Ook in het kader van de aanpak van de wachttijden ontstaat er samenwerking tussen de ggz-behandelzorg partijen om te komen tot betere afstemming, meer gezamenlijke triage, afspraken over op- en afschaling.

Jan van Gameren van Buurteam Lunetten pleit voor inbedding van expertise over LVB en verslaving. Ook werken aan een gezamenlijk plan, met cliënt en familie opgesteld, afstemming met behulp van PsyNet, met aandacht voor activering en maatschappelijk herstel en heldere afspraken over op- en afschaling.

Er wordt gezamenlijk gezocht naar voldoende financiële ruimte voor werkers in de zorg voor afstemming en samenwerking, bijvoorbeeld rondom triage, instroom en uitstroom van cliënten. Dit komt ook aan het licht in de in- en uitstroompilots die in het kader van de aanpak van de wachttijden worden gehouden.

Thijs van Oeffelt, psychiater in Lunetten, benoemt de monitoring / meting van de doelen van een verdere uitrol van gebiedsgericht werken. Hoofdstuk 4 van de Taskforce Zorg Op de Juiste Plek biedt hier belangrijke handreikingen voor. Kasper van Mens van Altrecht is gevraagd een eerste blik te werpen op de mogelijkheden.

Inmiddels ontstaat er meer en meer draagvlak voor deze ontwikkeling in het land en vindt er ook veel gebiedsoverstijgende uitwisseling van ervaringen plaats. We kunnen trots zijn op wat we met elkaar tot nu toe in de regio hebben weten te bereiken. En we zijn er nog niet. Aan de behoefte van de cliënt en diens naasten wordt nog niet altijd goed tegemoet gekomen en ook de randvoorwaarden voor de medewerkers verdienen nog volop verbetering.

### **Bekostiging gebiedsgericht werken**

Ten behoeve van een integrale, domein overstijgende werkwijze binnen het gebiedsgericht werken, dient er – naast de bekostiging van consultatie aan het sociaal domein door SGGZ-hulpverleners – zowel vanuit de Wmo als vanuit de Zvw, bij de deelnemers financiering te zijn voor samenwerking, coördinatie en onderlinge dienstverlening, afstemming en casemanagement (over de domeinen heen), deskundigheidsbevordering en preventie. Zo wordt in de proeftuinen en ook het gebiedsgericht werken de betrokkenheid van naasten belangrijk gevonden. In de financiering van de zorg wordt hiermee nog onvoldoende rekening gehouden, bijv. bij psycho-educatie voor en door familie/naasten. Er zijn veel zorgen over de financieringssystematiek die niet passend is bij deze manier van werken.

Gepleit wordt voor een strategische gezamenlijke lobby en de mogelijkheid te onderzoeken van een experimenteerstatus.

In de loop van 2018 worden er subsidieaanvragen ingediend bij diverse fondsen en ZonMw om het gebiedsgericht werken op te starten. Voor 2019 (en eventueel 2020, 2021, kan voor max 3 jaar) is het idee om een aanvraag in het kader van de subsidieregeling preventiecoalities in te dienen bij VWS. Dit kan alleen in samenwerking met gemeenten en verzekeraar. Ondertussen wordt er met hulp van het bureau SiRM een voorstel voor structurele bekostiging opgesteld in de richting van de NZa (voor in de Zvw). Ook het knelpunt rondom de bekostiging van IPS binnen de Zvw (gekwalificeerde IPS-er opnemen in beroepentabel Zvw) moeten worden opgelost.

### **Inclusieve samenleving**

Er is veel energie gaan zitten in het organisatorisch rond krijgen van de teams, het samenwerken, het bereikbaar zijn, etc.. Dit zijn stuk voor stuk belangrijke organisatieaspecten. Naar de toekomst toe liggen er nu meer inhoudelijke aspecten op tafel: hoe willen wij samenwerken, hoe kijken wij naar psychisch lijden en cliënten, sluiten wij aan op wensen en verlangens, etc.. De focus dient te verschuiven naar de inhoud van de zorg en naar versterking van zelfregie bij cliënten.

Tevens is het interessant om met behulp van de gebiedsteams ggz aan de slag te gaan met het tegen gaan van stigma, het tegen gaan van discrimineren, uitsluiten en achter stellen van mensen. Het samen bouwen aan een welkome inclusieve samenleving, is een kerntaak van de ggz en verdient een gezamenlijke inspanning vanuit het zorgdomein en het sociale domein. De samenleving heeft weinig beeld bij mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden. Wat betekent het om stemmen te horen? Om depressief te zijn? Dit vraagt om meer contact, wederkerigheid en kennis. MHFA (Mental health First Aid) en antistigma-activiteiten kunnen hierbij behulpzaam zijn. Daarbij gaat het om het verbinden van de 'gewone' en de 'psychische' wereld met elkaar en het aangaan van de dialoog in de wijk om draagvlak te verkrijgen elkaar te leren kennen en accepteren. Anders krijg je geen inclusie. De bewustwordingsbijeenkomsten vanuit Samen Sterk Zonder Stigma en de cursussen MHFA zijn daar een eerste goede stap in.

### **Dankwoord**

De Werkgroep proeftuinen ggz in de wijk wil iedereen ontzettend bedanken die heeft bijgedragen aan het vele werk dat is verzet in de proeftuinen. De werkgroep is trots op de opbrengst, die in dit verslag is verzameld.

Met hartelijke groet,

Toke Tom, gemeente Utrecht, voorzitter

Peter van Zuidam, Zilveren Kruis

Martijn Kole, Enik

Roxanne Vernimmen, Altrecht

Marlies van Loon, Lister

Jan Willem van Zuthem, Kwintes

Jasper ten Dam, Jellinek

**Bijlage 1: Doelstellingen uit Volwaardig Burgerschap en Psychiatrie**

Vooraf is benoemd dat we aan de hand van volgende beoogde resultaten willen nagaan of de proeftuinen hun doel realiseren:
1. In de wijk gelocaliseerde gespecialiseerde GGZ-zorg, die op- en afschaalt in samenwerking met huisartsen en hun praktijkondersteuner(s) GGZ, buurtteams, maatschappelijke opvang, basis GGZ en andere (al of niet in de wijk aanwezige) gespecialiseerde voorzieningen van Altrecht, Victas (nu Jellinek) en andere ketenpartners.
2. Vermindering van acute opnames (op acute psychiatrie) bij de doelgroep en tevens vermindering van aantal ligdagen in de kliniek (alle klinieken).
3. Aanwijsbare benutting van cliënt gestuurde initiatieven, evenals van ervarings- en familie-ervaringsdeskundigheid, met inachtneming van diversiteit.
4. Een aanwijsbaar resultaat op het gebied van herstel (persoonlijk, maatschappelijk en/of symptomatisch), naar de mening van de cliënt
5. Uitstroom uit beschermd wonen in de richting van zelfstandig begeleid wonen / en verminderen instroom in beschermd wonen.
6. Snelle hulp voor betrokken personen met een ernstige psychische aandoening bij ggz-gerelateerde overlast in de wijk.

**Doelstellingen in termen van verschuiving tussen vignetten**

Vignet	Aantal 2011	Doelstelling
0	709	Eerst toename in aantal (een deel van de EPA-doelgroep krijgt nu nog geen zorg), daarna afname.
1	383	Afname in aantal in de richting van BGGZ en HA+POH.
2	1.793	Toename, primair binnen het domein van buurt-/wijkteams, nauwe afstemming tussen deze teams en RGGZ-teams.
3	1.094	Toename, primair binnen het domein van RGGZ-teams.
4	2.025	Toename, binnen het domein van RGGZ-teams.
5	1.064	Toename in aantal, binnen het domein van RGGZ-teams. Afname in totaal aantal verblijfsdagen, in acute opnames en wat betreft gemiddelde kostprijs.
6	305	Afname in aantal in de richting van vignetten 2 t/m 5: zelfstandig wonen in de wijk, verhoging doorstroming ten behoeve van instroom vanuit vignet 7, meer gericht op herstel naar volwaardig burgerschap.
7	407	Komende jaren nog geen afname noch toename: capaciteit vormt de kern van beschermd verblijf. Er is nog steeds veel vraag naar en behoefte aan zorg volgens vignet 7. Wel verhoging doorstroming, mede ook ten behoeve van instroom vanuit vignet 8. Begeleiding meer gericht op herstel naar volwaardig burgerschap. Ook erkenning voor de 'ernstig er aan toe zijnde groep' waarvoor dit het maximaal haalbare zorgniveau is, maar geen hopeloos eindstation. Voor de langere termijn en bij voldoende huisvestingsalternatieven, kan afbouw een reële mogelijkheid worden.
8	148	Afname in de richting van vignet 7, verhoging doorstroming, behandeling meer gericht op herstel naar volwaardig burgerschap met inzet van Triple C.



## Bijlage 2: Casusbeschrijvingen voor financiers en beleidsmakers

Hoe creëren we financiële besparing én daarmee ruimte tussen de wettelijke financieringskaders (met hun strenge regels), voor cliëntgericht maatwerk? Er zijn 6 casuïstiek beschrijvingen gemaakt.

- Casus 1: verwijzen door regiebehandelaar
- Casus 2: korte interventie zonder DBC
- Casus 3: warme contacten na afsluiten
- Casus 4: time-out bedden
- Casus 5: casuïstiek overleg
- Casus 6: deskundigheidsbevordering & preventie

### **Casus 1: Verwijzen door regiebehandelaar**

Een regiebehandelaar van Altrecht stelt vast dat er sprake is van verslaving bij een cliënt. Een specifieke module van Jellinek is beter geschikt, dan wat Altrecht kan bieden. De regiebehandelaar heeft hierover gesproken met de cliënt en de cliënt wil een verwijzing naar Jellinek voor de betreffende module.

#### **Huidige situatie**

- De regiebehandelaar verzoekt aan de psychiater binnen haar team om een verwijzing te maken of neemt contact op met de huisarts (HA) met het advies om cliënt te verwijzen naar Jellinek voor een andere DSM-diagnose en behandeling.
- De psychiater van Altrecht of de HA leest het dossier en spreekt met de regiebehandelaar over de verwijzing.
- De verwijzing wordt vervolgens verstuurd aan Jellinek op de AGB code van de psychiater/HA.
- Bij Jellinek wordt een intake gedaan.

#### **Consequentie**

- De zorg wordt onnodig duur, omdat de verwijzing via de psychiater of HA moet
- De zorg wordt onnodig duur, omdat er opnieuw een intake wordt gedaan

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

De regiebehandelaar van de verwijzende organisatie blijft regiebehandelaar van het behandelproces in de ontvangende organisatie.

### **Casus 2: Korte interventie zonder DBC**

Een cliënt is in zorg bij het proeftuinteam. De cliënt heeft SGGZ behandeling gehad van FACT en is stabiel. De cliënt is overgedragen aan de praktijkondersteuner ggz van de huisarts en ontvangt ambulante begeleiding van Lister. Later heeft de cliënt een mindere periode en het is nodig dat er opgeschaald wordt. De cliënt vraagt om enkele contacten bij zijn vertrouwde GZ-psycholoog uit de SGGZ om weer te stabiliseren. De cliënt is te complex om door te verwijzen naar de basis GGZ.

#### **Huidige situatie**

- De POH verwijst via de HA naar de SGGZ die deelneemt aan het proeftuinteam.
- De cliënt krijgt een DBC binnen de SGGZ.
- Er zijn 4 contacten tussen cliënt en GZ-psycholoog, cliënt knapt op, Lister en POH kunnen de zorg voortzetten.
- Om de DBC te kunnen declareren moet er o.a. een diagnose worden gesteld, een behandelplan worden opgesteld, directe tijd van de regiebehandelaar en indirecte tijd van een klinisch psycholoog of een psychiater worden geschreven.

#### **Consequentie**

- De zorg wordt onnodig duur, o.a. omdat er tijd van klinisch psycholoog/psychiater geregistreerd moet worden en er veel indirecte tijd bijkomt.
- De verwijzing gaat over meerdere schijven, neemt extra tijd in beslag waardoor de cliënt mogelijk verder ontregelt en er meer contacten nodig zijn. Er is risico op wachttijd. De cliënt moet mee in de verplichte ROM.
- De cliënt betaalt eigen risico omdat er een DBC wordt geopend.
- En als er drempels of wachttijden zijn om iemand weer in zorg te nemen als het minder gaat, wordt er minder snel afgeschaald en blijft de cliënt in zorg op een 'onderhoud' DBC, zodat opschaling is zeker gesteld.

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

Voor de poh-ggz moet de mogelijkheid komen om te kunnen verwijzen voor een "interventiemodule" binnen de Zvw. Gedacht wordt aan een product in lijn met de producten in de basis ggz, waar minder eisen aan hangen dan aan de reguliere dbc's.

#### **Casus 3: Warme contacten na afsluiten**

Tijdens het afsluitgesprek tussen behandelaar en cliënt wordt er door behandelaars regelmatig met een cliënt afgesproken dat als er iets is, of als het even niet zo goed gaat dat hij mag bellen. Dit geeft de cliënt vertrouwen, vooral als er twijfel is bij de cliënt of hij de behandeling wel kan afsluiten en de behandelaar kan loslaten.

#### **Huidige situatie**

- De contacten die een behandelaar nu met een 'oud' cliënt heeft zijn niet declarabel totdat er een verwijzing is.
- Vaak is het niet nodig dat een cliënt weer in behandeling komt en kan een kort gesprek voldoende zijn om een cliënt te helpen.
- Het is eigenlijk een consult aan de cliënt, de regie ligt bij een andere hulpverlener, meestal de HA/POH, woonbegeleider of een behandelaar uit de BGGZ.

#### **Consequentie**

- De behandelaar verleent gratis zorg, er staat immers geen vergoeding tegenover.
- Of de behandelaar belt de HA voor de verwijzing en er wordt een volledige DBC opgestart voor slechts enkele behandelcontacten. Dat zorgt dus voor onnodige dure zorg.
- Uit angst dat er geen contact mogelijkheden zijn buiten een nieuwe verwijzing en wachtlijsten om, zijn er cliënten die in zorg willen blijven en geen afschaalmogelijkheid meer wensen.

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

Bij afsluiten wordt in het 'ketenbehandelplan' (het gezamenlijke werkplan voor de cliënt) vastgelegd dat cliënt zelf de oude behandelaar kan bellen voor nazorg/consultatie. Deze zorg zou dan onder de betaaltitel nazorg/consultatie gedeclareerd moeten kunnen worden.

#### **Casus 4: Time out in de wijk**

Een cliënt die ambulante behandeling of begeleiding ontvangt bij het proeftuinteam heeft een mindere periode. Het is wenselijk om de cliënt tijdelijk op te nemen om tot rust te komen op een time out bed in een RIBW. De cliënt kan dan een korte periode, soms zelfs maar een nacht, bijkomen. Bij voorkeur zo dicht mogelijk bij waar cliënt woont, dus niet naar een gecentraliseerde crisis opvang maar dichtbij in de wijk, waar het vertrouwde netwerk en de vertrouwde behandelaars dicht bij zijn.

#### **Huidige situatie**

- Binnen de SGGZ zijn er crisis opnames, maar ook Bed-Op-Recept-bedden waar cliënten tijdelijk terecht kunnen. Deze zijn echter alleen beschikbaar op de centrale locaties van Altrecht of Jellinek en niet dichtbij in de wijk.

- De behandelaren die een cliënt dan ziet, zijn niet zijn vertrouwde behandelaren.
- Een logeerplek in de wijk, mogelijk bij een RIBW, past in de visie van herstelgerichte zorg, eigen regie en niet onnodig medicaliseren.

#### **Consequentie**

- BW kent wachtlijsten en worden nu gevraagd om hiervoor plekken beschikbaar te houden.
- Gemeenten vrezen voor een niet altijd terechte verschuiving van Zvw zorg naar Wmo zorg.
- Er is onduidelijkheid over waar de grens ligt tussen mensen die op dat moment behandeling nodig hebben en mensen waar kan worden volstaan met een logeerplek. Dit vraagt om goede afspraken.
- Soms liggen patiënten onnodig op 'dure' bedden in de SGGZ, vooral bij 'uitstoting' en gebrek aan ontbrekende terugkeermogelijkheden.
- Opnames duren langer omdat iemand niet de eigen behandelaren dichtbij heeft.

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

Hier is nog geen oplossingsrichting bepaald. Onder leiding van de gemeente is er wel een werkgroep mee bezig.

#### **Casus 5: Samenwerkingsoverleg**

In het proeftuinteam is er regulier overleg tussen de verschillende ketenpartners, zoals een overleg tussen Lister, Altrecht, Jellinek en het buurtteam. Soms zit ook de wijkagent of de poh ggz aan tafel. Er wordt gesproken over concrete casussen. Sommige mensen zijn al in zorg bij een van de organisaties, andere vallen op door gedrag. In overleg wordt er gekeken wat de beste aanpak is. Er wordt zorgvuldig omgegaan met privacy gevoelige informatie, maar men wil ook samenwerken.

#### **Huidige situatie**

- De medewerkers in de proeftuin schrijven de tijd die zij besteden aan casus overleggen wel, maar er staat geen vergoeding voor.
- Dit betekent dat het lastig is om dit vanuit de instellingen te blijven financieren, terwijl er inhoudelijk hele goede redenen zijn om dit te doen.

#### **Consequentie**

- Als de proeftuinen zijn afgelopen, vervalt de financiering van casus overleggen voor de SGGZ instellingen.

#### **Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

Overleggen met experts van organisaties waar de cliënt niet in zorg is, moeten qua tijd van die experts declarabel zijn om de netwerkvorming te bevorderen/bestendigen en kennis te verspreiden.

#### **Casus 6: Deskundigheidsbevordering & preventie**

Er is veel vraag naar kennis van specialisten, die gedeeld kan worden in de samenwerking met partners in de keten. Bijvoorbeeld met het sociale buurtteam, maar ook de poh ggz specifiek op het gebied van herkenning van verslaving of ondersteuning in de omgang en bejegening van een cliënt met autistiforme stoornis. Veel experts willen hun kennis actief delen, maar omdat er geen financiering tegenover staat wordt dit maar mondjesmaat gefaciliteerd. Het op tijd herkennen van verslavings-problematiek, het anders bejegenen van een autistiforme cliënt kan zorgen dat iemand niet / minder snel (weer) in de SGGZ terecht komt en af kan met begeleiding vanuit Lister of het sociale buurtteam.

#### **Huidige situatie**

- Er is geen structureel aanbod van deskundigheidsbevordering vanuit de SGGZ.
- Er is geen structureel aanbod van preventie vanuit de SGGZ.

- Er is geen investeringsruimte voor de ontwikkeling van nazorgprogramma's.
- Er is geen investeringsprogramma voor MHFA of de aanpak van destigmatisering in de wijk.

**Oplossingsrichting die met elkaar is bedacht**

Instellen van een subsidieregeling in het kader van aanpak verward gedrag via ZonMw.