

Projectplan

Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie

Januari 2021

Erasmus MC, Reinier van Arkel, Kenniscentrum Phrenos

Projectplan Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie

1. Waarom een Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie?

- 1.1 Aanleiding
- 1.2 Probleemstelling

2. Doelstellingen

- 2.1 Doelen Netwerkpsychiatrie
- 2.2 Verbeterthema's Doorbraakproject
- 2.3 Implementatie doelen

3. Plan van aanpak

- 3.1 Verbetermethode
 - *Doorbraakmethode*
 - *Nolan model*
 - *SMART doelen*
- 3.2 Onderdelen huidig Doorbraakproject
- 3.3 Doelgroep
- 3.4 Monitoring en indicatoren
- 3.5 Project in schema
- 3.6 Projectorganisatie
- 3.7 Fasering en tijdpad
- 3.8 Criteria deelname en aanmelding

1. Waarom een Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie?

1.1 Aanleiding

In november 2020 verscheen het Handboek Netwerkpsychiatrie. In dit boek beschrijven de auteurs, naast de (samenhang tussen de) belangrijke zorgmodellen die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn in de psychiatrie, een aantal ankerpunten in de complexe realiteit van het werken in een netwerk. Deze betreffen o.a. het implementeren van de herstelondersteunende intake, werken vanuit de principes van positieve gezondheid, werken met resourcegroepen of vergelijkbare interventies in de triade en het samenwerken met het sociaal domein. Ook beschrijven zij hoe de principes van Herstelondersteunende Zorg en die van Evidence Based Psychiatrie naadloos in elkaar kunnen overgaan en samen tot betere zorg kunnen leiden.

Het verschijnen van dit boek vormt de aanleiding en onderlegger voor het opzetten van een landelijk verbetertraject rond netwerkpsychiatrie. Dit om een aantal belangrijke knelpunten in de huidige zorg voor mensen met ernstige psychische problemen beter hanteerbaar te maken.

1.2 Probleemstelling

Mensen met een ernstige psychische aandoeningen ervaren beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren. Deze zijn zowel oorzaak als gevolg van de aandoening en dat maakt gecoördineerde hulp en behandeling langere tijd noodzakelijk (Plan van aanpak epa, 2014).

Zij hebben een minder goede uitgangspositie dan andere burgers om hun levenswensen te realiseren, door forse achterstanden in lichamelijke gezondheid, behandeling, veiligheid, inkomen, arbeid en relaties. Hun hulpvragen houden soms verband met de (gevolgen van de) psychische aandoening, eventuele bijkomende verstandelijke beperkingen of cognitieve functiestoornissen, maar kunnen ook heel goed te maken hebben met stigma en afwijzing door anderen. Bij het zoeken naar hulp gaat het minstens zo vaak om universele thema's zoals geaccepteerd en erkend worden als volwaardig persoon, goede relaties hebben met familie, vrienden en kennissen, actieve vrijetijdsbesteding en het deelnemen aan werk of onderwijs, als om goede medische en psychologische behandeling (Plan van aanpak epa, 2014). Of zoals Tielens het formuleerde: cliënten denken bij hun problemen niet zozeer aan pathologie maar aan mislukte carrières, eenzaamheid en verlies van vrienden (Tielens, 2012).

Deze mensen zoeken, vaak samen met hun naasten, hun weg in behandel- en zorgvoorzieningen die vanuit verschillende sectoren worden aangeboden. Deze zorg is niet altijd goed op elkaar afgestemd, waardoor vaak een gebrek aan continuïteit van zorg en informatie tussen zorgonderdelen optreedt. Dit is zichtbaar in de afstemming tussen de cliënt, zijn naasten en de zorgprofessionals, maar ook tussen onderdelen binnen de ggz (zoals zorg in de 1^e lijn, gespecialiseerde zorg, crisis zorg, opname en ambulante zorg) en zeker ook in de samenwerking tussen onderdelen in de ggz en het sociaal domein. Daarnaast is het voor cliënten met ernstige psychische problemen in het huidige systeem vaak moeilijk om regie te hebben over hun eigen behandeling en ondersteuning en om naasten hierin waar mogelijk en wenselijk te betrekken.

2. Doelstellingen

2.1 Doelen Netwerkpsychiatrie

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben complexe problemen; dit vereist de samenwerking tussen meerdere disciplines, zowel in de gezondheidszorg als in het sociaal domein, die effectief met de cliënt, diens naasten en met elkaar samenwerken. Deze samenwerking kan worden vormgegeven in wat we 'netwerkpsychiatrie' noemen.

Netwerkpsychiatrie beoogt optimale herstelondersteunende samenwerking tussen deze diverse partijen. Het netwerk omvat zowel de directe op de psychische klachtengerichte behandeling, begeleiding of steun om de cliënt en diens naasten heen (het microsysteem), als het geheel aan somatische, psychiatrische en sociale voorzieningen waarvan de cliënt op enig moment gebruikmaakt. Concreet zijn daarbij betrokken de naasten, de huisarts (inclusief de praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg, poh-ggz), de basis-ggz, de multidisciplinaire gespecialiseerde (ambulante en klinische) ggz-teams (verzamelnaam: gespecialiseerde ggz of sggz) en de voorzieningen vanuit de gemeente (ondersteuning en maatschappelijke dienstverlening via de sociale wijkteams, schuldhulpverlening). Op sommige momenten kunnen ook andere instellingen een plaats innemen in het netwerk, zoals de instellingen voor beschermd, begeleid wonen en opvang, herstelacademies of de woningcorporaties. Streven is om zorg en begeleiding naar behoefte soepel te kunnen op- en afschalen, zonder de continuïteit van zorg in gevaar te brengen.

Netwerkpsychiatrie betreft geïntegreerde behandeling en zorg die zich richt op het maximaliseren van de kansen op: klinisch herstel (minder gezondheidsproblemen); maatschappelijke participatie / sociale inclusie (meedoen in de samenleving); persoonlijk herstel (eigen regie, empowerment, kwaliteit van leven) en verminderen van ongewenste uitkomsten (verwaarlozing, overlast door 'verward gedrag', armoede, acute zorgnood, zelfstigma, victimisatie en suïcide)

Netwerkpsychiatrie beoogt deze ambities te bereiken door:

- het stimuleren van de autonomie van mensen met ernstige psychische aandoeningen door het hele netwerk aan voorzieningen
- door steeds de best mogelijke en passendste zorg te bieden
- de brug te slaan naar het sociaal domein, zowel op het niveau van de cliënt als op dat van instellingen en voorzieningen.
- zorg en begeleiding naar behoefte soepel op- en af te kunnenschalen, zonder de continuïteit van zorg in gevaar te brengen.
- het ontwikkelen en versterken van vermogens
- het doorbreken van patronen die een probleem of problemen in stand houden
- hulp bij belangrijke transities (bijvoorbeeld die van de jeugdzorg naar de volwassenenzorg).

2.2 Verbeterthema's Doorbraakproject

Doel van het huidige project is om 'netwerkpsychiatrie' in verschillende regio's te implementeren. In het huidige Doorbraakproject willen we daarbij werken aan twee verbeterthema's:

1. Op het niveau van de cliënt (*microniveau*):
 - het geven/stimuleren van regie over de behandeling en ondersteuning aan de cliënt
 - het structureel betrekken van naasten waar het kan
 - het bieden van continuïteit van zorg, informatie en ondersteuning door het netwerk om de cliënt heen (het netwerk van verschillende naasten en professionals).
 - het bieden van integrale zorg door het inschakelen van professionals uit de ggz en het sociaal domein op het niveau van de cliënt, en op geleide van de zorgbehoeften

2. Op het niveau van diverse zorgonderdelen binnen de ggz en in de regio (*mesoniveau*):
 - het verbeteren van de interne samenwerking binnen de ggz en binnen het sociaal domein
 - het verbeteren van de sector overstijgende samenwerking tussen medisch en sociaal domein, waarvuit principes van positieve gezondheid.

De gedachte is dat door te werken aan deze verbeterthema's, de range van mogelijk oplossingen en zorgvormen voor cliënten met complexe problematiek vergroot wordt, in samenhang met elkaar. Zo wordt niet alleen gewerkt aan de psychische symptomen, maar bijvoorbeeld ook aan somatische zorg, en sociale problemen zoals schulden, woonvragen, hulp bij het vinden van werk, etc. Ook is het streven om het sociaal kapitaal van deze mensen de kans te geven om te groeien.

Binnen netwerkpsychiatrie wordt geïnvesteerd in een formeel en informeel steun-systeem *direct om de cliënt heen* (resourcegroepen) waardoor er direct samengewerkt wordt op het niveau van de cliënt en diens naasten. Uiteindelijk beogen we hiermee om het herstel van mensen met ernstige en complexe psychische aandoeningen te vergroten, zoals ook bleek uit recent onderzoek naar de effecten van resourcegroepen (Tjaden e.a. in druk 2021). Voor dit doorbraakproject netwerkpsychiatrie is op microniveau gekozen voor resourcegroepen, omdat dit momenteel de enige evidence-based methodiek is waarvan is aangetoond dat het de mate van empowerment, functioneren en persoonlijk herstel van cliënten vergroot (t.o.v. FACT alleen) en een platform biedt voor structurele samenwerking met naasten en tussen de ggz en het sociaal domein. Instellingen kunnen ook, na overleg, kiezen voor een andere vorm van netwerkpsychiatrie op microniveau, zolang dit een methodische werkwijze betreft (b.v. peer supported open dialogue).

2.3 Implementatiedoelen

Implementatiedoelen

Om vorm te geven aan de verbeterthema's werken de deelnemende instellingen (samen met hun zorgpartners in de regio) aan een aantal concrete implementatiedoelen. Zij worden tijdens het Doorbraakproject ondersteund bij de implementatie van onderstaande best-practices en evidence-based methoden:

Op microniveau implementeren van

- a. Resource Groepen (RG) (evidence-based methode)
- b. Herstelondersteunende intake (HOI) (best-practice)
- c. Werken aan positieve gezondheid

Op mesoniveau implementeren van:

- d. Regionale netwerktafels en andere vormen van structurele samenwerking tussen ggz en sociaal domein (best-practice)
- e. Principes van Herstelondersteunende zorg en Positieve Gezondheid – als gemeenschappelijke taal en leidraad voor afstemming tussen zorgonderdelen (best-practice)

Resourcegroepen (RG)

(Resultaten onderzoek Tsjaden et al, 2021 volgt zsm)

Voor de Nederlandse situatie geldt de volgende definitie.

De resourcegroep is een groep mensen, uitgekozen door de cliënt, die voor de cliënt belangrijk is en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Deze doelen kunnen te maken hebben met alle dimensies van herstel zoals persoonlijk herstel (herstel van identiteit), maatschappelijk herstel (zinnvolle participatie) en herstel van gezondheid (behandelen en verbeteren van lichamelijke en geestelijke symptomen). De leden van de groep komen meerdere keren per jaar samen en de korte- en langetermijnhersteldoelen van de cliënt bepalen de agenda van de bijeenkomst. De samenstelling van de groep is flexibel (o.a. professionals uit de ggz en het sociaal domein) en de cliënt besluit wanneer het wenselijk is om andere deelnemers in te zetten.

In de praktijk is de resourcegroep een redelijk stabiele groep van gelijkwaardige deelnemers die gebruikmaken van ieders individuele deskundigheid en met elkaar zoeken naar betekenisvolle rollen voor ieder lid van de resourcegroep. Naast de reguliere bijeenkomsten van de resourcegroep, kunnen er vaardigheidstrainingen gegeven worden aan de leden van de groep, waardoor de groepsleden beter in staat zullen zijn om de cliënt (en elkaar) te helpen zijn persoonlijke (herstel)doelen te bereiken. Iedere cliënt kan een eigen naam kiezen voor zijn resourcegroep; bijvoorbeeld Groep van Joep of Ruggensteungroep (Delespaul et al., 2016).

Herstelondersteunende Intake (HOI)

Een belangrijke stap om netwerkpsychiatrie te kunnen toepassen is een intake die vanuit de principes van herstelondersteunende zorg wordt georganiseerd. Hiermee wordt op verschillende plaatsen in het land geëxperimenteerd. Deze herstelondersteunende intake (hoi) is een heel praktische, directe en concrete manier om vanuit de principes van netwerkpsychiatrie te gaan werken. Het geeft houvast als een praktisch startpunt voor de benadering en maakt het gemakkelijker om verderop in iemands herstelproces aan de principes vast te houden.

Bij een intake gestoeld op de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg worden in eerste instantie vier vragen gesteld afgeleid uit de contextgeoriënteerde diagnostische benadering

voorgestaan door de trekkers van de 'Nieuwe ggz': Wat is er met je gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid? Waar wil je naartoe? Wat heb je nodig? (Delespaul et al., 2016). Daarmee kunnen de patiënt en zijn resourcegroep alvast aan de slag, terwijl het aanvullende onderzoek dat mogelijk volgt in dienst staat van herstelondersteuning en herstel- en behandeldoelen. Behandeldoelen staan altijd in functie van iemands hersteldoelen. Door gezamenlijke besluitvorming ligt de regie bij de cliënt en gebeurt er niets voor hem, zonder hem. In sommige instellingen worden ervaringsdeskundigen betrokken bij de zorg gedurende de wachttijd en/of bij het intakegesprek.

Regionale netwerktafels en andere vormen van structurele samenwerking

- a. *Samenwerking tussen instellingen uit de ggz en het sociaal domein* - Iedere instelling maakt en implementeert een plan per afgebakende regio (b.v. met behulp van postcodes) om de samenwerking tussen de ggz-instelling en het sociaal domein te verbeteren, met de focus op het faciliteren van professionals om op het niveau van de cliënt over domeinen heen samen te werken. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot een regionale netwerktafel (met een korte en krachtige wekelijkse briefing, met voorzitter en notulist om gedeelde casuïstiek te bespreken) of een regionaal convenant. Om deze doelen te bereiken kiezen de instellingen uit de afgebakende regio mensen die deel uit gaan maken van dit regionale netwerk en wijzen tevens een "leidinggevende coalitie" aan bestaande uit twee mensen uit de ggz en twee mensen uit het sociaal domein. Deze vier mensen nemen tevens deel aan het landelijke Doorbraakproject.
- b. *Samenwerking binnen de instelling* - Iedere instelling maakt en implementeert een plan om de interne samenwerking binnen de instelling te verbeteren (voor de ggz bijvoorbeeld tussen FACT, poliklinieken, HIC, ART, IHT en andere afdelingen en binnen het sociaal domein tussen bijvoorbeeld wonen en schuldhulpverlening). Hiertoe organiseert de instelling een werkgroep en de voorzitter van deze werkgroep neemt deel aan landelijke bijeenkomsten van het Doorbraakproject.

Principes Positieve Gezondheid

Netwerkpsychiatrie is gericht op het maximaliseren van de kansen op symptoomreductie, maatschappelijke participatie en persoonlijk herstel. Daarbij is het begrip 'positieve gezondheid' volgens de definitie van Huber en collega's (2016) een belangrijk uitgangspunt. Het gaat niet om 'volledig vrij zijn van ziekte of gebrek', zoals in oudere definities van gezondheid, maar om het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen die het leven aan iedereen stelt. Positieve gezondheid wordt uitgewerkt in zes dimensies (dagelijks functioneren, lichamelijk functioneren, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke functioneren). Deze dimensies van positieve gezondheid kunnen worden gerelateerd aan de dimensies van herstel.

Lokale uitwerking implementatiedoelen in lokale implementatieplannen

Op lokaal niveau implementeren de deelnemende instellingen in ieder geval de resourcegroepmethodiek (Netwerkpsychiatrie op microniveau) en kunnen de verbeterteams verder gedeeltelijk

een eigen invulling geven aan de implementatiedoelen op mesoniveau in hun lokale verbeterplannen. Zo kan de structurele samenwerking tussen sociaal domein en ggz vormgegeven worden in regionale netwerktafels waarin zorgaanbieders zorg afstemmen, in gebiedsteams, of op andere manieren. Ook de exacte invulling en context van de herstel ondersteunende intake kan variëren. Bij de inbedding van de principes van positieve psychologie kan men (naast een gezamenlijke training en monitoring) bijvoorbeeld lokaal kiezen om het EPD in te richten volgens deze principes

Doelen op cliëntniveau

Zoals gezegd zijn deze activiteiten erop gericht om op cliëntniveau de kansen op herstel te vergroten. Daarbij beogen we vooral vooruitgang op:

- a. *het maatschappelijk herstel* - daarbij gaat het om verstevigen van een sociaal netwerk, betere dagbesteding, minder zelfstigma, en meer deelname aan werk en opleiding.
- b. *het persoonlijk herstel*, met als primair doel het versterken van empowerment en het vergroten van de kwaliteit van leven (zoals ook bleek te lukken bij het onderzoek naar de effectiviteit van de resourcegroepen¹).

¹ Ref naar resultaten onderzoek resourcegroepen

3. Plan van aanpak

3.1 Verandermethode

Als verandermethode maken we gebruik van de Doorbraakmethode.

Doorbraakmethode

De doorbraakmethode is één van de methoden om de implementatie van richtlijnen en voorbeelden van goede zorg in de praktijk in te voeren (Splunteren et al, 2003). Het is een verbetermethode waarbij teams uit verschillende zorginstellingen, in een (tijdelijk) samenwerkingsverband, proberen in een korte tijd concrete verbeteringen in de zorg te realiseren door implementatie van bestaande kennis en goede voorbeelden. Kortom: Doorbraak is verbeteren in een pressurecooker op een strak gestructureerde manier. De Doorbraakmethode is ontwikkeld en uitgebreid beproefd door het Amerikaanse Institute of Health Care Improvement (IHI, www.ihl.org in Boston. In ons land heeft Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO de methode in 1999 geïntroduceerd.

Doorbraakonderwerpen in ons land betroffen de eerste jaren uitsluitend de somatische zorg. In 2004 startte het eerste Doorbraakproject in de GGZ, inmiddels zijn er al tientallen projecten in de GGZ van start gegaan.

Algemene Kernelementen van een Doorbraakproject zijn:

- a. Er is een specifieke ambitie, waarbij een kloof bestaat tussen beoogde en huidige praktijk.
- b. Multidisciplinaire teams en vertegenwoordigers vanuit verschillende instellingen vormen een tijdelijk lerend netwerk.
- c. De aanpak is resultaatgericht, men werkt aan concrete doelen rond de implementatie van praktijken.
- d. Er ligt nadruk op het meten van resultaten via indicatoren.
- e. Er is een expertteam, die advies en begeleiding bij implementatie biedt.
- f. Teams doen vaardigheden op met betrekking tot verandermanagement; werken met PDCA cyclus (doelen, testen, meten, aanpassen).
- g. Teams krijgen gerichte feedback op de opzet en de voortgang van het eigen project.

Nolan model

In de werkwijze van de doorbraakteams staat het Nolan-model centraal. Dit model bestaat uit de volgende drie vragen en de plan-do-study-act cyclus (PDSA).

1. Wat willen we bereiken? (doel)
2. Hoe weten we dat een verandering een verbetering is? (meten)
3. Welke veranderingen kunnen we invoeren die resulteren in een verbetering? (verbeteren).

De eerste vraag - zorg ervoor dat de doorbraakteams gefocust blijven op het probleem. Het team bepaalt zelf steeds welke (sub)doelen prioriteit hebben en welke veranderingen nodig zijn om de doelen te bereiken.

De tweede vraag - betekent dat de effecten van de veranderingen aan de hand van indicatoren meetbaar gemaakt moeten worden. Een indicator is een maat die aangeeft in hoeverre een

doelstelling is behaald. Het gaat om zogenaamde interne indicatoren, te gebruiken voor lokale kwaliteitsverbeteringen. In het doorbraakproject Netwerkpsychiatrie worden de indicatoren voor de hoofddoelen vooraf ontwikkeld door het expertteam. De indicatoren uit het meetplan worden gedurende de hele looptijd van het project (en daarna) bijgehouden. De metingen worden deels door de teams zelf verricht en deels door het projectteam van het Doorbraakproject. Gegevens worden verwerkt in een voor het project ontwikkeld (Excel-) bestand, dat ook na het project makkelijk kan worden gebruikt

Bij het beantwoorden van de derde vraag - vergaren de doorbraakteams kennis rond voorbeelden van goede zorg. Een deel van deze kennis krijgen ze doordat vanuit het Doorbraakproject trainingen worden aangeboden, een deel vinden zij in de literatuur en praktijk. Zij beoordelen de voorbeelden op geschiktheid voor de eigen situatie en stemmen ze af op de regionale mogelijkheden. Het invoeren van de verbeteringen gebeurt aan de hand van *rapid cycle improvement*, waarbij voorgestelde veranderingen eerst in klein verband worden uitgetest (denk aan de herstellondersteunende intake, onderdelen van resourcegroepen zoals een sociogram, leren opstellen van twee korte termijn en twee lange termijn doelen per cliënt, cliënten zelf leden van zijn RG laten nomineren, een eerste RG-bijeenkomst plannen en uitvoeren etc.), effecten daarvan al na korte tijd worden gemeten, en veranderingen weer worden bijgesteld net zo lang tot men de verandering rijp acht voor brede implementatie. Deze Plan-Do-Study-Act (PDSA) cyclus lijkt sterk op de Deming cirkel, waar veel instellingen al ervaring mee opdeden. In de Plan-fase worden plannen gemaakt voor verbetering. In de Do-fase gaan de teams aan de slag met de verbeteracties. De Study fase is bedoeld om te reflecteren op de verbeteractiviteiten. In de Act-fase worden opnieuw veranderingen uitgetest.

SMART doelen

Doelstellingen in het Doorbraakproject zijn SMART geformuleerd: Specifiek, Meetbaar, Appellerend, Resultaatgericht en Tijdgebonden.

Specifiek - het doel is helder en concreet, de doelgroep en/of het onderwerp worden scherp omschreven. Voorbeeld: 'we gaan de kwaliteit van zorg verbeteren' is vaag. Specifiek is: 'het doorbraakteam gaat ervoor zorgen dat 50% van alle cliënten in een FACT team na 1 jaar beschikken over een eigen resourcegroep of een vergelijkbare steungroep

Meetbaar - het doel is in maat en getal uit te drukken. Men kan nagaan of het specifieke doel ook omgezet wordt in handelingen die meetbaar zijn. Bijvoorbeeld: je kunt het aantal mensen met een resourcegroep in een jaar registreren.

Appellerend - het doel is ambitieus. Het team is enthousiast en gaat voor een forse maar haalbare verbetering, niet voor een beetje beter. Doelen die te laag gesteld zijn, worden gemakkelijk gehaald, maar dat levert niet veel bevrediging op. Doelen moeten wel realistisch zijn.

Resultaatgericht - de doelstellingen geven concreet aan wat aan het eind van het project bereikt is. Bijvoorbeeld: aan het einde van dit project hebben 50% van de mensen in de doelgroep een resourcegroep.

Tijdgebonden - er is een duidelijke begin- en eindtijd afgesproken. Wanneer begin je met het verrichten van activiteiten om je doel te bereiken en wanneer kun je zeggen dat je het doel bereikt hebt. Voorbeeld: binnen nu en een half jaar hebben alle behandelaren uit het FACT team een scholing in de resourcegroep methodiek (of een vergelijkbare methodiek gevolgd).

3.2 Implementatieonderdelen huidig Doorbraakproject

Specifieke onderdelen van het huidige Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie zijn;

- Meerdaagse trainingsprogramma voor het trainen van minimaal twee ambulante teams waarbij de professionals van deze teams worden geschoold in het implementeren van de resourcegroepen. Eventueel kan ook gekozen worden voor peer supported open dialogue (POD), maar daar dienen dan aparte afspraken over te worden gemaakt. De training in resourcegroepen betreft een tweedaagse training, gevolgd door een periode met maandelijkse supervisie, georganiseerd door de projectleider. Ook worden teams getraind in de kenmerken en het toepassen van een Herstelondersteunende intake (HOI) en principes van Positieve Gezondheid.
- Hulp bij opstellen van een lokaal werk- en meetplan (c.q. implementatieplan), gericht op de bovengenoemde scholing en implementatie van het geleerde, maar ook op het organiseren van netwerkpsychiatrie op meso-niveau (verbetering van de interne samenwerking en de samenwerking met het sociaal domein).
- Implementatiebegeleiding vanuit het expertteam, inclusief:
 - Projectleidersbijeenkomsten (gemiddeld eens per 6 weken)
 - Werkbezoeken op locatie
 - Telefonisch contact en schriftelijke feedback
- Uitwisseling met andere verbeter teams en advisering vanuit kernteam inclusief:
 - landelijke kick-off meeting
 - één of twee tussentijdse landelijke conferenties
 - landelijke slotconferentie
- Uitwisseling via besloten digitale werkomgeving
- Toolkit / projectmap implementatie tools NWP (inclusief formats)
- Nulmeting en vervolgmetingen (m.b.v. kwaliteitsinstrumenten) inclusief consultatie en advies over vervolgtraject.

3.3 Doelgroep

Zowel ggz instellingen, verslavingsinstellingen (samen in het vervolg benoemd als ggz-instellingen) instellingen voor beschermd wonen, als instellingen uit het sociaal domein kunnen deelnemen.

Wanneer een instelling deelneemt aan het doorbraakproject netwerkpsychiatrie, houdt dat in dat er activiteiten plaatsvinden op het niveau van cliënten en hun naasten (microniveau) en op het niveau van afdelingen/instellingen (mesoniveau). Ook willen we het proces monitoren, enerzijds kwalitatief via interviews, en anderzijds kwantitatief door het vastleggen van de implementatie van de lerende netwerken en de resourcegroepen (bijeenkomsten, ervaringen en samenstelling).

Idealiter doet vanuit een regio zowel twee of meer ggz-teams mee als twee of meer teams uit het sociaal domein, maar dit is geen noodzakelijke voorwaarde. Het uitgangspunt is deelname van minimaal 8 en maximaal 15 instellingen i.s.m. een gemeente of netwerkpartner naar keuze binnen het verzorgingsgebied.

3.4 Monitoring en indicatoren

Tijdens het Doorbraakproject monitoren we in hoeverre het teams lukt om de gestelde doelen te behalen. Op basis van deze meetgegevens kunnen zij hun verbeterplan tussentijds aanpassen (in het kader van de PDCA-cyclus). Er wordt gemonitord op 'proces indicatoren' om na te gaan of het lukt om te doen wat er is afgesproken. Daarnaast wordt gemonitord op 'uitkomst indicatoren' om na te gaan of de beoogde doelen bij de cliënt worden bereikt.

Er zal een beschrijving worden gegeven van de uitkomsten op de onderstaande procesmaten en deze procesmaten zullen worden gekoppeld aan de uitkomstmaten, waarbij we onder andere de volgende vragen willen beantwoorden :

1. In welke mate is de implementatie van de Resourcegroepen (RG) geslaagd?
2. In hoeverre is de implementatie van de Herstelondersteunende intake (HOI) geslaagd?
3. In welke mate is de implementatie van Regionale netwerktafels geslaagd?
4. In hoeverre gebruikt men de principes van Positieve gezondheid en Herstelondersteunende zorg als gemeenschappelijke taal en leidraad voor afstemming tussen zorgonderdelen?
5. In welke mate is het gemiddelde maatschappelijke en persoonlijk herstel op client niveau gestegen?

Procesindicatoren

- Aantal deelnemende teams in de ggz en/of het sociaal domein en aantallen hulpverleners die getraind worden in de resourcegroep methodiek
- Kenmerken (leeftijd, geslacht, diagnose, totale duur in ggz-zorg) van cliënten bij wie geprobeerd wordt te starten met de resourcegroep methodiek
- Mate van Implementatie Resource Groepen - gemeten met de Modeltrouwschaal Resource Groepen, vastleggen van aantallen bijeenkomsten en deelnemers (welke naasten en welke professionals)
- Samenwerking, binnen de resourcegroep tussen de Ggz en Sociaal domein - gemeten met de modeltrouwschaal resourcegroepen.
- Inventarisatie van de mate waarin overlegtafels tussen ggz en sociaal domein van de grond komen - gemeten met de Quicksan Samenwerking sociaal domein.
- Interviews met leden van Resourcegroepen en overlegtafels naar positieve, negatieve ervaringen en leerpunten

Uitkomstindicatoren

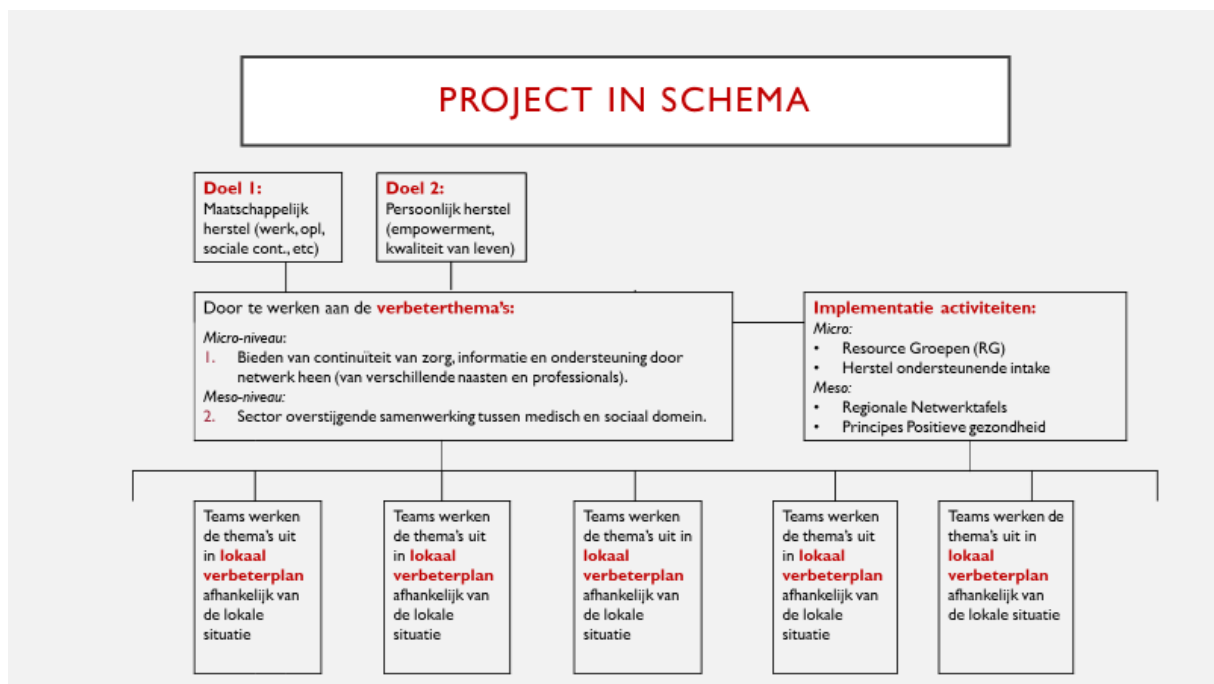
- Percentage en aantal cliënten wat een Herstel ondersteunende intake krijgt.
- Percentage en aantal cliënten en kenmerken (leeftijd, geslacht, diagnose, totale duur in ggz-zorg) van cliënten bij wie een start is gemaakt (informatie gegeven, gepoogd op te starten) met de resourcegroep methodiek

Bij die cliënten waarbij geprobeerd wordt te starten met de resourcegroep-methodiek meten we:

- Empowerment - gemeten met: de NEL (*Nederlandse Empowerment Lijst*)
- Sociaal functioneren - gemeten met: de WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Scale*) of SOFAS (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*)
- Persoonlijk herstel - gemeten met: I.ROC (*Individual Recovery Outcomes Counter*)
- Persoonlijk en maatschappelijk herstel - gemeten met: de Integrale Herstelschaal
- Sociaal kapitaal - gemeten met selectie van vragen uit: Vragenlijst Sociale relaties en Gezondheid (Universiteit van Gent) (NIELS vraagt: hoe groot is deze schaal?)

3.5 Project in schema

Hieronder volgt een schematische weergave van het project.



3.6 Projectorganisatie

De projectorganisatie is als volgt:

Regiegroep

Er is een kleine regiegroep van organisaties welke nauw betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het Handboek Netwerkpsychiatrie, te weten: Erasmus MC (vertegenwoordigd door Niels Mulder), GGz-instelling Reinier van Arkel (vertegenwoordigd door Tom van Mierlo) en Kenniscentrum Phrenos (vertegenwoordigd door Jaap van Weeghel en Jeanne Nitsche). Frits Bovenberg (advies en uitvoering trainingen RG) en Danielle van Duin (namens Kenniscentrum Phrenos) zijn daarbij verantwoordelijk voor de uitvoering van het project. De Regiegroep bespreekt de dagelijkse gang van zaken rondom (de voorbereiding van) het Doorbraakproject.

Expertteam

Eind 2020 wordt een expertteam samengesteld bestaande uit 8 inhoudelijk deskundigen, waaronder 3 leden van de regiegroep: Niels Mulder (VZ), Jaap van Weeghel en Tom van Mierlo, aangevuld met 4 overige co-auteurs van het boek *Handboek Netwerkpsychiatrie*, te weten: Eva Leeman, Hans Kroon, Philippe Delespaul en Bram Berkvens), een ervaringsdeskundige (xxxx) en 3 projectmedewerkers (doorbraakadviseurs: Danielle van Duin, Frits Bovenberg en vacature). De doorbraakadviseurs bewaken het proces, de inhoudelijk deskundigen hebben een inhoudelijk adviserende rol voor de doorbraakteams.

Het expertteam formuleert in overleg met de regiegroep op hoofdlijnen de doelen die behaald moeten worden in het doorbraakproject. De doelen moeten concreet benoemd worden (smart: specifiek, meetbaar, appellerend, resultaatgericht en tijdgebonden).

Projectgroep

De projectgroep voert de dagelijkse uitvoering van het Doorbraakproject uit. Deze bestaat uit de 3 hierboven genoemde projectmedewerkers, waaronder één projectleider, en een projectsecretaresse. De projectgroep is ook verantwoordelijk voor de dagelijkse communicatie met de projectleiders van de doorbraakteams, de subsidieverstrekker en de regiegroep.

3.7 Fasering en tijdpad

Fasering Doorbraakproject

In de voorbereidingsfase (3 maanden) - worden de specifieke verbeterthema's vanuit het boek nader uitgewerkt. Dit gebeurt in samenwerking met een groep deskundigen op het onderwerp, waaronder ook de co-auteurs van het boek. Het resultaat hiervan is een landelijk plan van aanpak, waar alle verbetersteams in het Doorbraakproject mee aan de slag gaan. Hierin leggen de experts de doelstellingen van het Doorbraakproject vast en bespreken zij de best-practices, de te bereiken effecten, indicatoren, de belemmeringen en de succesfactoren voor praktijkverbeteringen. Ook wordt een kernteam geformeerd, bestaande uit inhoudelijk experts en doorbraak experts, dat de deelnemende teams in het Doorbraakproject gaat begeleiden. De voorbereidingsfase eindigt met het werven van multidisciplinaire teams die willen gaan werken aan de in het projectplan geformuleerde doelen.

In de uitvoeringsfase (24 maanden) – wordt gestart met intakegesprekken met potentiële deelnemers gevoerd waarin wordt gekeken naar hun uitgangssituatie en de randvoorwaarden om aan een Doorbraakproject deel te kunnen nemen. Van de deelnemende teams wordt een financiële bijdrage verwacht. Op basis van de gevoerde intakegesprekken maakt het kernteam een selectie van 8-15 teams die mogen deelnemen. In een startbijeenkomst komen vertegenwoordigers van alle teams bij elkaar en krijgen zij onder andere de principes van de Doorbraakmethode, het Nolanmodel en de meettechnieken uit de procescontrole uitgelegd. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de kenmerken en evidence van de best-practices.

Na de startbijeenkomst voeren de teams een nulmeting uit waarmee de huidige situatie ten opzichte van de te realiseren doelen zichtbaar wordt. Op basis hiervan maken de teams een eigen werk- en meetplan, bestaande uit een beschrijving van de knelpunten in de uitgangssituatie, de te bereiken doelen, de indicatoren om de voortgang te bewaken en een overzicht van in te voeren veranderingen, acties en tijdspad. Na de nulmeting worden de teams getraind in de principes en toepassing van de evidence-based methoden en best-practices (o.a. krijgen zij training in het opzetten en werken met resource-groepen).

Tijdens het project vinden drie werkconferenties van een dag plaats, waarbij alle teams samenkomen en ervaringen uitwisselen. Ook komen inhoudelijke onderwerpen aan bod. Tussen de conferenties werken de teams aan verbeteringen volgens het Nolanmodel (Plan-Do-Study-Act cyclus) en meten zij continu hun resultaten. Met telefonische en schriftelijke feedback worden de teams inhoudelijk ondersteund door een kernteam van experts. Alle informatie is terug te vinden op een besloten digitale werkomgeving, daar wisselen teams ook onderling ervaringen en tools uit. De teams leveren periodiek een voortgangsrapportage aan het kernteam. Per doelstelling worden de ondernomen activiteiten vermeld en zo mogelijk aangevuld met voortgangsmetingen. Het kernteam geeft inhoudelijke en methodische feedback op de vorderingen.

In de borgingsfase (3 maanden) - na de laatste werkconferentie ligt de nadruk op het beklijven van behaalde resultaten in de afdeling, instelling of regio. Dit is bepalend voor het succes van Doorbraak op de langere termijn. Het ondersteunende kernteam trekt zich terug en de teams gaan door met het meten van indicatoren. Desgewenst vindt een terugkombijeenkomst plaats. Aan het eind van de looptijd van het project worden de resultaten van alle teams verspreid via landelijke conferenties, tijdschriften, kranten, sociale media etc.

Tijdspad Doorbraakproject (inclusief voorbereiding)

- November 2020: brief versturen naar bestuurders ggz instellingen, reactie januari
- December 2020: plaatsen oproep deelname Doorbraakproject onder andere op website Netwerkpsychiatrie
- December 2020: GOI bestuderen en eventueel aanpassen
- 11 januari 2021: online bijeenkomst expertgroep Doorbraakproject NWP
- Eind januari 2021: informatieve vergadering voor belangstellende bestuurders
- Februari 2021: gesprek over de financiën met bestuurders
- Eind februari 2021: indienen subsidieaanvraag, inclusief adhesiebetuigingen
- Maart 2021: de 8-15 instellingen zijn bekend en komen voor het eerst bij elkaar
- April 2021: *Getting ready to implement*: iedere instelling denkt na over zijn verbeterpunten, formeert een projectteam en werkt aan criteria voor deelname
- 27 Mei 2021: (online?) bijeenkomst met bestuurders/projectleiders voorafgaand aan Congres in Rotterdam
- 28 Mei 2021: de deelnemende instellingen worden bekend gemaakt tijdens het 1^e landelijke Netwerk Psychiatrie Congres in Lantaren Venster in Rotterdam
- Begin Juni 2021: bijeenkomst met projectleiders
- September 2021: Landelijke startconferentie Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie (in Den

- Bosch?)
- Sept-okt 2021: Nulmeting indicatoren rond verbeterdoelen
 - April 2022: Tweede landelijke werkconferentie
 - December 2022: Derde landelijke werkconferentie
 - September 2023: Afsluitende conferentie

3.8 Criteria deelname en aanmelden

Minimaal 8 tot maximaal 15 teams kunnen deelnemen, zowel bestaande multidisciplinaire teams (met samenwerkingspartners) als voor de gelegenheid samengestelde doorbraakteams.

Om als doorbraakteam mee te doen aan het project, moet aan een aantal criteria worden voldaan:

- 1) beschikbaarheid van een projectleider voor 1 dag per week,
- 2) beschikbaarheid van overige doorbraakteamleden twee uur per week,
- 3) commitment om minimaal 2 teams te laten scholen in resourcegroepen-methodiek,
- 4) draagvlak en enthousiasme bij managers en hulpverleners,
- 5) bereidheid om te voldoen aan de financiële bijdrage van 10.000,= euro.

Voor het vragen van meer informatie en/of aanmelden voor het project kan contact worden opgenomen met: xxxx

Referenties

- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). Goede ggz! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open*, 6, e010091. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091.
- Mulder N, van Weeghel J, Delespaul P, Bovenberg F, Berkvens B, Leeman E, Kroon H, van Mierlo T, Kienhorst G. Netwerkpsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid. Boom uitgevers Amsterdam.
- Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen (epa) (penvoerders Couwenberg, C., & Van Weeghel, J.). (2014). Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
- Splunteren P van, Everdingen J van, Janssen S, Minkman M, Rouppe van der Voort M, Schouten, L, Verhoeven M (2003) Doorbreken met resultaten. Verbeteringen van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Tielens, J. (2012). In gesprek met psychose. Verbindende gesprekstechniek: een praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met psychotische mensen. Utrecht: De Tijdstroom.

Nog invoegen:

Ref resultaten onderzoek Resourcegroepen – Eindrapport? Eerste publicatie?

Ref's van meetinstrumenten waar we voor kiezen