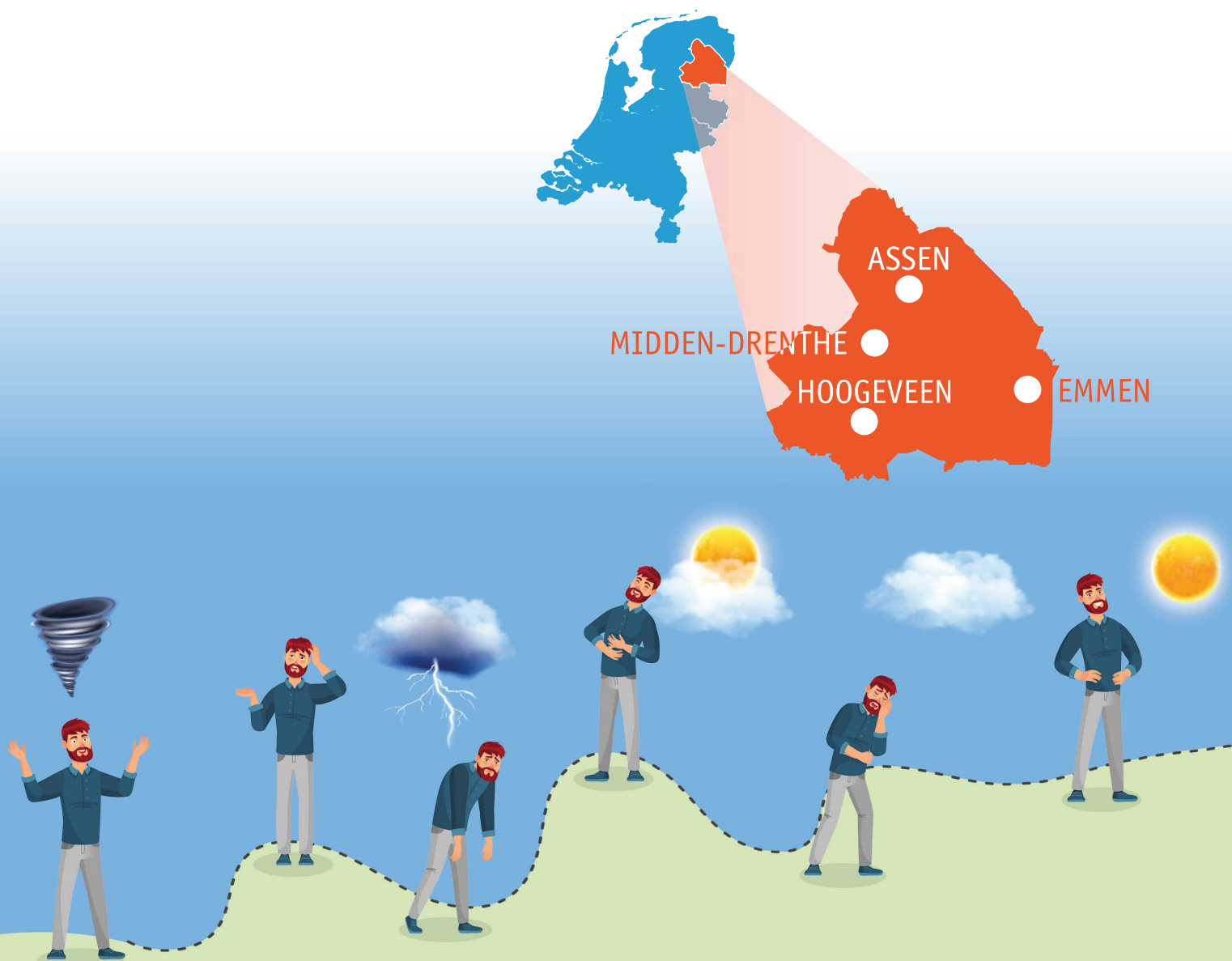


GEWOON DOEN WAT NODIG IS?

EEN MEERVOUDIGE CASUSSTUDIE NAAR DE MEERWAARDE VAN
INTEGRALE OPTIMAAL LEVEN TEAMS VOOR MENSEN MET EEN
ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENING



VOLLEDIG RAPPORT, APRIL 2022

FEMKE NIJDAM, WOUT DIEKMAN EN LAURA DORLAND

Colofon

Volledig rapport

Dit document betreft het volledige rapport.

Een publieksversie van het rapport is terug te vinden op www.ggzdrenthe.nl/optimaallevendrenthe.nl

Auteurs

Femke Nijdam, onderzoeker Optimaal Leven

Wout Diekman, onderzoekscoördinator Optimaal Leven

Laura Dorland, senior onderzoeker Espria

Met medewerking van

Werkgroep Monitoring & Onderzoek Optimaal Leven

Johan Arends

Hans Kroon

Pauline Kruijt-Tijdens

Marcel Niezen

Esther Sportel

Rianne Steenbergen

Ondersteuning data

Jaap van Hettema

Piet Nieuwenhuizen

Jan Rosema

Willy Ottens

Anniek de Vries

Begeleiding effectencalculator sessies

Wout Diekman

Laura Dorland

Pauline Kruijt-Tijdens

Femke Nijdam

Barber Smit

Esther Sportel

Rianne Steenbergen

Theo Toering

Secretariële ondersteuning

Gea Veenstra

Vormgeving

Daat-Drenthe Grafisch Centrum, Assen

Met dank aan

Cliënten, naasten, medewerkers van Optimaal Leven en medewerkers namens andere organisaties die deelnamen aan de effectencalculator sessies en/of verificatiesessie.

Meer weten?

Kijk voor meer informatie op www.optimaallevendrenthe.nl of www.ggzdrenthe.nl/optimaalleven.

Samenvatting

In Drenthe wordt sinds 2018 binnen het programma Optimaal Leven in regionale ambulante teams integrale zorg en ondersteuning geboden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Deze mensen ondervinden naast deze aandoening vaak ook beperkingen op andere levensgebieden zoals wonen, werk en sociale contacten. De onderlinge verwevenheid van deze problemen, die vaak langdurig van aard zijn, hebben dikwijls sterk negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven. Het structureel verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met EPA vraagt daarom om een integrale multidomein aanpak. De multidisciplinaire en organisatieoverstijgende samenstelling (Cosis, VNN, GGZ Drenthe en welzijn) van de Optimaal Leven teams beoogt zorg en ondersteuning te verlenen in onderlinge samenhang en met een focus op symptomatisch, persoonlijk én maatschappelijk herstel, om zo de kwaliteit van leven van mensen met EPA te verbeteren.

In proeftuinen hebben drie (later vier) Optimaal Leven teams de ruimte gekregen om vanaf de werkvloer, bottom-up, integrale zorg en ondersteuning vorm te geven. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in wat de Optimaal Leven aanpak inhoudt en wat de impact daarvan is op de ervaren kwaliteit van leven van cliënten. De onderzoeksvraag luidt daarom: wat kenmerkt de Optimaal Leven aanpak en wat is de meerwaarde daarvan voor cliënten? De vraag is onderzocht met een meervoudige casusstudie. Met behulp van het instrument de Effectencalculator zijn de gebeurtenissen gedurende de ondersteuningstrajecten van elf casussen samen met de ervaringen van cliënten, naasten en professionals binnen en buiten Optimaal Leven opgehaald.

Bij de meeste onderzochte casussen was er sprake van herstel op één of meerdere dimensies en als gevolg daarvan een verbeterde kwaliteit van leven. Belangrijke verbeteringen waren: vermindering van psychische en verslavingsproblematiek, stabiliteit in de situatie, meer eigen regie en een betere daginvulling.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de Optimaal Leven aanpak gekenmerkt wordt door een specifieke mix van een attitude en ondersteuningsactiviteiten. De attitude is persoonsgericht en gericht op: luisteren, het opbouwen van een vertrouwensband, commitment, betrouwbaarheid, gelijkwaardigheid en meedenken, niet overnemen. De ondersteuningsactiviteiten, die samenhangen met de attitude van het team, zijn gericht op:

1. Verbeterde integratie en afstemming van zorg en ondersteuning binnen Optimaal Leven en met lokale samenwerkingspartners zoals de thuiszorg en huisarts.
2. Herstel in brede zin, waardoor het zo goed mogelijk functioneren centraal staat in plaats van ziekte.
3. Een ruime taakopvatting, zo nodig in combinatie met een creatieve benadering: doen wat nodig is.
4. Soepel en laagdrempelige afstelling van aard en intensiteit van de zorg op de behoefte van de cliënt.

De meerwaarde van de kenmerken van de Optimaal Leven aanpak voor cliënten is:

1. Cliënt voelt zich serieus genomen, de ondersteuning sluit aan op wat er voor de cliënt toe doet en hij/zij behoudt de regie in hoe de ondersteuning eruitziet (*persoonsgerichte attitude*).
2. Er ontstaat een basis om samen te werken aan herstel. Een basis die ook vertrouwen geeft, wat een belangrijke eerste stap is, zeker bij cliënten die bij aanvang een laag vertrouwen hebben in zichzelf en hulpverleners (*persoonsgerichte attitude*).
3. Cliënten worden ondersteund op verschillende levensgebieden (*verbeterde zorgintegratie*).
4. De inzet op (praktische) ondersteuning bij onder andere wonen, werk en sociale contacten draagt bij aan het maatschappelijke herstel. De inzet van begeleiding naast behandeling is van wezenlijk belang voor cliënten. Voor veel cliënten met een lange zorghistorie in de ggz geldt dat binnen Optimaal Leven de begeleiding 'er bij' komt en zij ervaren dit duidelijk als een toegevoegde waarde (*verbeterde zorgintegratie*).
5. Het helpt cliënten dat zij voor ondersteuning op verschillende levensdomeinen laagdrempelig terecht kunnen bij één organisatie en hierdoor soms ook minder zelfstigma ervaren (*verbeterde zorgintegratie*).
6. Voor cliënten komt het zo goed mogelijk functioneren veel meer centraal te staan; in plaats van ziekte en de negatieve aspecten die daarmee samenhangen. Stappen zetten in maatschappelijk en persoonlijk herstel wordt daardoor beter ondersteund (*herstel in brede zin*).
7. Een goede timing van de zorg voorkomt stress en onzekerheid of verstoringen in continuïteit van zorg. Cliënten vallen minder snel tussen wal en schip (*ruime taakopvatting*).
8. Cliënt weet dat het team er voor hem/haar is en inspeelt op verschillende zorgbehoeften; dit verstevigt het vertrouwen in de hulpverlening (*ruime taakopvatting*).
9. De cliënt heeft minder last van schotten en regelgeving tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning (*soepele afstelling aard en intensiteit zorg*).
10. Cliënten kunnen laagdrempelig oefenen met lichtere zorg, de ondersteuning blijft uit hetzelfde team komen en een hulpverlener kan zo weer betrokken worden als dat nodig is (*soepele afstelling aard en intensiteit zorg*).

Uit het onderzoek komt ook een aantal verbeterpunten naar voren. Voor een deel hebben deze betrekking op het beter benutten van de kracht van de disciplinemix binnen Optimaal Leven. Specifiek gaat het dan om het beter inbedden en betrekken van welzijn en verslavingszorg, en het op niveau brengen van de behandelcapaciteit (inzet psychiaters en GZ-psychologen). Een ander verbeterpunt is het meer structureel betrekken van naasten en het versterken van de herstelkracht van het systeem van de cliënt. Tot slot lijkt de casuïstiek erop te wijzen dat het cliënten mogelijk ten goede was gekomen wanneer OL eerder was ingezet, waardoor een piek in zorg met psychiatrische opnamen bij de start van het ondersteuningstraject voorkomen had kunnen worden. Een overweging dus om Optimaal Leven juist ook in het begin van de zorgketen in te zetten.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat een Optimaal Leven aanpak tot stand is gekomen die bijdraagt aan meer passende zorg en op die manier ten goede komt aan het herstel en uiteindelijk de kwaliteit van leven van mensen met EPA zonder dat de zorgkosten daarbij toenemen. De in dit onderzoek geïdentificeerde kenmerken van de Optimaal Leven aanpak zijn op zichzelf niet vernieuwend: ze lijken logisch en weinig verrassend. In samenhang lijken ze elkaar juist ook te versterken. Deze vorm van integraliteit (samenwerken in één team vanuit behandeling, begeleiding en welzijn) stimuleert hulpverleners tot een ruime taakopvatting en het helpt bij het verankeren van de gerichtheid van hulpverleners op het brede herstel en eigen regie van de cliënt.

Maar het gaat niet vanzelf. Welwillende hulpverleners en projectleiders die als *boundary spanners*, op de grenzen van domeinen, het beste proberen te doen voor cliënten door onbetaalde zorg te verlenen, extra uren te steken in het overleggen, het maken van afspraken en het documenteren van geleverde zorg hebben hierin een belangrijke rol. Door de manier waarop het zorgstelsel in Nederland georganiseerd is, hebben domeinoverstijgende initiatieven als Optimaal Leven te maken met problemen die daaruit voortvloeien; het gaat dan om het eigenaarschapsprobleem en dat het investeren in passende zorg niet loont (*wrong pocket probleem*). Deze problemen bemoeilijken een optimale domeinoverstijgende samenwerking en daardoor het vorm kunnen geven van een optimaal passend zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen met EPA. Het is daarom belangrijk om te kijken hoe deze problemen opgelost kunnen worden. Dit onderzoek laat zien dat het de moeite waard is: domeinoverstijgende zorg maakt het mogelijk dat professionals 'gewoon doen wat nodig is', voor meer en sneller herstel en uiteindelijk voor de kwaliteit van leven voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De Optimaal Leven aanpak komt ten goede aan het herstel en uiteindelijk de kwaliteit van leven van mensen met EPA.

Voorwoord

Sinds 2018 wordt binnen het programma Optimaal Leven in regionale ambulante teams integrale zorg en ondersteuning geboden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Na een periode van experimenteren en leren hebben de eerste drie teams hun draai gevonden en recent is een vierde team gestart. De geluiden zijn positief: medewerkers zijn enthousiast over de werkwijze en cliënten veelal tevreden over wat het hen oplevert. Ook de tussentijdse onderzoeksevaluatie liet overwegend positieve resultaten zien.

Het bleef echter lastig om aan buitenstaanders uit te leggen wat Optimaal Leven nu precies doet. Er zijn weliswaar pijlers voor de aanpak gedefinieerd: integraal, herstelondersteunend en gebiedsgericht, maar tot nog toe is onderbelicht hoe de Optimaal Leven aanpak er in de praktijk concreet uitziet. Welke aanpak hebben de teams in de praktijk ontwikkeld? En wat is de meerwaarde daarvan voor de cliënten van Optimaal Leven?

In het huidige onderzoek hebben we ons daarom gefocust op het inzichtelijk maken van de aanpak van Optimaal Leven. We hebben ons verdiept in de ondersteuningstrajecten van elf cliënten aan de hand van een meervoudige casusstudie. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van de Effectencalculator, een onderzoeks- en evaluatie-instrument. Samen met cliënten, naasten, medewerkers van Optimaal Leven en andere betrokken professionals zijn we om tafel gaan zitten om de tijdlijn van de casus scherp te krijgen: wat gebeurde wanneer? Wat betekende dat voor de verschillende betrokkenen? Wat waren cruciale momenten? Wat was er gebeurd als Optimaal Leven er niet was geweest? De sessies waren intensief maar ook boeiend en informatief. Dat kregen we ook terug van de aanwezigen. De informatie uit de casussen hebben we gebruikt om inzicht te krijgen in kenmerken van de aanpak van Optimaal Leven en de meerwaarde daarvan voor cliënten.

We willen iedereen die heeft meegeholpen aan dit onderzoek van harte bedanken voor hun inzet. Onze mede 'calculateurs' voor het begeleiden van de bijeenkomsten en vervolgens uitwerken van de casussen. Anniek, Piet, Jaap, Jan en Willy voor het aanleveren van en meepuzzelen in de kosten- en ondersteuningsgegevens. De werkgroep voor het meelesen en in het bijzonder Pauline en Rianne voor hun hulp bij het analyseren van de data. En Gea voor de puntjes op de i in dit rapport. Maar vooral de cliënten, naasten, de Optimaal Leven teams en andere betrokkenen binnen de onderzochte ondersteuningstrajecten, dank jullie wel voor het openhartig delen van jullie verhalen!

Wout Diekman, Laura Dorland en Femke Nijdam
April 2022

Medewerkers zijn enthousiast over de werkwijze en cliënten veelal tevreden over wat het hen oplevert.

Inhoud

Colofon	2
Samenvatting	3
Voorwoord	6
Inhoud	7
1. Inleiding	9
De EPA-doelgroep	9
Zorg en ondersteuning bij mensen met EPA	9
Optimaal Leven	10
Doel en vraagstelling van het onderzoek	10
Leeswijzer	11
2. Over Optimaal Leven	12
Opzet programma Optimaal Leven	12
Samenstelling van de Optimaal Leven teams	12
Ontwikkeling werkwijze Optimaal Leven teams	13
3. Resultaten	15
3.1 Casusbeschrijvingen	15
Casussen	15
Individuele (ondersteunings)trajecten	16
Sleutelmomenten in de (ondersteunings)trajecten	21
Beloop en impact van het (ondersteunings)traject	23
3.2 Ondersteuning door Optimaal Leven	25
Betrokkenen binnen ondersteuning	25
Ondersteuningsvormen	26
Wijze van uitvoering ondersteuning	29
Kosten van de ondersteuning	31
Samenvatting	33
3.3 De (meer)waarde van de Optimaal Leven aanpak	34
4. Conclusie, discussie en aanbevelingen	38
Impact van de ondersteuningstrajecten binnen Optimaal Leven	38
De Optimaal Leven aanpak en de meerwaarde daarvan voor cliënten	38
Discussie	40
Sterke punten en beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	41
Implicaties van het onderzoek	42

5. Onderzoeksaanpak	43
Effectencalculator	43
Casusselectie	43
Kenmerken casussen	43
Procedure	44
Deelnemers aan de gesprekken	45
Opzet van de gesprekken	45
Analyse	46
Reflectie op de onderzoeksmethode	46
Literatuur	48
Bijlage I	50
Bijlage II	51

1. Inleiding

De EPA-doelgroep

Ongeveer 210.000 mensen in Nederland hebben een ernstige psychische aandoening (EPA)¹. Deze aandoening gaat vaak samen met ernstige beperkingen op andere levensgebieden zoals het onderhouden van contacten en relaties, het vinden en behouden van werk, lichamelijke problemen en financiële problemen. De onderlinge verwevenheid van deze problemen, die vaak langdurig van aard zijn, hebben dikwijls sterk negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven. Dit zijn de kenmerken die samen komen bij mensen die worden gerekend tot de EPA doelgroep².

Zorg en ondersteuning bij mensen met EPA

Het structureel verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met EPA vraagt om een integrale multidomeinaanpak die in het huidige zorglandschap vaak ontbreekt. Cliënten die in zorg komen bij de gespecialiseerde ggz hebben bijvoorbeeld vaak meer dan zes DSM-5-diagnoses³. Inzet op een specifiek zorgprogramma passend bij één van de diagnoses betekent in de praktijk dat een deelprobleem mogelijk verbetert, maar andere problemen niet. Bovendien kunnen de comorbide problemen verbetering op het deelprobleem vertragen of zelfs verhinderen.

Integrale zorg betekent zorg verlenen in onderlinge samenhang. Het gaat dan om de inzet van parallelle, elkaar aanvullende deskundigheden in cocreatie, zodat er een parallel lopend zorg- en ondersteuningsaanbod ontstaat⁴. Hiermee kunnen de verschillende problemen van een cliënt in samenhang worden opgepakt. Voor een integrale aanpak is de inzet van meerdere disciplines van belang, zowel vanuit het zorgdomein als het sociaal domein. Dit vraagt dat er samengewerkt wordt tussen deze domeinen waarbij enerzijds wordt afgestemd op generieke, landelijk gestelde doelen en er anderzijds ruimte is voor een lokale invulling van die samenwerking⁵. Ook vraagt dit dat er flexibel omgegaan wordt met de schotten in financiering van de zorg en ondersteuning⁶.

Daarnaast vraagt de behandeling en ondersteuning bij complexe problematiek om een andere focus. Doel van de zorg en ondersteuning aan mensen met EPA is het verbeteren van de kwaliteit van leven. Om dit te bereiken wordt ingezet op herstel: een uniek persoonlijk proces waarin iemand met een psychische aandoening probeert de draad weer op te pakken, de regie te hervinden en het leven opnieuw inhoud en richting te geven⁷. Ondanks dat elk herstelproces uniek is, zijn daarbinnen fasen te onderscheiden, namelijk: 1) overweldigd worden door de aandoening; 2) worstelen met de aandoening; 3) leven met de aandoening; 4) leven voorbij de aandoening⁸. Herstelprocessen zijn niet lineair; soms is er vooruitgang, een terugval of stilstand. Binnen het concept herstel kunnen verder verschillende,

¹ Vektis (2022)

² Kenniscentrum Phrenos (2014)

³ Mulder, Weeghel, Delespaul et al. (2020)

⁴ Mulder, Weeghel, Delespaul et al. (2020)

⁵ Westen, Van Vugt, Bähler et al. (2020)

⁶ Kenniscentrum Phrenos (2014)

⁷ Anthony (1993)

⁸ Gagne (2004)

elkaar onderling beïnvloedende, dimensies worden onderscheiden: symptomatisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel⁹. Onderzoek laat zien dat in de behandeling van mensen met EPA de ondersteuning en het herstel op die laatste twee domeinen achterblijft¹⁰. Het maximaliseren van de kansen op symptoomreductie, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel moet het doel zijn van de zorg en ondersteuning. Positieve gezondheid is daarbij een belangrijk uitgangspunt, aangezien de dimensies van positieve gezondheid gekoppeld kunnen worden aan de dimensies van herstel¹¹. Voorgaande betekent dat het van belang is dat de zorg aan mensen met EPA herstelondersteunend is, dat het de eigen kracht en eigen regie versterkt, zodat mensen zelf hun leven zinvol kunnen inrichten en kunnen deelnemen aan de maatschappij.

Optimaal Leven

Optimaal Leven probeert een integrale multidomeinaanpak met een focus op herstel in Drenthe vorm te geven. Optimaal Leven is ontstaan vanuit de regionale taskforces die Zilveren Kruis samen met gemeenten, professionals en cliënten heeft opgericht om tot regionale aanpakken voor burgerschap en herstel voor mensen met EPA te komen¹². In Drenthe heeft dit geleid tot drie (later vier) proeftuinen met als doel om de kwaliteit van leven van mensen met EPA te verbeteren tegen maximaal gelijkblijvende kosten. In elke proeftuin is een ambulant integraal team opgezet waarin professionals van verschillende organisaties met expertise op het gebied van behandeling en begeleiding van mensen met EPA samenwerken. Vanuit één gezamenlijk plan werken zij aan het herstel van de cliënt waarbij de cliënt zoveel mogelijk in de regie is; herstelondersteunend met positieve gezondheid als uitgangspunt. De Optimaal Leven werkwijze is ontstaan door de teams de ruimte te geven om vanaf de werkvloer (bottom-up) te onderzoeken hoe de integrale zorg en ondersteuning het beste vorm kan worden gegeven. De proeftuinen worden gevolgd met onderzoek en evaluaties om meer te leren over hoe deze aanpak er in de praktijk uit kan zien, wat daar voor nodig is en wat dat oplevert. Naast inzicht in de ontwikkeling in de aanpak van de teams is er ook gekeken naar de ervaringen van cliënten en medewerkers¹³. Deze ervaringen zijn overwegend positief. Medewerkers geven aan dat zij als gevolg van de integrale aanpak beter in kunnen spelen op de behoeften van cliënten en dat op- en afschalen laagdrempeliger en soepeler lukt. Als belangrijkste uitkomst voor cliënten kwam naar voren dat zij het gevoel hebben als mens gezien te worden en dat zij voor hulp op meerdere levensgebieden bij één loket terecht kunnen.

Doel en vraagstelling van het onderzoek

De onderzoeksresultaten tot nu toe hebben zich vooral gefocust op ervaringen. Minder duidelijk is wat de Optimaal Leven aanpak onderscheidt van reguliere zorg en wat deze aanpak oplevert. Het doel van dit onderzoek is daarom om inzicht te krijgen in wat de Optimaal Leven aanpak inhoudt en wat de impact daarvan is op de ervaren kwaliteit van leven van cliënten. De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is: *Wat kenmerkt de Optimaal Leven aanpak en wat is de meerwaarde daarvan voor cliënten?*

⁹ Dröes & Plooy (2010)

¹⁰ Swildens (2021)

¹¹ Mulder, Weeghel, Delespaul et al. (2020)

¹² Kenniscentrum Phrenos (2019)

¹³ Zowel de praktijkevaluatie als de tussentijdse onderzoeksevaluatie is terug te vinden op www.optimaallevendrenthe.nl

De vraag is onderzocht met behulp van een meervoudige casusstudie. Hierin zijn de gebeurtenissen gedurende de ondersteuningstrajecten van elf casussen samen met de ervaringen van cliënten en professionals binnen en buiten Optimaal Leven opgehaald. Hierbij werd gebruik gemaakt van het instrument Effectencalculator¹⁴. Dit is een instrument dat is ontwikkeld om werkwijzen waarin maatwerk centraal staat te evalueren. De uitkomsten kunnen benut worden in de verdere ontwikkeling van Optimaal Leven. Daarnaast draagt het onderzoek bij aan de ondersteuning van vergelijkbare initiatieven bij het opstarten, inrichten en implementeren van regionale samenwerkingen gericht op het verbeteren en toegankelijker maken van verschillende vormen van integrale zorg.

Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit 5 hoofdstukken. Na dit inleidende hoofdstuk wordt in Hoofdstuk 2 achtergrondinformatie over het programma Optimaal Leven weergegeven. In Hoofdstuk 3 komen de resultaten van het onderzoek aan bod. Als eerste wordt het beloop en de uitkomsten van de individuele casussen weergegeven (§3.1). Vervolgens wordt ingegaan op de aard en kosten van de ondersteuning (§3.2). Daarna wordt verder ingegaan op de (meer)waarde van de Optimaal Leven aanpak (§3.3). In Hoofdstuk 4 komen de conclusie, discussie en aanbevelingen aan de orde. Het rapport wordt afgesloten met de beschrijving van de onderzoeksanpak en het instrument Effectencalculator in Hoofdstuk 5.

Doel is om inzicht te krijgen in wat de Optimaal Leven aanpak inhoudt en wat de impact daarvan is op de ervaren kwaliteit van leven van cliënten.

¹⁴ Kwakernaak, Deuten, Biene, van, et al. (2016)

2. Over Optimaal Leven

Opzet programma Optimaal Leven

Om de zorg en ondersteuning aan mensen met EPA een stimulans te geven is het programma Optimaal Leven in Drenthe gestart. Deze regionale samenwerking bestaat uit een combinatie van zorgaanbieders (Cosis, GGZ Drenthe en VNN) en zorginkopers (verzekeraars en gemeenten). Binnen het regionale programma zijn ambulante integrale teams opgezet in Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden. Recent is ook in Midden Drenthe een Optimaal Leven team gestart¹⁵. De teams hebben als doel om de kwaliteit van leven van mensen met EPA te verbeteren tegen lagere of gelijkblijvende kosten.

Samenstelling van de Optimaal Leven teams

Alle Optimaal Leven teams zijn (deels) nieuw gevormde teams, bestaande uit medewerkers van:

- Cosis, expert op het gebied van woon- en ambulante begeleiding van mensen met EPA;
- GGZ Drenthe, expert op het gebied van behandeling en hoog-complexe begeleiding bij mensen met EPA;
- Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), expert op het gebied van specialistische zorg bij mensen met EPA bij wie sprake is van verslaving.

In de teams in Emmen en Hoogeveen/De Wolden is er daarnaast een welzijnsmedewerker (van Sedna c.q. SWW). De welzijnsmedewerker draagt bij aan de vermaatschappelijking van de zorg door een brug te slaan met lokale, gemeenschappelijke initiatieven. Uitgangspunt is dat zogenaamde 'basispartners' van Optimaal Leven integrale zorg en ondersteuning bieden vanuit één team, in optimale aansluiting met lokale samenwerkingspartners, zoals de huisarts en de wijkagent.

Naast een projectleider en het zorg secretariaat bestaat een Optimaal Leven team uit dertien disciplines, zie Tabel 1. Daarnaast kan structureel een beroep worden gedaan op de inzet van een psychomotore therapeut en psychodiagnostisch medewerker vanuit GGZ Drenthe.

Disciplines	GGZ Drenthe	Cosis	VNN	Welzijn
Psychiater	x			
GZ-psycholoog	x			
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er)	x			
Verpleegkundige	x		x	
GGZ-agoog	x	x	x	
Systeemtherapeut	x			
Buurtwerker				x
Verpleegkundig specialist	x			
Persoonlijk begeleider		x		
Ervaringsdeskundigen	x	x	x	
Trajectbegeleider IPS (Individuele Plaatsing en Steun)	x			

Tabel 1: Overzicht disciplines en moederorganisaties binnen de OL teams

¹⁵ Voor een uitgebreide beschrijving van de ontstaansgeschiedenis van Optimaal Leven, zie: Uitgebreide onderzoeksevaluatie Optimaal Leven (2021)

Om als één team te kunnen werken, wordt samengewerkt in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) van GGZ Drenthe. Dit is niet ideaal, omdat een deel van het team formeel in dienst is bij de eigen moederorganisatie. Dit betekent in de praktijk dat medewerkers te maken hebben met dubbele administratie- en communicatiestromen.

In de samenstelling van de teams is er veel overlap met een FACT team waarin eveneens veel van deze disciplines samenwerken. Het verschil in samenstelling met een regulier FACT team is de aanvulling van een persoonlijk begeleider en een welzijnsmedewerker. Bovendien wordt de functie van verpleegkundige zowel vanuit de ggz als de verslavingszorg ingevuld, en de functie van GGZ agoog en ervaringsdeskundige vanuit de ggz, verslavingszorg en de woon- en ambulante begeleiding.

De precieze samenstelling en omvang van de teams verschilt per regio. Dit is deels een gevolg van verschillen in caseload per team. Zo varieert de omvang en populatie van het verzorgingsgebied, in Assen en Emmen bestrijkt dit vier respectievelijk twee wijken, terwijl het in Hogeveen/De Wolden en Midden-Drenthe om meerdere gemeenten gaat. Ook kennen de teams verschillende startposities (gestart met een volledig team en/of caseload versus opbouwen gedurende de tijd). Verder is er per team een aantal verschillen in de formatie. Dit heeft deels te maken met de omvang van de caseload, deels met de start en ontwikkeling en deels met de krappe arbeidsmarkt.

Tot nu toe zijn niet alle disciplines in alle teams continu voldoende beschikbaar geweest. Enerzijds gaat het hierbij om de beperkte beschikbaarheid van de psychiater en GZ-psycholoog gedurende een bepaalde periode. Anderzijds gaat het over de wijze waarop sommige functies, zoals de VNN-medewerker en welzijnswerker, zijn ingebed in het team. Door wisselende personen was er bij deze disciplines geen constante bezetting over langere tijd in de teams in Assen en Hogeveen/De Wolden. De structurele inzet van deze rollen lijkt daardoor minder goed ontwikkeld.

Ontwikkeling werkwijze Optimaal Leven teams

De teams krijgen ruimte om zelf te onderzoeken hoe de integrale zorg en ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen inhoudelijk en procesmatig het beste vorm gegeven kan worden. Dat betekent dat er geen gebruik wordt gemaakt van een bestaande methodiek die alleen maar geïmplementeerd hoeft te worden, maar dat de praktijk leidend is voor de te ontwikkelen werkwijze. Elk team wordt vanaf de start aangestuurd door een regionale projectleider die het proces van elkaar leren kennen, onderzoeken en leren faciliteert. Daarnaast hebben de medewerkers 'ontwikkeltijd' tot hun beschikking en nemen zij deel aan lokale actielessessies (binnen het team) en teamoverstijgende actielessessies waarin de teams van elkaar leren. De eerste drie teams hebben op deze manier gezamenlijk een manier van werken ontwikkeld, waarbinnen ruimte was voor een regionale inkleuring. Tijdelijke subsidies, gedurende de proeftuinperiode, hebben deze ontwikkeling mede gefaciliteerd.

¹⁶ Zie uitgebreide onderzoeksevaluatie Optimaal Leven (2021)

Onderzoek laat zien dat er in de Optimaal Leven werkwijze drie pijlers te onderscheiden zijn¹⁶:

1. Integraal

Vanuit één team behandeling (zo nodig gelijktijdige inzet op verslaving en psychiatrie) én begeleiding én welzijn. Daarbij geldt één cliënt = één plan. Zo hoeven er geen keuzes gemaakt te worden over welk probleem als eerste wordt opgepakt. Binnen Optimaal Leven worden behandeling en begeleiding tegelijkertijd (parallel aan elkaar) ingezet. Professionals werken multidisciplinair samen met elkaar en stemmen processen, werkwijze en expertise nauw op elkaar af. Het integrale team met een breder aanbod van behandeling en begeleiding maakt het ook mogelijk dat de aard en intensiteit van de geboden zorg en ondersteuning binnen het team laagdrempelig aangepast kan worden op de behoeften van de cliënt, dit wordt vaak op- en afschalen genoemd.

2. Herstelondersteunend

Zorg op maat gericht op zowel persoonlijk, maatschappelijk als klinisch herstel. Dit betekent dat zorg op meerdere levensdomeinen wordt gegeven. Eigen regie staat hierbij centraal. Net als laagdrempelig contact met hulpverleners, inzet van ervaringsdeskundigen en het betrekken van naasten bij de zorg en ondersteuning. Er wordt gebruik gemaakt van herstelgerichte instrumenten als de I.ROC¹⁷ (Individual Recovery Outcome Counter) en Mijn herstelplan.

3. Gebiedsgericht

Het Optimaal Leven team heeft een locatie in de wijk, dichtbij hun cliënten. Drie van de vier teams zijn ook gevestigd in een wijkcentrum samen met andere partners uit de wijk. Ook is er sprake van nauwe samenwerking met lokale samenwerkingspartners (zoals thuiszorg, huisarts, WMO loket gemeente).

Binnen Optimaal Leven worden behandeling en begeleiding tegelijkertijd ingezet.

¹⁷ Voor meer informatie over de I.ROC zie: Ion, Monger, Hardie et al. (2013)

3. Resultaten

3.1 Casusbeschrijvingen

Voor dit onderzoek zijn in totaal elf casussen in kaart gebracht, evenredig verdeeld over drie Optimaal Leven teams (Assen, Emmen, Hoogeveen/De Wolden). Het betreft casussen waarbij OL-hulpverleners van meer dan één moederorganisatie betrokken zijn (geweest), die illustratief zijn voor de Optimaal Leven aanpak (maar niet per se representatief voor de OL-populatie als geheel) en met een ondersteuningstraject met een minimale looptijd van zes maanden. Daarnaast is geprobeerd een zo goed mogelijke spreiding aan te brengen in casuskenmerken als sekse, leeftijdsgroep en duur in zorg voor OL. Een uitgebreide beschrijving van de werkwijze en casuselectie kan terug gevonden worden in Hoofdstuk 5.

In deze paragraaf bekijken we hoe de individuele (ondersteunings)trajecten van elf Optimaal Leven-cliënten verlopen en wat de impact daarvan is op de kwaliteit van hun leven. Eerst worden de elf casussen en de individuele (ondersteunings)trajecten beschreven. Vervolgens wordt stil gestaan bij sleutelmomenten binnen deze trajecten en de rol van OL daarin. Tot slot wordt het beloop en de impact van gebeurtenissen en ervaringen die zich gedurende het traject hebben voorgedaan beschreven.

Casussen

Als de Optimaal Leven teams in oktober 2018 in Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden starten komen bestaande (soms gecombineerde) cliënten van GGZ Drenthe, VNN en Cosis die wonen binnen het verzorgingsgebied van één van deze OL teams, 'automatisch' in zorg bij OL. Daarnaast kunnen nieuwe cliënten vanaf dat moment ook bij OL terecht. Voor acht van de elf betrokken casussen in dit onderzoek geldt dat zij bij de start van OL 'automatisch' overgingen naar OL. Twee casussen werden op een later moment vanuit welzijn of Cosis aangemeld bij OL vanwege toenemende problematiek en één casus komt in contact (en uiteindelijk in zorg bij OL) door een crisisbeoordeling van de verpleegkundig specialist van OL.

De casuselectie bestaat uit drie mannen en acht vrouwen en de leeftijdsgroepen variëren tussen 18-25 jaar en 56-66 jaar. Voor alle casussen geldt dat zij een zorghistorie hadden voordat zij in zorg kwamen bij OL, variërend van 0-5 jaar tot meer dan 10 jaar. Er is sprake van vraagstukken op uiteenlopende gebieden als financiën (3 casussen) en middelengebruik (4 casussen). De meest voorkomende vraagstukken spelen rond (een combinatie van) geestelijke gezondheid (11 casussen), activiteiten in het dagelijks leven (9 casussen) en lichamelijke gezondheid (8 casussen). Bij alle casussen zijn OL-medewerkers betrokken (geweest) van twee of meer moederorganisaties, de meest voorkomende combinatie (8 casussen) is GGZ Drenthe en Cosis.

Alle casussen werden op het beginpunt van het in kaart gebrachte ondersteuningstraject door OL-medewerkers op basis van een eigen inschatting geclassificeerd als een casus met gemiddelde ernst (2x= score van 5 op ernstschaal van 1-10), bovengemiddelde ernst (4x = score van 6 of 7) of zeer ernstige problematiek (5x = score van 8 of 9).

Individuele (ondersteunings)trajecten

Hieronder worden de (ondersteunings)trajecten van de elf casussen beschreven.

Dat is precies ik

Meneer is getrouwd en woont samen. Hij wordt aangemeld bij Optimaal Leven door een welzijnsorganisatie omdat de zwaarte van de problematiek toeneemt. Er speelt van alles: depressieve gedachten, suïcidaliteit, lichamelijke problemen en zelfverwaarlozing. Ook is hij achterdochtig richting de GGZ. Daarom wordt eerst ingezet op het opbouwen van het contact. Met ondersteuning van de casemanager kan een opname uiteindelijk voorkomen worden en het vertrouwen in de hulpverleners neemt toe. Na verloop van tijd komt er een WMO-indicatie en wordt de ondersteuning uitgebreid met een persoonlijk begeleider vanuit OL. Hij is erg blij met deze aanvulling omdat het heel goed klikt. Er vindt ook hernieuwde diagnostiek plaats. Een eerder gestelde diagnose (van vóór OL) wordt vervangen door een nieuwe: autisme. Dit is een belangrijk moment, alles valt op zijn plek en het geeft hem veel inzicht in zichzelf. Een heftige tijd volgt als zijn partner wil scheiden. De scheiding brengt naast verdriet veel onzekerheid en nieuwe uitdagingen met zich mee. Door zelfverwaarlozing is een opname in een algemeen ziekenhuis onvermijdelijk. Na verloop van tijd gaat het langzaam aan weer beter met hem: hij heeft steeds meer eigen regie en vraagt hulp als nodig. Ook is gestart met een zoektocht naar werk, een al langer gekoesterde wens. De toekomst ziet hij met vertrouwen tegemoet, hij is op de goede weg naar een punt dat hij voor ogen heeft.

Gegroeid als mens en als moeder

Mevrouw is gescheiden en woont op zichzelf. Ze heeft een alcoholverslaving en een problematische relatie met haar ex-partner. Het contact met haar opgroeiende kinderen is haar ontzegd vanwege alcoholproblematiek in remissie. Voordat ze bij Optimaal Leven instroomt, krijgt ze ondersteuning van Cosis en VNN. Ook een jeugdhulporganisatie is betrokken. Bij de start van OL heeft ze te maken met een paar terugvallen, gevolgd door opnames. Een aantal maanden gaat het beter, dan volgt weer een terugval. Met hulp van OL wordt er dit keer thuisdetox gedaan. Ze vindt het prettig dat dit mogelijk is, omdat ze daardoor niet uit haar eigen omgeving hoeft en in contact kan blijven met haar naasten. Kort daarna blijkt dat de financiering onder de inzet van de jeugdhulporganisatie voor het begeleide contact met haar kinderen wegvalt. De jeugdhulporganisatie trekt zich terug. Dit zorgt voor grote angst over of en hoe het contact met haar kinderen verder gaat. Het is een grote opluchting als een medewerker vanuit OL deze rol op zich gaat nemen en de ex-partner hier akkoord mee gaat: ze kan haar kinderen blijven zien. Ook oriënteert ze zich onder begeleiding van OL op dagbesteding. Vrij snel worden er passende dagbestedingsplekken gevonden. Ze is blij met de sociale contacten, het ritme en afleiding die het biedt. Kortstondig vindt ze ook een nieuwe partner, maar er volgt een heftige zomer naar aanleiding van de (situatie rondom de) relatiebreuk. Ze is bang voor een terugval, maar dit gebeurt niet. Ze ziet het als het resultaat van de ontwikkeling die ze toch door heeft gemaakt in de afgelopen tijd. Haar situatie wordt steeds stabiel, daardoor komt er meer ruimte voor onderliggende problematiek. Ze krijgt last van nachtmerries. Er wordt gestart met therapie. Vergeleken met de beginsituatie is er veel veranderd: met uitzondering van kleine terugvallen is ze 'clean', weerbaarder, stabiel en heeft ze meer vertrouwen in zichzelf. Ze is gegroeid in haar moederrol en het contact met de kinderen verloopt goed en is uitgebreid, daar is ze blij mee, al heeft ze nog veel wensen.

Zo snel mogelijk zelf de touwtjes in handen

Een mevrouw met psychosegevoeligheid is in zorg bij Optimaal Leven, voorheen bij een FACT-team. OL houdt een oogje in het zeil. Ze woont op zichzelf en leeft volgens een duidelijke structuur waarin dagbesteding en haar hobby's volgens vaste routine ingepland zijn. Het gaat zo goed dat ze uit zorg gaat bij OL. Maar na een aantal maanden komt ze ongelukkig ten val. Een operatie volgt, waarna ze thuis moet herstellen. Haar leven met vaste structuur wordt erdoor ontregeld en ook kan ze helemaal niet goed slapen vanwege de pijn aan haar been. Dat kan voor haar een trigger zijn voor een psychose, weet ze. Ze zoekt telefonisch contact met haar 'oude' casemanager van OL. Ondanks dat ze officieel niet in zorg is bij OL, is er vanaf dat moment regelmatig contact met OL. Toch verslechtert haar situatie snel en kan een opname niet worden voorkomen. Lastig is dat door de COVID-19 maatregelen maar weinig mensen op bezoek mogen komen en ze niet tussendoor naar huis mag. Na een aantal weken gaat het beter en als ze de weekstructuur weer georganiseerd heeft, ziet ze het zitten om naar huis te gaan. Ze is nog herstellende, dus in het begin is er veel contact met OL en ook komt de thuiszorg dagelijks langs. Langzaamaan pakt ze haar leven weer op en dat lukt ook met behulp van de vaste weekstructuur. Ze wil graag haar medicatie afbouwen zodat ze weer mag autorijden, maar dit laat op zich wachten doordat er op dat moment geen psychiater bij OL beschikbaar is. Terugblikkend vindt ze dat ze goed is opgevangen door OL en dat haar situatie vrij snel verbeterde. Ze vindt het fijn dat ze nu zelf weer de touwtjes in handen heeft. Komende tijd wordt het contact met OL verder afgebouwd maar niet beëindigd: een persoonlijk begeleider van OL stroomt op basis van een WMO-indicatie in en gaat functioneren als achterwacht.

Vuur aan de schenen

Mevrouw is getrouwd en heeft een gezin. Ze stroomt vanuit de ggz in bij de start van Optimaal Leven. Bij haar speelt middelengebruik, suïcidaliteit en trauma. Ze staat wantrouwend tegenover hulpverlening. Als ze naar Optimaal Leven gaat heeft ze ook daar weinig vertrouwen in, ze verwacht dat het contact na een paar maanden wel weer gestopt zal worden. De kennismakingsfase staat in het teken van bouwen en vertrouwen. Dat kost tijd en gaat met ups en downs. Ze doet een groot beroep op de hulpverleners en stelt ze regelmatig op de proef. Daardoor kent ze veel OL medewerkers. Ze vindt het prettig om van de verschillende invalshoeken te kunnen profiteren. Langzaamaan ontstaat er van beide kanten steeds meer begrip en vertrouwen. En als er bij haar een vertrouwensbreuk ontstaat rondom de betrokken jeugdhulporganisatie, is het voor haar een opluchting dat er tijdelijk vanuit OL gezinsondersteuning wordt geboden. Haar situatie stabiliseert enigszins, al speelt er nog steeds veel, zoals overdoseringen. Pas na verloop van tijd erkent ze dat ze verslaafd is en komt er ruimte voor een VNN-medewerker uit OL om daar samen met haar aan te gaan werken. Het middelengebruik neemt vervolgens af. Ze krijgt steeds meer grip en controle op haar leven, zo heeft ze meer inzicht in haar verslaving en suïcidaliteit. Ook is, door inzet van OL op dat gebied, de relatie met haar partner verbeterd. Ondanks dat er nog steeds terugvallen zijn, zijn deze minder heftig waardoor er meer aan behandeling toegekomen wordt. Nu heeft ze verhuisplannen en maakt ze zich zorgen over het vervolg van de ondersteuning van OL omdat het nieuwe adres niet binnen het werkgebied van OL valt. Voor haar is OL het eerste team waar het goed gaat en ze wil niet terug naar de ggz. Er wordt gewerkt aan een oplossing waarbij ze gedeeltelijk bij OL kan blijven en gedeeltelijk overgaat naar een andere organisatie.

Van opname naar herstel

Meneer woont zelfstandig. Hij is volop bezig met zijn herstel en het oppakken van zijn dagelijkse bezigheden en hobby's. Als hij van de ggz overgaat naar Optimaal Leven, is zijn situatie stabiel. Maar na een aantal maanden komt daar verandering in. Hij wordt drukker en slaapt slecht. Zijn vader heeft als eerste door dat hij achteruit gaat en wil aan de bel trekken. Maar dan is het al te laat; hij moet opgenomen worden. Verschillende opnames op verschillende plekken volgen en hij wordt behandeld voor catatonie. Later zal hij zich niet veel meer herinneren van deze periode. Door de pandemie is een rustige opbouw naar huis niet mogelijk, daarom gaat hij de eerste tijd na de opname bij zijn ouders inwonen. Zij kunnen ritme en structuur bieden. Verder is er die eerste periode veel contact met zijn casemanager en ook wordt er, op basis van een WMO-indicatie, een persoonlijk begeleider vanuit OL ingezet. Meneer is blij uit de opname te zijn en bouwt met hulp van OL langzaam zijn leven weer op. In het begin is het voor hem nog lastig om zich te concentreren, maar langzaam gaat het beter. Hij pakt zijn hobby's weer op en merkt dat hij steeds meer kan. De woonbegeleiding helpt daarbij, dan krijgt hij bijvoorbeeld hulp bij huishoudelijke klusjes, even samen iets doen werkt goed. Er is een duidelijk stijgende lijn, de begeleiding wordt afgeschaald. Zowel meneer als OL vinden dat spannend, maar het gaat goed. Idee is nu om de ondersteuning zo een jaar voort te zetten en daarna verder af te bouwen, in uren, niet in frequentie, want regelmatig contact is belangrijk voor hem. Meneer en zijn ouders hopen nu dat de onderliggende WMO-indicatie straks ook voortgezet wordt omdat stabiliteit en regelmatig contact heel belangrijk zijn.

Hoop en vertrouwen terug gevonden

Mevrouw woont zelfstandig, met begeleiding in een voorziening van Cosis. Ze heeft geen partner en geen contact meer met haar ouders, wel met een paar naaste familieleden. In haar jeugd heeft ze trauma's opgelopen. Mensen vertrouwt ze vaak niet, daardoor heeft ze ook met hulpverleners niet snel een klik. Het gaat niet goed met haar: suïcidepogingen en crisisopnames volgen elkaar op. In deze periode komt ze in contact met de verpleegkundig specialist van Optimaal Leven, op dat moment in de rol van crisisbeoordelaar. In haar heeft mevrouw meteen vertrouwen, de verpleegkundig specialist geeft haar vertrouwen en hoop. Kort daarna komt ze, op verzoek van de verpleegkundig specialist, in contact met de ervaringsdeskundige van OL. Naarmate ze elkaar beter leren kennen bevalt dit contact haar steeds beter en omdat ze altijd contact op mag nemen geeft dit haar vertrouwen. Kort daarna komt ze formeel in zorg bij OL. De gedachte niet te willen leven blijft, maar de hulpverleners van OL laten niet los. Dat geeft haar hoop. Er volgen nog een paar opnames, waarbij het contact met OL blijft. Tijdens een opname leert ze haar huidige partner kennen. Deze relatie is voor haar heel belangrijk. Hoewel het soms ook moeilijk is, is ze sindsdien stabiel en niet weer opgenomen. Ze realiseert zich ook dat het zo niet langer gaat, van crisis naar crisis. Er wordt een leuke dagbestedingsplek gevonden, die ze snel kan bezoeken doordat er vanuit OL een spoedindicatie wordt geregeld. De relatie met haar naaste familieleden verbreekt ze, ze voelt dat die band niet goed is voor haar. Het verbreken van het contact lucht haar op. Als ze een betaalde baan vindt, eindigt de dagbestedingsplek omdat ze daar geen tijd meer voor heeft. Helaas komt ze na enige tijd door een ongeval in de ziektewet terecht, dat heeft een negatieve weerslag op haar. Maar ze kijkt uit naar de aanstaande verhuizing, samen met haar partner, naar een eigen woning. Terugblikkend is ze verbaasd dat ze nu al ruim een jaar geen gedachten meer heeft over suïcide. Ze voelt zich veerkrachtiger, kan beter omgaan met tegenslag. Ze is blij met haar partner en ook blij dat het contact met haar ouders sinds kort weer hersteld is.

Op naar de basis ggz

Mevrouw woont zelfstandig en heeft een vaste relatie, vooral in de weekenden ziet ze haar partner. Ze heeft een baan bij een dagactiviteitencentrum en haalt daar veel voldoening uit. In het verleden heeft ze een psychose gehad. Dit was een traumatische gebeurtenis, en ondanks dat ze al jaren geen psychose meer heeft gehad houdt ze angst dat het weer gebeurt. Ook heeft ze last van stemmingswisselingen en angsten. Voorheen was ze in zorg bij een FACT-team. Kort nadat ze in zorg is bij Optimaal Leven wordt haar medicatie onder de loep genomen en aangepast.

Dit is helpend, door de nieuwe medicatie heeft ze minder last van angsten. Verder krijgt ze van OL hulp bij psychotische klachten, slaapproblemen, sociale contacten en dagstructuur. Door externe omstandigheden wordt haar baan beëindigd en dat zorgt voor veel onrust. Met hulp van OL vindt ze uiteindelijk een dagbestedingsplek en langzaam maar zeker gaat het beter. Daarbij helpt het ook dat ze op een gegeven moment een persoonlijk begeleider uit het OL team heeft getroffen waar ze goed contact mee heeft en het dagelijks leven mee kan bespreken. Ze praten over van alles, niet alleen over ziekte. Ze wordt steeds stabiel, weerbaarder en neemt meer de eigen regie. Ze merkt dat ze de ggz minder nodig heeft. En ondertussen wordt de ondersteuning vanuit OL steeds meer afgebouwd en is het de bedoeling om op korte termijn volledig over te gaan naar alleen persoonlijke begeleiding van Cosis in combinatie met periodiek contact met de basis GGZ.

Voorbij de overlevingsstand

Mevrouw woont zelfstandig. Ze heeft zware lichamelijke klachten, waardoor die veroorzaakt worden is niet duidelijk. Om hierachter te komen moet ze vaak naar het ziekenhuis voor onderzoeken. Ze is verslaafd aan opiaten, al ziet ze dat zelf niet zo. Daardoor is ze erg versuft en onderneemt ze weinig. Als ze bij Optimaal Leven in zorg komt, staat ze in overlevingsstand en zijn er veel crisiscontacten. De bestaande ondersteuning vanuit Cosis wordt nu aangevuld met die van Optimaal Leven. Een relatiebreuk gevolgd door een suïcidepoging leidt tot een ziekenhuisopname. Ook als ze hiervan hersteld is, blijven de eerdere lichamelijke klachten opspelen. Ze bezoekt verschillende ziekenhuizen in de zoektocht naar een diagnose en bijbehorende behandeling. Daardoor zijn veel instanties en dokters betrokken. Tijdens dit zoekproces neemt de psychiater van OL de regie met betrekking tot medicatie over en vervult de rol van medisch coördinator. In gesprekken met haar begeleiders heeft ze de ruimte om te vertellen over van alles. Ze krijgt hulp bij het leren aangaan en onderhouden van sociale contacten en het ondernemen van activiteiten buiten de deur. Langzaamaan begint ze ook haar verslaving in te zien, er komt ruimte om daarover te praten. Er gebeurt veel in haar leven, er zijn veel ups en downs. Het aangaan en beëindigen van (soms gewelddadige) relaties hebben veel invloed op haar, met suïcidepogingen en vaak ook (ziekenhuis)opnames tot gevolg. Gelukkig heeft ze een clubje mensen om zich heen die haar steunen. Als eindelijk duidelijk wordt aan welke aandoening ze lijdt, zorg dat voor veel erkenning. Na verloop van tijd stabiliseert haar situatie iets. Er komt ruimte voor oriënterende gesprekken over het starten van een studie of baan. Het is gelukt om minder opiaten te gebruiken, daardoor is ze nu actiever en onderneemt ze veel meer. Ze heeft ook meer inzicht in de verslaving en er ligt een plan om verder af te bouwen. Het aantal en de ernst van de crisissen is afgenomen. En als het slecht gaat lukt het beter om daarover in gesprek te gaan met haar begeleiders. Ze is voorbij de overlevingsstand; nog steeds zijn er ups en downs maar de toppen en dalen zijn afgezwakt. Heel langzaam is ze vanuit de put naar boven geklommen.

Tot hier en niet verder

Mevrouw woont op zichzelf, maar heeft wel een relatie. Ze werkt en wordt daarbij ondersteund door een jobcoach. Ze heeft een psychotische kwetsbaarheid in de zin dat ze in het verleden een psychose heeft gehad en is vaak angstig en onzeker. Ze vindt het moeilijk om haar eigen grenzen aan te geven en vraagt regelmatig om hulp en advies, bijvoorbeeld als het gaat om omgaan met geld en sociale contacten. Daar krijgt ze hulp bij, eerst vanuit de ggz en daarna vanuit Optimaal Leven. De jobcoach ondersteunt haar vooral rond sociale situaties op het werk en bij het omgaan met haar faalangst. Lastige situaties met collega's zijn voor haar leermomenten. Ze vindt het moeilijk om te dealen met uiteenlopende adviezen, ze leunt graag op andermans adviezen en wil die dan ook opvolgen. Negatieve gedachten willen ook nog wel eens in de weg zitten, ze krijgt hulp om die om te zetten in positieve gedachten. Er volgt een moeilijke tijd als haar relatie eindigt en in dezelfde periode ook haar vader ernstig ziek wordt. Vanaf dat moment wordt er door haar ouders een dringend beroep op haar gedaan en wordt ze erg op de proef gesteld. Ze moet grenzen aangeven: wat wil ik zelf? In deze periode en later als haar vader overlijdt, heeft ze wat intensiever contact met OL. Het is een proces, maar het lukt steeds beter om grenzen aan te geven, juist door deze periode. Als de pandemie losbarst heeft dat veel invloed op haar leven, ze kan haar werkzaamheden niet thuis uitvoeren waardoor ze een tijd thuis komt te zitten. Ook kan ze in haar vrije tijd niet de dingen doen die ze graag doet. Nog weer later komt mevrouw zelf samen met haar casemanager tot de conclusie dat het best goed met haar gaat: ze is zelfstandiger, geeft grenzen beter aan, staat minder zwaar in het leven en haar psychotische kwetsbaarheid staat niet langer centraal. Omdat er eigenlijk geen behandeldoel meer is, stelt de casemanager voor dat zij zich terug trekt: in plaats daarvan kan er vanuit OL een persoonlijk begeleider ingezet worden. Mevrouw schrikt van het voorstel en wordt boos, ze ziet het niet zitten. Uiteindelijk gaat ze akkoord en wil ze het ook maar snel gehad hebben. Ze maakt al snel kennis met de persoonlijk begeleider en tot haar verbazing gaat het eigenlijk meteen goed, al maakt ze zich wel zorgen of de WMO-indicatie straks wel verlengd zal worden.

Uit de vicieuze cirkel

Meneer woont op zichzelf. Hij heeft een diagnose manisch-depressief en heeft in het (recente) verleden veel meegemaakt, dat draagt hij met zich mee. Op het moment dat hij in zorg komt bij Optimaal Leven (voorheen in zorg bij ggz), gaat het niet goed met hem. Hij is psychotisch en manisch. Hij voelt zich eenzaam en is zeer prikkelbaar. Daardoor ontstaan ruzies met de burens, dat loopt soms zo uit de hand dat de politie erbij betrokken raakt. Ook op het werk gaat het niet lekker: hij voelt zich niet gezien en gehoord. Vanuit OL komt er ondersteuning op verschillende gebieden. Er wordt samen met hem gekeken wat hij wil en wat hij nodig heeft. Zo wordt de medicatie aangepast en krijgt hij hulp bij contact met instanties, buurtbemiddeling en het zoeken naar nieuw werk. Ook als de onderliggende WMO-indicatie niet wordt verlengd, wordt deze hulp voortgezet. Er wordt meermaals bezwaar gemaakt en uiteindelijk wordt na een aantal maanden de beslissing (deels) teruggedraaid. Wel heeft meneer er enorm veel stress van. Door bemiddeling vanuit OL lukt het een nieuwe dagbestedingsplek te vinden. Hij is daar erg blij mee: het werk past bij hem, de begeleiding is goed en hij voelt zich gewaardeerd. Door gebeurtenissen uit het verleden heeft hij, vooral in tijden van stress, angst voor nachtmerries en daardoor last van slaapproblemen. Hiervoor worden gesprekken met de psycholoog ingepland. Het gaat nu beter met meneer: door de buurtbemiddeling zijn er geen ruzies meer met de burens, hij onderneemt weer allerlei dingen en gaat met plezier naar het werk. Ook loopt het contact en de ondersteuning van de verschillende betrokken instanties (zoals UWV en gemeente) nu goed.

Tot rust komen

Mevrouw is gescheiden en woont op zichzelf, samen met haar dochter. Ze is psychosegevoelig, is daardoor in het verleden ook vaak opgenomen. Ze is snel overprikkeld en dan gevoelig voor psychoses. Ook kampt ze met depressieve klachten, ze komt daardoor tot weinig. Ze zou graag willen werken of naar school, maar dat lukt niet. De terugkerende psychosen hebben geknaagd aan haar zelfvertrouwen, ze vindt het lastig om zelf beslissingen te nemen en ze stelt zich daarom vaak afhankelijk op. Als ze vanuit de ggz in zorg komt bij Optimaal Leven, gaat het niet goed met haar. Ze wordt meermaals opgenomen, soms kort om tot rust te komen maar soms ook langer (een aantal maanden). Ze kan zich daar nadien niet veel van herinneren. Tijdens één van de opnames krijgt ze nieuwe medicatie, sindsdien is ze psychosevrij. Er komt ruimte om op zoek te gaan naar een dagbestedingsplek, ze probeert er twee, maar ze sluiten niet goed aan: te veel mensen en prikkels, te weinig structuur. Ze vindt het lastig dat betaald werk er niet in lijkt te zitten omdat het voor haar te snel gaat en voor te veel prikkels zorgt, ze zou het heel graag willen. Het vraagt tijd voordat ze accepteert dat betaald werken (voorlopig) niet gaat lukken en dagbesteding wel. Dit nieuwe inzicht brengt wel een positieve omslag in het herstelproces. Als ze geen indicatie krijgt voor beschermd wonen, iets wat mevrouw graag wil, wordt er vanuit OL woonbegeleiding ingezet. Ze krijgt bijvoorbeeld hulp bij het creëren van rust, sociale contacten opbouwen om eenzaamheid tegen te gaan en door het maken van een weekplanning. Op haar verzoek komt ze ook in contact met de ervaringsdeskundige van OL, dit is haar klankbord en bij hem kan ze haar verhaal kwijt. Langzaamaan gaat het beter, ze vindt een dagbestedingsplek waar ze het fijn vindt en er komt een huis met tuin in een betere buurt voor haar beschikbaar. De verhuizing regelt ze zelf en dat geeft haar een enorme positieve boost. Over het geheel genomen gaat het nu goed, ze heeft nu nog wekelijks ondersteuning vanuit OL, maar dat wordt binnenkort misschien minder. Dat voorstel voor afbouwen vindt ze maar niks. Ze hoopt vooral dat de situatie nu blijft zoals hij is.

Sleutelmomenten in de (ondersteunings)trajecten

Onderdeel van de Effectencalculator-aanpak is dat belangrijke gebeurtenissen in kaart worden gebracht. Sommige van deze gebeurtenissen vormen sleutelmomenten. Dit zijn belangrijke gebeurtenissen of ervaringen in de tijdlijn van de cliënt waardoor het beloop van het traject veranderde. Om iets te zeggen over de impact van de Optimaal Leven werkwijze is gekeken naar de rol die Optimaal Leven speelde bij deze sleutelmomenten. In elke casus waren één of meer sleutelmomenten te onderscheiden, die in positieve of negatieve zin het beloop van het traject veranderden. Onderdeel van die sleutelmomenten zijn onder andere *life events*. In verschillende casussen hebben zich life events voorgedaan zoals het overlijden van een geliefde, een scheiding, ontslag of een verhuizing. De overige sleutelmomenten die zich hebben voorgedaan binnen de elf casussen kunnen in vier categorieën ingedeeld worden: 1) sleutelmomenten als gevolg van een wisselwerking tussen OL en de cliënt; 2) sleutelmomenten als gevolg van het ontstaan van een goede zorgrelatie met medewerkers van OL; 3) sleutelmomenten die ontstonden door behandeling en begeleiding van OL; en 4) gebeurtenissen waar OL op zichzelf niet of minder een direct aandeel in had. Deze categorieën worden hieronder toegelicht.

Ten eerste ontstonden er sleutelmomenten als gevolg van een wisselwerking tussen OL en de cliënt in reactie op een voor de cliënt belangrijke positief of negatief life event. Zo heeft OL een cliënt en haar partner ondersteund in het maken van een weloverwogen beslissing om wel of niet te gaan samenwonen. In twee andere casussen leidde een verhuizing naar een woning buiten het verzorgingsgebied van OL niet tot (volledig) beëindigen van de ondersteuning van OL, dit tot grote opluchting van betreffende cliënten. Nog een voorbeeld is de (intensivering van de) ondersteuning aan een cliënt die als gevolg van ziekte en overlijden van een naaste te maken krijgt met complexe relaties waarin een urgent beroep op haar wordt gedaan. Binnen die context leert de cliënt, in nauwe afstemming met OL, haar grenzen aan te geven.

Ten tweede ontstonden er sleutelmomenten als gevolg van het ontstaan van een goede zorgrelatie met één of meerdere hulpverleners van OL. Voor een drietal cliënten is de klik die ontstond van essentieel belang geweest om vertrouwen te krijgen in de ondersteuning en hoop dat verbetering mogelijk was.

Een derde categorie sleutelmomenten heeft betrekking op sleutelmomenten die ontstonden door de behandeling en begeleiding van OL. We staan eerst stil bij voorbeelden in de behandeling. Zo heeft een tweetal cliënten een (nieuwe) diagnose gekregen. Zij ervoeren daardoor veel begrip en erkenning en de (her)diagnostiek hielp om beter passende zorg en ondersteuning in te zetten. Voor twee andere cliënten heeft (het aanpassen van) medicatie gezorgd voor een sleutelmoment, zij gingen zich daardoor beter voelen, ervoeren minder angsten en raakten daardoor psychosevrij. Naast sleutelmomenten in behandeling waren er ook sleutelmomenten in de begeleiding. De inzet van een persoonlijk begeleider heeft bij drie cliënten voor een sleutelmoment gezorgd, de (praktische) ondersteuning in het dagelijks leven hielp hen. Bij vier cliënten zorgde de hulp van OL bij de oriëntatie op of het vinden van een dagbestedingsplek voor een sleutelmoment, het gaf hoop of droeg bij aan structuur, zingeving en sociale contacten. Ook hebben we gezien dat er sleutelmomenten ontstonden doordat OL blijk van een ruime taakopvatting gaf. Dit hebben we teruggezien in twee casussen waarin OL bemiddeling tussen cliënt en kinderen overnam als gevolg van einde beschikking of vertrouwensbreuk met een eerdere organisatie, waardoor het bouwen aan een relatie niet stopte. Andere voorbeelden van sleutelmomenten die ontstonden als gevolg van een ruimte taakopvatting van OL: het verzorgen van een thuisdetox waardoor een opname kon worden vermeden en de overname van regie door de psychiater van OL in een medisch speelveld met zeer veel betrokkenen. In het laatste voorbeeld ervoer de cliënt continuïteit en opluchting dat dit geregeld was. Tot slot hebben we ook drie negatieve sleutelmomenten gezien als gevolg van ondersteuning door OL, dit kwam tot stand als gevolg van een niet beschikbare psychiater waardoor medicatie niet afgebouwd kon worden en de cliënt als gevolg daarvan gehinderd werd in het dagelijks leven. Een ander negatief sleutelmoment ontstond doordat de benadering van een tijdelijke psychiater niet aansloot bij de cliënt. Daarnaast was er één cliënt waarbij het (voorstel tot) terugschroeven van een deel van de ondersteuning van OL een negatief sleutelmoment vormde, het zorgde voor stress en woede.

De laatste en vierde categorie sleutelmomenten heeft betrekking op gebeurtenissen waar OL *op zichzelf* niet of minder een direct aandeel in had. Zo vormden klinische opnames bij vijf casussen een sleutelmoment omdat het bijdroeg aan het herstel en tot rust komen. Overige sleutelmomenten in deze categorie:

- een terugval leidde bij een cliënt tot veel verdriet;
- een somatische diagnose zorgde bij een andere cliënt voor erkenning, begrip en een passende behandeling;
- de inzet van een bewindvoerder en gaf een cliënt inzicht en rust;
- de back up en klik met een huishoudelijke hulp hielp een cliënt om niet op te geven;
- staande blijven (geen terugval) of zelf initiatief nemen in 'spannende omstandigheden' gaf twee cliënten een enorme boost aan het zelfvertrouwen.

Beloop en impact van het (ondersteunings)traject

Tot slot wordt de impact van gebeurtenissen en ervaringen die zich hebben voorgedaan gedurende het traject beschreven. Elke casus kent zijn eigen unieke beloop en uitkomsten, maar toch zijn er ook overeenkomsten te zien.

Beginsituatie

De beginsituaties (het moment waarop de cliënt in zorg komt bij OL) van de casussen zijn over het algemeen kenmerkend voor de EPA-doelgroep. Bij de meeste cliënten is sprake van ernstige lichamelijke-, psychische- of verslavingsproblematiek. Bij een deel van hen uit zich dat in regelmatig terugkerende periodes van suïcidaliteit en andere crisissituaties die veelal tot opnames leiden. Bij een ander deel is er sprake van veel onzekerheid en angst en een hoge mate van afhankelijkheid van zorg. Naast deze problemen is er bij het merendeel van de cliënten sprake van problemen op andere levensdomeinen, zoals relaties, geld en wonen. Bij twee cliënten is er in eerste instantie sprake van een stabiele situatie die echter ontregelt, waarna een opname nodig is. Bij de meeste cliënten is het nodig om te werken aan de vertrouwensband met de zorgverleners bij de start van het traject. Bij een aantal cliënten is er sprake van een flinke hoeveelheid wantrouwen richting hulpverleners.

Beloop

Bij negen van de elf casussen is er over het geheel genomen sprake van een (langzaam) stijgende lijn in de zin dat er sprake is van herstel op één of meerdere dimensies. Binnen deze categorie casussen zien we verder het volgende:

- Bij twee casussen is er eerst nog sprake van één of meerdere crisissen/opnames voordat de stijgende lijn wordt ingezet.
- Bij twee andere casussen blijven, ondanks de stijgende lijn, de crisisperiodes aanwezig maar neemt de ernst en de frequentie hiervan af.
- Bij drie casussen is er sprake van af en toe een dip, bijvoorbeeld bij lichamelijke problemen of veranderingen in daginvulling.

Hoe snel de lijn stijgt, lijkt onder andere afhankelijk van de ernst en complexiteit van de problematiek en de mate van vertrouwen in de zorgverlening bij aanvang. De resterende twee casussen kennen een andersoortig beloop. Bij één casus is er sprake van een stabiele situatie, waarna de cliënt na korte tijd volledig decompenseert, om vervolgens weer op te klimmen naar een stabiele situatie. Tot slot is er één casus waar de ups en downs blijven, maar wel minder heftig van aard worden.

Uitkomsten in de huidige situatie

Uit het voorgaande volgt dat de huidige situatie (het moment dat de Effectencalculator sessie plaatsvindt) bij vrijwel alle casussen gunstiger is dan in de beginsituatie. Bij één casus is er na decompensatie sprake van terugkeer naar de stabiliteit van voorheen met verder herstel in het vooruitzicht. Bij alle andere casussen zien we dat de eindsituatie verbeterd is ten opzichte van de beginsituatie als het gaat om:

- De psychische- en verslavingsproblematieken zijn verminderd. De lichamelijke problemen in sommige gevallen ook. Cliënten gaven aan beter in hun vel te zitten, nieuwe diagnoses zorgen voor zelfinzicht. Cliënten die in de beginsituatie suïcidegedachten hadden geven aan dat deze zijn verdwenen of verminderd.
- Stabiliteit in de situatie. Er zijn minder crisissen. Dit zorgt er in sommige gevallen voor dat de ondersteuning deels kan worden afgebouwd, soms zelfs tot het niveau van achterwacht. In een ander geval is er sprake van dat de cliënt binnenkort uit zorg gaat. Voor andere cliënten zorgt de stabiliteit er juist voor dat er ruimte ontstaat voor behandeling van onderliggende problematiek.
- Meer eigen regie. Cliënten krijgen meer zelfvertrouwen en worden sterker en weerbaarder. Hierdoor leven ze zelfstandiger, nemen ze vaker initiatief en zijn ze assertiever. Zij vragen zelf om hulp bij Optimaal Leven of in hun eigen netwerk als dat nodig is. Relaties met familie, vrienden en kennissen verbeteren.
- Een betere daginvulling. Veel cliënten vinden een betere plek voor werk of dagbesteding. Ook vullen zij hun dag met andere activiteiten zoals sociale contacten en hobby's. Daarnaast is het vinden van rust en structuur in de dag voor een deel van de cliënten helpend.

Bovenstaande draagt zowel bij aan symptomatisch-, persoonlijk- en maatschappelijk herstel en daardoor aan de kwaliteit van leven van de elf gevolgde cliënten.

3.2 Ondersteuning door Optimaal Leven

In deze paragraaf onderzoeken we hoe de ondersteuningsactiviteiten (naar aard en kosten) vorm worden gegeven gedurende een traject. Eerst wordt beschreven wie er betrokken zijn bij de ondersteuning. Vervolgens wordt stil gestaan bij de aard en intensiteit van de ondersteuning en de wijze waarop hieraan uitvoering wordt gegeven. Daarna worden de kosten die gepaard gaan met de ondersteuning weergegeven. De paragraaf eindigt met een samenvatting.

Betrokkenen binnen ondersteuning

In de onderzochte periode zijn per casus gemiddeld vier (minimaal twee, maximaal vijf) medewerkers van Optimaal Leven direct betrokken (zelf contact met cliënt), de zogenaamde 'vaste schil'. De combinatie die het meest voorkomt is van hoofdbehandelaar (psychiater of verpleegkundig specialist), persoonlijk begeleider en een verpleegkundige of SPV'er. Betrokkenheid over het geheel genomen is weergegeven in Tabel 2.

Functie	Betrokkenheid bij aantal casussen (totaal 11):
Psychiater	10
Persoonlijk begeleider	9
Verpleegkundige	5
Verpleegkundig specialist	5
GZ-psycholoog, trajectbegeleider IPS, ervaringsdeskundige	4
SPV'er, GGZ agoog	2
Systeemtherapeut, buurtwerker	1

Tabel 2: Betrokken hulpverleners bij de casussen

In Tabel 2 is de betrokkenheid van verschillende disciplines vanuit de verschillende instellingen goed zichtbaar. Betrokkenheid vanuit verschillende moederorganisaties was bij de selectie van de casussen ook een criterium¹⁸.

Voor de meeste cliënten geldt dat zij een aantal vaste gezichten hebben bij OL, waarbij iemand op afroep af en toe ingeschakeld wordt rondom een specifieke vraag. Bij een tweetal casussen was daarnaast (vrijwel) het gehele OL-team betrokken. Dit lijkt samen te hangen met de voorkeur van de cliënt voor afwisselende contacten en de ernst van de problematiek en het intensieve beroep dat als gevolg daarvan op OL werd gedaan. Een medewerker omschrijft dit als een 'teamklus', waarbij de verantwoordelijkheid en taken rondom de cliënt onderling verdeeld worden.

De 'vaste' schil van OL medewerkers die de cliënt ondersteunt kan zo nodig worden uitgebreid, bijvoorbeeld als bepaalde problematiek meer naar de voorgrond treedt (bijvoorbeeld verslavingsproblematiek) of bij een veranderende behoefte van de cliënt (bijvoorbeeld ervaringsdeskundige). Ook wordt er zo nodig op ad hoc basis expertise vanuit het team aangesproken, bijvoorbeeld indirect tijdens het ochtendoverleg van medewerkers van OL of door betreffende medewerker direct in contact te laten treden met de cliënt (bijvoorbeeld de buurtwerker voor aanvraag van een hulpmiddel).

In de verificatiesessie¹⁹ met medewerkers uit de teams werd bevestigd dat deze weergave van betrokkenheid per casus een goede afspiegeling is voor de volledige caseload. Net als in eerder onderzoek²⁰ wordt door de medewerkers aangegeven dat de samenwerking per casus, de mix van instellingen en disciplines, een vast onderdeel van de werkwijze is geworden. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit de invulling van de rol van casemanager in de teams. Aan elke cliënt zijn één (bij 9 casussen) of twee (bij 2 casussen) casemanagers verbonden en deze rol wordt vervuld door verpleegkundigen (4 casussen), persoonlijk begeleiders (3 casussen), trajectbegeleiders (2 casussen), SPV'ers (2 casussen) en de GGZ-agoog (1 casus). Oftewel: de rol van casemanager wordt breed in het team belegd en niet hoofdzakelijk bij verpleegkundigen. In team Emmen is dit vanaf de start de werkwijze geweest, in de andere twee teams is dit later de werkwijze geworden.

¹⁸ Zie ook Hoofdstuk 6 Onderzoeksaanpak

¹⁹ Meer informatie hierover is terug te vinden in Hoofdstuk 6 Onderzoeksaanpak

²⁰ Zie: Uitgebreide onderzoeksevaluatie Optimaal Leven (2021)

Ondersteuningsvormen

De ondersteuningsactiviteiten vanuit OL zijn gericht op behandeling én begeleiding. Dit komt ook tot uiting in de teamsamenstelling van OL waar zowel primair behandelende (bijvoorbeeld psychiater) als primair begeleidende medewerkers (bijvoorbeeld persoonlijk begeleider, buurtwerker) deel van uitmaken. In de elf casussen hebben we gezien dat verschillende hulpverleners een eigen, specifieke rol in de ondersteuning aan de cliënt hebben en daarin vaak aanvullend aan elkaar zijn. Hierbij wordt ook de gelijkwaardigheid opgemerkt door een medewerker: *‘Eerst denderde FACT door en hing woonbegeleiding er wat bij’*. Hoewel het onderscheid tussen behandelen en begeleiden niet altijd duidelijk is en vaak in elkaar overloopt, wordt in onderstaande nader ingezoomd op behandeling en begeleiding zoals dat naar voren is gekomen in de elf casussen.

Behandeling

De psychiater is in de OL teams vaak vanuit de functie als hoofdbehandelaar (vereiste vanuit zorgverzekeraar) betrokken. In Assen vervulde de verpleegkundig specialist meestal de functie van hoofdbehandelaar (ook omdat de functie van psychiater daar gedurende een periode niet beschikbaar was), deze is dan ook bij drie van de vier casussen uit Assen betrokken. Ook de GZ-psycholoog kan de rol van hoofdbehandelaar vervullen. De GZ-psycholoog is bij vier cliënten in dit onderzoek direct betrokken, echter in de betrokken casussen niet in de rol van hoofdbehandelaar. Het lage aantal betrokken GZ-psychologen is zeer waarschijnlijk een gevolg van de beperkte aanwezigheid van een psycholoog in de OL teams. Tijdens de sessies werd aangegeven dat de teams dit proberen op te lossen door de psychiater, verpleegkundig specialist of verpleegkundige (onderdelen van) de behandeling op zich te laten nemen. De frequentie van het contact met de hoofdbehandelaar verschilt sterk per casus. Van een enkele keer per jaar tot wekelijks contact, afhankelijk van de rol in de behandeling. Het kan alleen gaan om evaluatiegesprekken of farmacotherapie, maar er zijn ook casussen waar andere behandeling wordt gegeven, bijvoorbeeld thuisdetox, traumabehandeling, schematherapie en echtpaargesprekken.

De medicatie en diagnose spelen een belangrijke rol in de levens van de meeste cliënten. In drie casussen geven cliënten ook aan dat de nieuwe of gewijzigde medicatie een sleutelrol heeft gespeeld in het herstel. Drie andere cliënten geven dit aan over de (nieuwe) diagnose die is gesteld. Het kan erkenning geven en inzicht bieden, wat belangrijke stappen zijn in het herstelproces. Eén cliënt geeft aan dat naar aanleiding van de nieuwe diagnose (autisme) een bijeenkomst werd georganiseerd met hem en de betrokken hulpverleners. Cliënt: *‘(...)dat was een belangrijk moment, ik dacht toen: dat is precies ik’*.

Bij drie casussen hebben we gezien dat behandeling van verslaving vanuit OL aan de orde was. Hierbij waren VNN-medewerkers (verpleegkundigen en GGZ-agogen) namens OL betrokken. Opvallend is dat bij deze casussen die behandeling pas later in het traject aan de orde kwam. Zelfstigma lijkt hierbij een rol te spelen, een cliënt zegt over haar contact met de GGZ-agoog van VNN: *‘Je wilt niet het predicaat ‘verslaafd’, dus ik wilde niet naar VNN. Maar zij werkte toevallig bij VNN. Het voelt niet als een andere organisatie, dat is een groot verschil. Ik kon open en eerlijk zijn en ik kreeg veel informatie’*. Ook het pas later erkennen van verslavingsproblematiek speelt soms een rol. Een cliënt zegt daarover: *‘We bespreken praktische dingen, maar nu hebben we het ook wel steeds meer over verslaving. Ik dacht eerst namelijk dat ik niet verslaafd was: ik zei hoe kom je erbij? Maar ik ben het steeds meer gaan inzien’*.

Tot slot spelen ook verpleegkundigen en de SPV'er vaak een rol in de behandeling. In de sessies kwam naar voren dat verpleegkundigen vaak een rol spelen in de coördinatie van zorg voor de cliënt (dikwijls ook in de rol van casemanager) en daarmee de verbinding leggen tussen behandeling en begeleiding. De verpleegkundige geeft psycho-educatie en past behandellementen (cognitieve gedragstherapie of systeembenadering) toe in de gesprekken met de cliënt. Bij één casus zegt een verpleegkundige over die verbinding tussen behandeling en begeleiding het volgende: *'Ik pas in de gesprekken ook elementen van cognitieve gedragstherapie toe. Maar op een gegeven moment trokken we ook de conclusie dat de cliënt meer baat heeft bij de ondersteuning dan bij meer of nieuwe behandeling'*.

Begeleiding

Een belangrijk deel van de begeleiding wordt binnen OL uitgevoerd door de persoonlijk begeleiders. Bij vrijwel alle casussen is een persoonlijk begeleider van Cosis betrokken (bij 9 casussen). In mindere mate wordt de begeleiding ook uitgevoerd door de verpleegkundige vanuit GGZ Drenthe (bij 6 casussen) of de GGZ-agoog vanuit VNN (3 casussen). Bij de meeste casussen zijn de contacten met de persoonlijk begeleider wekelijks. Deze begeleiding lijkt goed aan te sluiten op de behoefte van de cliënt. Cliënten benoemen vaak de goede klik die ze hebben met de persoonlijk begeleider. In de casussen hebben we gezien dat de persoonlijk begeleider op verschillende gebieden een rol speelt in de ondersteuning aan de cliënt. Het gaat dan om begeleiding gericht op het (weer) zo zelfstandig mogelijk functioneren (en niet op ziekte of een diagnose) door het bieden van een luisterend oor en de cliënt te laten ventileren. Daarnaast hebben we gezien dat de persoonlijk begeleider een rol speelt als het gaat om praktische ondersteuning (bijvoorbeeld in het huishouden, dagstructuur of bij financiën), in contact met instanties en bij buurtbemiddeling. Een cliënt zegt hierover: *'Met mijn persoonlijk begeleider kan ik het hebben over mijn dagelijkse leven, hoe ik functioneer, we praten niet alleen over ziekte. We praten, regelen praktische dingen, maken schema's, bespreken financiën, ze geeft schoonmaakadvies, enzovoort. Ze komt nu 1x per week, al zeker een jaar. De persoonlijk begeleider kijkt niet vanuit ggz het is een, pluspunt van OL dat Cosis erbij is. Sinds dat moment gaat het beter met mij'*. Een ander belangrijk aspect is het helpen weer actief te worden en het activeren en organiseren van dagbesteding. Tot slot hebben we in twee casussen gezien dat de persoonlijk begeleider zich ook bezig houdt met het gezin, één keer in de rol van gezinsondersteuner en één keer als begeleider van de cliënt in het contact met zijn/haar kinderen.

De bijdrage van de persoonlijk begeleider levert cliënten veel op. Bij acht casussen wordt aangegeven dat de persoonlijk begeleider een sleutelrol speelde in het herstel. Genoemd wordt dan de structuur in de dag die er is gekomen, de juiste dagbesteding die is gevonden en het effect van de praktische ondersteuning. De hands-on benadering van de persoonlijk begeleider speelt daarbij vaak een rol, een persoonlijk begeleider zegt daarover: *'Het stimuleren, activeren en samen doen. De cliënt vindt dit prettig, het helpt hem om aan de slag te gaan en er daarna ook mee aan de slag te blijven'*.

Ook begeleiding door de ervaringsdeskundigen (werkzaam bij OL vanuit Cosis, GGZ Drenthe en VNN) is voor veel cliënten van belang. Bij vijf casussen was de ervaringsdeskundige direct betrokken. De frequentie van het contact varieert van enkele gesprekken per jaar tot twee keer in de week contact. In één casus was de ervaringsdeskundige ook de spil in de zorg van cliënt. Naar voren komt dat cliënten vaak een goede klik hebben met de ervaringsdeskundige en dat deze veel vertrouwen geniet. Een cliënt zegt daarover: *'Bij hem kan ik mijn verhaal kwijt. Hij heeft ook het een en ander meegemaakt. En ik ook, en daar praten we over. We hebben een band en praten over dingen waar ik met niemand anders over*

praat'. Ook de rol van klankbord en grote mate van bereikbaarheid van ervaringsdeskundigen wordt gewaardeerd door cliënten.

Bekend is dat het (opnieuw) vinden van werk of het starten van een opleiding vaak een belangrijke stap is in het herstel. Dit hebben we terug gezien bij twee casussen. Zo gaf één cliënt aan dat het vinden van werk een sleutelmoment was in het herstel: 'Er ging een vlammetje branden'. Vanuit OL was bij deze casussen een trajectbegeleider IPS betrokken. Bij één cliënt was de toevoeging van de trajectbegeleider IPS een gevolg van stabilisatie in de situatie van de cliënt waardoor ruimte kwam om een volgende stap te zetten in het herstel. Dit heeft soms tijd nodig, zoals door een hulpverlener in een sessie wordt benoemd: *'Het toevoegen van de arbeidsdeskundige wordt positief ervaren maar gaat nog met hobbels vanwege lichamelijke en soms ook psychische problemen'*.

Van begeleiding vanuit de welzijnswerker was bij één casus sprake. Op afroep werden er praktische zaken geregeld voor de cliënt. De beperkte (zichtbare) betrokkenheid van de welzijnswerker in de casussen is waarschijnlijk deels het gevolg van de ad hoc inzet en deels het gevolg van de beperkte inbedding van deze functie in het team van Assen en Hoogeveen/De Wolden. In Emmen heeft de welzijnswerker een meer herkenbare rol. Navraag bij de projectleider leert dat de welzijnswerker bij ongeveer een derde van alle casussen in Emmen betrokken is en bijdraagt aan het ontsluiten van het aanbod van (sociale) voorzieningen in deze regio. Bij een aantal casussen heeft de welzijnswerker meer de rol als begeleider met structurele momenten van contact met de cliënt.

Afstemming behandeling en begeleiding, binnen en buiten Optimaal Leven

Afstemming van ondersteuning tussen OL medewerkers vindt plaats op verschillende momenten, tijdens vaste teamoverleggen, apart georganiseerde overleggen en 'gewoon op de gang'. Dit is laagdrempelig, zo zegt een medewerker: *'Als er een moment is geweest van dit vraagt even aandacht; je komt elkaar tegen en je zegt zus en zo let er even op. Je gaat niet iemand van een andere organisatie bellen van: kun jij er nog even heen?'*. Naast inhoudelijke afstemming wordt zorg en ondersteuning ook over de week afgestemd, bijvoorbeeld door de contactmomenten van de verschillende betrokken hulpverleners evenwichtig over de week te spreiden en door vakantieperiodes van hulpverleners af te stemmen zodat de cliënt contactmomenten blijft houden.

Een belangrijk aspect dat door de medewerkers naar voren wordt gebracht, is dat er een verschil is tussen korte lijnen met een ander team/instelling en samenwerken vanuit één team. Het biedt meer mogelijkheden, sneller en beter, om in te spelen op de zorgbehoefte van de cliënt. De kennis vanuit de verschillende achtergronden, maar ook vanuit het verschillende contact dat hulpverleners hebben met een cliënt vult elkaar direct aan. Als je in één team werkt doe je sneller een beroep op elkaar. In de verificatiesessie bevestigden medewerkers dit beeld. Vanuit de eigen rol draagt men bij aan de verschillende puzzelstukken die ondersteunend zijn aan het herstel van de cliënt.

Bij alle casussen waren er naast Optimaal Leven ook andere (zorg)instanties betrokken bij de cliënt, zoals huisarts, wijkagent en thuiszorg. Deze netwerkpartners kwamen tijdens de sessies regelmatig ter sprake omdat zij een belangrijke rol spelen in het leven van cliënten, sommige netwerkpartners schoven ook aan tijdens de sessie zelf. In Bijlage I zijn alle 25 netwerkpartners weergegeven zoals die tijdens de sessies naar voren zijn gekomen als onderdeel van de totale ondersteuning rondom de cliënt.

Hierbij geldt dat het zowel om een structurele als een tijdelijk betrokken netwerkpartner kan gaan. Voor sommige netwerkpartners, waarvan de huisarts het beste voorbeeld is, geldt dat zij niet altijd expliciet aan bod kwamen in de sessie. Dit hoeft niet te betekenen dat zij geen rol spelen in de ondersteuning aan de cliënt en/of dat Optimaal Leven daar geen afstemming mee heeft.

We hebben in verschillende casussen gezien dat er door Optimaal Leven werd afgestemd met (13 van de 25) netwerkpartners. Bij de betrokken casussen wordt de meeste afstemming gezocht rondom adviseren, begeleiden en evalueren van dagbesteding (5 casussen) en voorzieningen vanuit de gemeente (4 casussen). We zien dat OL om verschillende redenen contact zoekt met (het WMO-loket van) de gemeente, bijvoorbeeld voor het aanvragen van een tijdelijke taxipas, afstemming rond invulling rol gezinsondersteuning door OL of aanvraag WMO-indicatie voor inzet persoonlijk begeleider of een spoedindicatie voor dagbesteding. Medewerkers van OL geven enerzijds aan dat het aanvragen van WMO-indicaties vaak snel gaat, omdat er afspraken en korte lijnen met de gemeente zijn; anderzijds zijn er ook nog steeds situaties waarin dit langer op zich laat wachten of een indicatie niet of slechts ten dele toegekend wordt. Bij acht casussen is er sprake (geweest) van huishoudelijke ondersteuning. Bij één casus droeg OL bij aan matching, op basis van karakter, van een huishoudelijk hulp en in een andere casus overlegde OL drie keer per jaar met de huishoudelijke hulp. Naast huishoudelijke hulp is er bij twee casussen (tijdelijk) sprake geweest van inzet van de thuiszorg, OL regelt bijvoorbeeld dat thuiszorg langs komt bij de cliënt in de eerste periode na een opname of zorgt voor afstemming en neemt de regie in de zorg en ondersteuning met thuiszorg. In een tweetal casussen was er sprake van afstemming tussen OL en (huis)artsen, bijvoorbeeld over medicatie en diagnostiek.

Overige afstemming/samenwerking hebben we gezien met bewindvoerder, woonbegeleiding, jobcoach, leefstijltrainers, ggz en opnameplekken. Ten aanzien van het regelen van opnames kwam naar voren dat een opname bij VNN snel geregeld kan worden, een medewerker zegt: 'We konden snel schakelen door de samenwerking met VNN in OL'. Ook wordt uit meerdere casussen duidelijk dat de medewerkers van OL contact houden met de cliënt wanneer deze opgenomen is.

Op- en afschalen van ondersteuning

Wat in alle casussen naar voren kwam is dat de aard en de intensiteit van de zorg werd afgesteld op de behoefte van de cliënt. Het opschalen van de ondersteuning heeft te maken met een verslechtering van de situatie, bijvoorbeeld als gevolg van psychiatrische problemen, terugval in middelengebruik of een life event. Opschaling van de aard en/of intensiteit van de ondersteuning hebben we op de volgende manieren terug gezien in de casussen:

- Bij vijf cliënten zijn er periodes geweest van dagelijks face-to-face contact met hulpverleners uit het OL team.
- Daarnaast was de crisisdienst van GGZ Drenthe bij vijf cliënten betrokken en zes cliënten zijn tijdelijk opgenomen geweest (GGZ Drenthe of VNN).
- Ook na een opname is het contact van OL met de cliënt bij drie cliënten een periode intensiever geweest.

- Bij vier cliënten werd na verloop van tijd opgeschaald naar meer behandeling. Deze cliënten waren in een meer stabiele fase beland, waardoor de behandeldoelen naar boven kwamen en er ook meer ruimte ontstond om hiermee aan de slag te gaan. Diezelfde ruimte ontstond ook voor twee cliënten als het gaat om de inzet van trajectbegeleiders IPS ter oriëntatie op studie of werk.

Het afschalen betreft het verlagen van de intensiteit en/of aanpassen naar een lichtere vorm van - vaak ook goedkopere – zorg bij een verbeterde of gestabiliseerde situatie. Een vorm van afschalen binnen het team die bij vijf casussen naar voren kwam, was de verschuiving van behandeling naar begeleiding: het terugschroeven of beëindigen van contact met de verpleegkundige en het toevoegen van een persoonlijk begeleider. Door zowel cliënt als betrokken hulpverleners werd dit (na verloop van tijd) als een positieve ontwikkeling gezien. Een voorbeeld is een casus waarin de persoonlijk begeleider ingestroomd is vanuit de WMO en achterwacht is voor eventuele levensgebeurtenissen, zo nodig kan de verpleegkundige weer ingeschakeld worden. Een nadeel dat veel cliënten ervaren, is dat het onzeker is of onderliggende WMO-beschikking in de toekomst gehandhaafd zal blijven; dit geeft steeds weer veel stress en onzekerheid. Andere vormen van afschalen die we hebben gezien is afbouw van medicatie en contacten met (hoofd) behandelaren, waardoor de rol van de psychiater naar de achtergrond verdween en bijvoorbeeld beperkt bleef tot een periodieke ‘medicatiecheck’. Bij één casus stond een verdere afschaling van zorg buiten OL op de planning: deze cliënt zal op termijn overgaan naar de basis ggz.

Wijze van uitvoering ondersteuning

In voorgaande stonden vooral de ondersteuningsactiviteiten (wat) centraal. Nu staan we stil bij de wijze waarop (hoe) de ondersteuningsactiviteiten uitgevoerd werden. Bij de wijze waarop de ondersteuning werd uitgevoerd vielen in de onderzochte casussen vier aspecten op, namelijk: eigen regie van de cliënt, ruimte voor bouwen aan vertrouwen, creatief inspelen op de situatie en afstemming tussen Optimaal Leven en naasten. Deze aspecten worden hieronder toegelicht.

Ten eerste hebben we in vijf casussen expliciet gezien dat de cliënt zelf de regie kreeg en behield, OL volgde bij de ondersteuning de wensen en behoeften van de cliënt en de cliënt waardeerde dit. Eén cliënt zegt bijvoorbeeld: ‘Er werd met me gekeken wat ik wilde en nodig had’. Een andere cliënt zegt: *‘Het eerste gesprek met de verpleegkundig specialist ging over wat er speelde. Zij liet meteen merken: ik ben er voor jou en overleg met jou. Wat wil jij? Zij zei: jij bent degene die bepaalt’*. We hebben ook gezien dat een benadering of behandeling werd afgestemd op de voorkeuren van de cliënt. Zo vertelt een GGZ-agoog: *‘We hebben ons niet helemaal aan het protocol gehouden, dat is aangepast aan de cliënt. Volgens het protocol moeten er een vast aantal sessies gevolgd worden, die vastomlijnd zijn. Huiswerk maken hoort er ook bij en als ik dat haar uitlegde dan zei ze: dat werkt niet. Dus we spraken af: ze doet het huiswerk niet op papier maar wel in haar hoofd’*.

Een tweede aspect dat in drie casussen naar voren kwam is de tijd die vanuit OL wordt genomen om te bouwen aan vertrouwen. Eén cliënt zegt: *‘De casemanager kwam bij mij thuis, bouwen aan vertrouwen was het eerste punt. Rust, geen tijdsdruk: mijn tempo. Geen oordelen. Vanwege mijn wantrouwen in de ggz was ik veel aan het uittesten, maar ze doen wat ze zeggen.’* Ook kwam in een tweetal casussen naar voren dat er flexibel omgegaan wordt met een mismatch in klik tussen cliënt en OL hulpverlener. Dan wordt er bijvoorbeeld een vervanger gezocht of het contact met betreffende hulpverlener beëindigd. Een cliënt zegt: *‘Contact met andere mensen uit het Optimaal Leven team had ik niet echt, ik heb drie*

casemanagers geprobeerd, maar ik had een klik met de verpleegkundig specialist en ervaringsdeskundige en dat contact is gebleven’.

Een derde aspect dat opvalt in een aantal casussen is dat creatief ingespeeld wordt op de situatie, zodanig dat er soms ook minder of niet gangbare ondersteuning wordt geboden door OL, soms ook als daar (nog) geen financiering tegenover staat. Hieronder lichten we een vijftal voorbeelden daarvan uit:

- Een casus waarbij al jaren jeugdhulp betrokken is. Helaas ontstaat er een vertrouwensbreuk tussen de cliënt en de jeugdhulporganisatie. De ondersteuning van de jeugdhulporganisatie eindigt. De cliënt heeft echter weinig vertrouwen in een nieuwe jeugdhulporganisatie. Daarop neemt de persoonlijk begeleider tijdelijk en in overleg met het WMO-loket de rol van gezinsondersteuner op zich.
- Een casus waarin een gescheiden cliënt door een jeugdhulporganisatie begeleid wordt in het beperkt toegestaan contact met haar kinderen. Als de financiering onder deze begeleiding eindigt, stopt de jeugdhulporganisatie deze begeleiding. De cliënt is, met het oog op de wensen van de ex-partner, bang óf en hoe het contact met de kinderen nu voortgezet kan worden. Vanuit OL wordt geregeld dat een hulpverlener van OL, in overleg met de ex-partner, deze rol op zich neemt.
- Een casus waarbij er sprake is van forse terugvallen in middelengebruik. Bij deze cliënt wordt tweemaal een thuisdetox toegepast, waaronder 10-daagse medicatie, monitoring en drie keer per dag contact met de cliënt. De cliënt is blij met deze mogelijkheid omdat ze in haar eigen omgeving en in contact met haar naasten kan blijven, waardoor het herstel vlotter gaat.
- Een casus waarbij een WMO-indicatie voor de inzet van de persoonlijk begeleider herhaaldelijk wordt afgewezen, ondanks dat de situatie van de cliënt hier om vraagt. De persoonlijk begeleider blijft in samenwerking met de cliënt, naaste en de projectleider van OL volharden in het aanvechten van de beslissing. Gezien de verslechterende situatie van de cliënt, die onder andere veel stress ervaart van de niet verleende indicatie, blijft de persoonlijk begeleider gedurende zeker een half jaar betrokken bij de cliënt, zonder dat daar financiering tegenover staat.
- Een casus waarbij vanwege zowel verslavingsproblematiek als ernstige, maar vooral nog onverklaarbare fysieke klachten, vele artsen uit verschillende organisaties betrokken zijn. De psychiater van OL spreekt al snel met de huisarts en artsen af zowel de regie over de opiaten te nemen als over de afstemming rondom verschillende betrokkenen in de diagnostiekfase. Deze rol is mogelijk doordat de psychiater medisch onderlegd is; daardoor is hij in staat ervoor te zorgen dat dingen begrepen en verbonden werden door alle betrokkenen binnen en buiten OL. Hiermee ontlast hij ook de huisarts die vermoedelijk vanwege gebrek aan expertise niet over zou gaan tot een overstap naar een ander opiaat, iets waar hij in afstemming met een verslavingsarts van VNN in de toekomst stappen toe wil nemen.

Een laatste aspect dat opviel in de wijze waarop de ondersteuning uitgevoerd werd is dat we in zes casussen expliciet gezien hebben dat afstemming plaatsvond tussen Optimaal Leven en de naaste(n) van een cliënt. Bij drie sessies was ook een naaste aanwezig. Naasten waren op verschillende manieren betrokken bij de ondersteuning aan de cliënt. Meest voorkomende manier is dat een naaste naar behoefte contact onderhoudt met een OL-hulpverlener, bijvoorbeeld wanneer hij/zij bezorgd is over

de cliënt; dit is terug te zien in vier casussen. Een cliënt zegt hierover: *‘Het is goed geweest dat mijn dochter gesprekken heeft gehad met mijn casemanager, dat ze haar ei kwijt kon’*. Andersom zagen we dat de naaste voor de hulpverlener een bron van informatie was en dat de gesprekken voor de naaste ook helend kunnen zijn. In één casus werd de naaste zelf betrokken in de behandeling middels echtpaargesprekken, de cliënt zegt daarover: *‘De psychiater heeft de gesprekken op gang gebracht. Daardoor is er nu meer acceptatie over en weer, kunnen we weer door één deur en praten we met elkaar’*. Daarnaast zagen we bij een tweetal casussen dat er contact was met naasten tijdens overlegmomenten, met als doel informeren en afstemmen en in twee casussen was er frequent overleg en afstemming tussen OL en een ex-partner rondom de begeleiding van kinderen.

Kosten van de ondersteuning

Onderdeel van de Effectencalculator is dat met de reconstructie van de aard en omvang van de ondersteuning ook de kosten van de zorg inzichtelijk worden. Tijdens de sessies in dit onderzoek is gevraagd naar start en de duur van de verschillende vormen van zorg en ondersteuning, maar het tot in detail uitvragen is losgelaten. Het bleek dat dit teveel tijd in beslag zou nemen van een sessie (2,5 uur) en ook teveel gevraagd was van cliënt en hulpverleners: de omvang van de ondersteuning over een periode van gemiddeld ruim twee jaar was simpelweg te veel. Er is besloten om de details achteraf te verzamelen door de zorgkosten van de elf cliënten op te halen uit het EPD van de betrokken zorginstellingen (GGZ Drenthe, VNN en Cosis).

Het gaat om alle zorgkosten behorende bij de elf casussen uit dit onderzoek die vanuit de betrokken zorginstellingen (GGZ Drenthe, VNN, Cosis) zijn gefactureerd aan de zorgverzekeraar (ZvW) of gemeente (WMO) over een periode tussen oktober 2018 (start van de OL teams) tot en met november 2021 (laatste maand van effectencalculator sessies)²¹. Van elke casus zijn de kosten weergegeven vanaf de startdatum (verschilt per cliënt) van zorg door het Optimaal Leven team, zie Bijlage II. Het zijn de zorgkosten verbonden aan de inzet van het Optimaal Leven team, maar ook van overige zorg vanuit de moederorganisaties die is ingezet, zoals (crisis-) opname of woonbegeleiding. Hiermee zijn niet alle zorgkosten in beeld, omdat cliënten ook huishoudelijke hulp, thuiszorg of dagbesteding van een andere organisatie ontvangen (zie Bijlage I). Deze kosten zijn niet achterhaald. Verder zijn de kosten voor somatische zorg in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten²². Gebleken is ook dat niet alle inzet vanuit de teams kon worden gefactureerd.

Het uitgangspunt om zonder schotten continue zorg te bieden sluit niet altijd aan op het proces van toekenning van WMO-beschikkingen. Dit kan lang duren, soms enkele maanden, wat niet in het belang is van de cliënt. De zorg is dan wel van start gegaan, maar bij negen van de elf casussen bleek de betreffende gemeente de beschikking niet met terugwerkende kracht toe te kennen. De teams zijn veel in contact met gemeenten om dit te verbeteren, maar dit is een moeizaam proces en lukt nog niet in alle gevallen.

²¹ De zorgkosten WMO van Cosis konden aangeleverd worden vanaf januari 2019 in verband met de overstap naar een ander elektronisch patiënten dossier.

²² Vektis geeft inzicht in de zorgkosten gemaakt bij de zorgverzekeraar (ZvW/LZ) waarbij de ggz kan worden onderscheiden. Tot op heden is deze informatie beschikbaar t/m 2018 en dus niet bruikbaar voor evaluatie van OL. Ook zijn de WMO kosten via Vektis (nog) niet inzichtelijk voor alle Drentse gemeenten.

In Tabel 3 zijn de verschillende soorten zorgkosten inclusief toelichting weergegeven. In de ZvW kosten worden drie varianten onderscheiden, reguliere DBC, crisis DBC en klinische opname. Een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) loopt maximaal een jaar, als de zorg wordt voortgezet dan wordt de DBC afgesloten en een nieuwe geopend. Als acute ggz wordt ingezet, wordt een aparte crisis-DBC geopend waarmee zowel de kortdurende ambulante inzet als de kortdurende crisisopname wordt bekostigd. De WMO-kosten zijn samengevoegd tot één bedrag. De producten en tarieven verschillen per gemeente. Om uit deze lappendeken van financiering een rode draad te krijgen zijn de totale zorgkosten per cliënt per maand berekend.

Zorgwet	Toelichting
Zorgverzekeringswet (ZvW)	Via zorgverzekeraars
Diagnose Behandel Combinatie (DBC)	Behandeling gekoppeld aan diagnose, verschillende tarieven per zorgwaarte
Crisis DBC	Tijdelijke crisishulp Intensive Home Treatment (IHT)
Verblijfskosten	Opname in kliniek (GGZ/VNN)
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	Via gemeenten
Ambulante persoonlijke begeleiding	Ambulante begeleiding, verschillende groepen en tarieven per gemeente
Woonbegeleiding	Zorg gekoppeld aan woonvoorziening
Dagbesteding	Begeleiding bij dagbesteding

Tabel 3: Verschillende soorten zorgkosten waarvan sprake is bij OL cliënten

Bij alle elf cliënten worden zowel ZvW- als WMO-zorgkosten gedeclareerd. Dit is ook terug te zien in Bijlage II; hier zijn de kostenoverzichten per individuele casus terug te vinden. De bevinding dat er zowel ZvW- als WMO-kosten worden gedeclareerd sluit aan bij het concept van integrale zorg dat ervan uitgaat dat parallel behandeling en begeleiding wordt geboden. De gemiddelde DBC-prijs per maand (exclusief eventuele verblijfskosten) van de elf cliënten in dit onderzoek is €1.292 in het eerste jaar, range van €1.099 tot €1.464. Hieruit blijkt dat het gaat om cliënten met relatief hoge zorgkosten en zorgwaarte, vergeleken met de gemiddelde 'EPA cliënt' in Nederland²³ en met de gemiddelde DBC-prijs voor EPA cliënten in reguliere FACT-zorg bij GGZ Drenthe (rond de €500 per maand, exclusief eventuele verblijfskosten²⁴).

Gekeken naar de gezamenlijke zorgkosten van DBC (excl. verblijfskosten) en WMO per cliënt, dan blijken de maandelijkse zorgkosten:

- Van vijf cliënten (casus 2, 3, 7, 9 en 10 in Bijlage II) onder de €800 te blijven.
- Van zes cliënten (casus 1, 4, 5, 6, 8 en 11 in Bijlage II) meer dan €2.000 te zijn met een piek van bijna €8.000.

Bij de start van Optimaal Leven is de doelstelling geformuleerd om voor maximaal dezelfde kosten zorg te leveren die tot een betere kwaliteit van leven leidt. De gemiddelde zorgkosten van de elf cliënten in dit onderzoek nemen na anderhalf jaar sterk af. Een opname of betrokkenheid van de crisisdienst zorgen zoals bekend voor een sterke toename van de zorgkosten, een maand opname kost bij de

²³ Vektis (2022)

²⁴ Interne communicatie met controller GGZ Drenthe, cijfers over Drentse FACT teams in 2021

betrokken casussen tussen de € 7.000 en bijna € 15.000. Bij acht cliënten is sprake van opname en/of betrokkenheid van de crisisdienst (casus 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 en 11 in Bijlage II). Uit de overzichten van deze cliënten blijkt dat deze kosten vooral in de eerste anderhalf jaar zijn gemaakt en daarna sterk afnemen.

Een andere opvallende trend is dat de gemiddelde DBC-prijs (exclusief verblijfkosten) na anderhalf jaar afneemt en de gemiddelde WMO-prijs toeneemt, te zien bij casus 1, 3, 4, 5, 7 en 9 (zie Bijlage II). Dit sluit aan op wat in het beloop van de casussen is vastgesteld: dat (bij vijf casussen) de inzet van de ambulante begeleider (begeleiding/WMO) wordt toegevoegd en tegelijkertijd de inzet van de behandelaar (ZvW) wordt afgebouwd.

De totale zorgkosten van de elf cliënten, voor zover binnen dit onderzoek bekend, lijken eerder af dan toe te nemen. Nadere analyse van een grotere groep over langere periode is nodig om na te gaan wat de ontwikkeling van de zorgkosten is. Bij een vervolgonderzoek zou ook de ureninzet meegenomen moeten worden om een nauwkeuriger beeld te krijgen van de aard en omvang van de inzet van zorg en ondersteuning.

Samenvatting

In deze paragraaf is gekeken hoe de ondersteuningsactiviteiten naar aard en kosten worden vorm gegeven in de elf onderzochte ondersteuningstrajecten. Aan bod is gekomen dat de ondersteuningsactiviteiten binnen Optimaal Leven op integrale wijze vorm worden gegeven. In alle ondersteuningstrajecten wordt rond een casus tegelijkertijd samengewerkt aan behandeling en begeleiding. Iedere hulpverlener van OL neemt een eigen puzzelstukje van de ondersteuning voor zijn of haar rekening en stemt dit onderling af. De integraliteit van de zorg en ondersteuning van OL blijft echter op een aantal punten beperkt. Dit komt voort uit een beperkte behandelcapaciteit vanuit psychiaters (tijdelijk) en gz-psychologen (structureel). Verder is expertise op het gebied van verslavingszorg en welzijnswerk minder sterk ingebed. Daarnaast hebben we gezien dat de inzet van begeleiding in sommige teams pas later op gang is gekomen.

Wat betreft de onderlinge afstemming binnen OL: deze afstemming is continu en laagdrempelig doordat de hulpverleners vanuit één team werken. Volgens medewerkers is het belangrijk om elkaar en elkaars expertise goed te kennen en veel contact te hebben met elkaar. Er zijn verschillende manieren om dit in een overlegstructuur te gieten. Belangrijk lijkt vooral dat je elkaar gemakkelijk even kunt aanschieten. Om elkaar goed te kunnen vinden is het ook van belang dat je allemaal in hetzelfde dossier werkt. Zo nodig wordt er buiten de 'vaste schil', maar binnen het OL-team, op ad hoc basis expertise vanuit andere hulpverleners ingeschakeld (verbreden ondersteuning) of wordt er meer of minder inzet gepleegd (intensiveren of verminderen ondersteuning). Naast OL waren er in alle casussen ook andere netwerkpartners, zoals thuiszorg, huisarts en wijkagent, betrokken. In veel gevallen werd er ook samenhang aangebracht in de (ondersteunings)activiteiten van deze partijen en die van OL.

Naast integraliteit ligt de focus bij de ondersteuning van OL op versterken van de eigen regie van de cliënt, bouwen aan vertrouwen en zo nodig zoeken naar aansluitende, out-of-the-box oplossingen en het betrekken van naasten.

Uit bovenstaande komt een beeld naar voren van drie hechte en gelijkwaardige teams, waarin verschillende expertises beschikbaar zijn, laagdrempelig aangesproken kunnen worden en gewerkt wordt vanuit een gezamenlijke visie. Ook lijken de OL-teams de ruimte te ervaren en gefaciliteerd te worden in het flexibel en creatief werken (bijvoorbeeld matches van een hulpverlener, zo nodig buiten verzorgingsgebied beschikbaar zijn), ook als het risico wordt gelopen dat daar geen financiering tegenover staat. Daarnaast ervaart het OL team in een bepaalde mate de ruimte om te investeren in afstemming met naasten en netwerkpartners. De ervaringen wat betreft afstemming met netwerkpartners zijn overwegend positief, hoewel het volgens medewerkers soms moeilijk en veel moeite is om (tijdig) de WMO-beschikking te krijgen die nodig is. Ook worden vaak slechts korte beschikkingen afgegeven en moet voor elke nieuwe beschikking opnieuw de noodzaak worden aangetoond.

Wat betreft kosten is gebleken dat bij alle elf cliënten zowel DBC- als WMO-zorgkosten gedeclareerd worden. De gemiddelde DBC-prijs per maand (exclusief eventuele verblijfkosten) van de elf cliënten in dit onderzoek is €1.292 in het eerste jaar, range van €1.099 tot €1.464. Uit dit onderzoek blijken de totale zorgkosten over de onderzochte periode niet toe te nemen. Nadere analyse is nodig om inzicht te krijgen in hoe de zorgkosten zich bij een grotere groep ontwikkelen en wat de omvang daarvan is. In de onderzochte elf casussen zijn twee trends zichtbaar: het aantal opnames nam na 1,5 jaar af, wat zorgt voor een sterke kostendaling (een opname kost € 7.000-15.000 per maand), en de gemiddelde DBC-prijs (exclusief verblijfkosten) neemt na anderhalf jaar af terwijl de gemiddelde WMO-prijs toeneemt.

3.3 De (meer)waarde van de Optimaal Leven aanpak

In deze paragraaf wordt nagegaan wat de (meer)waarde is van de Optimaal Leven aanpak voor cliënten. De (meer)waarde van de ondersteuning van Optimaal Leven is bij de verschillende betrokkenen uitgevraagd door hen de volgende vraag te laten beantwoorden: Hoe was het verhaal van deze casus vermoedelijk verlopen wanneer de Optimaal Leven aanpak niet toegepast was en de cliënt te maken had gehad met 'standaardzorg'? Deze stap is een vast onderdeel van de Effectencalculator methodiek. Alvorens de resultaten van deze stap te tonen, wordt eerst beschreven hoe de standaardzorg er vermoedelijk uit had gezien voor de elf betrokken casussen.

Voor alle casussen geldt dat er in een alternatief scenario sprake zou zijn geweest van een vorm van standaardzorg. Hiermee wordt bedoeld dat zij niet verstoken zouden zijn geweest van zorg en ondersteuning, maar dat dit anders georganiseerd zou zijn geweest. In de sessies is met de aanwezige betrokkenen een inschatting gemaakt van het meest voor de hand liggende scenario en eventueel een tweede mogelijk scenario. Voor acht van de elf casussen geldt dat zij in ieder geval in zorg waren gebleven of gekomen bij een FACT-team. Bij vier van die acht casussen zou dit waarschijnlijk aangevuld zijn met (woon)begeleiding vanuit een organisatie als Cosis (3 casussen) of een ander ggz team (1 casus). Voor de resterende drie van de elf casussen geldt dat zij niet in zorg waren gekomen bij een FACT-team, maar bij VNN en Cosis of VNN en GGZ. In sommige gevallen werd gedacht aan een tweede mogelijke scenario, zoals: 'gaat van crisisinterventie naar crisisinterventie' (2 casussen), of 'Cosis en huisarts "leuren" want GGZ en VNN wijzen naar elkaar'.

De betrokkenen bij de casussen zijn van mening dat de zorg bij OL betere resultaten heeft gegeven dan in een alternatief scenario met 'standaardzorg' het geval was geweest. Bij één casus week de mening

van de cliënt en naaste in dit opzicht af van de overige aanwezige betrokkenen. In deze casus merken de cliënt en naaste weinig verschil ten opzichte van het alternatieve FACT-scenario, terwijl de hulpverleners wel een verschil zien in de meer gelijkwaardige rol voor de woonbegeleider bij OL dan bij het FACT-team, waar de cliënt volgens hen weer baat bij heeft. Voor de overige tien casussen geldt dat alle betrokkenen op één lijn stonden over een betere uitkomst door OL. We kunnen de verwachte verschillen zoals naar voren gekomen in de sessies samenvatten in acht 'als..dan' stellingen.

Als de cliënt niet in zorg was geweest bij Optimaal Leven dan:

... was er geen of later persoonlijke begeleiding ingezet en niet vanuit één team.

Betrokkenen geven aan dat het feit dat deze persoonlijke begeleiding wel (tijdig) is ingezet en integraal vanuit OL is geboden voor hen meerwaarde heeft gehad. Zo heeft de praktische ondersteuning in het dagelijks leven conflicten en escalatie van problemen voorkomen, maar ook het zelfstandig functioneren verbeterd. Hierdoor verschoof ook de focus van de ondersteuning: zonder inzet van een persoonlijk begeleider was de focus meer op de psychiatrie blijven liggen. Daarom wordt de vlot mogelijk gemaakte instroom (middels snel verkregen WMO beschikking door korte lijntjes OL en gemeente) van een persoonlijk begeleider in een casus als belangrijk pluspunt van OL gezien. Daarnaast had de persoonlijk begeleider een signalerende rol voor de andere disciplines waardoor er goed afgestemd kon worden en de ondersteuning soepel op- en afgeschaald kon worden.

... was er een minder adequate ondersteuning geweest.

Betrokkenen geven aan dat de ondersteuning van OL adequaat en van meerwaarde is geweest, bijvoorbeeld doordat een nieuwe diagnose werd gesteld en nieuwe behandeling werd ingezet. Ook wordt meerwaarde ervaren in de integrale ondersteuning waarin er voor problemen op verschillende levensgebieden tegelijkertijd aandacht is en waarover onderlinge afstemming is binnen OL. In samenhang met voorgaande wordt ook benoemd dat in de casussen met dubbele problematiek, bijvoorbeeld psychiatrie en verslaving, meerwaarde wordt gezien in het feit dat hiervoor niet bij twee organisaties aangeklopt hoeft te worden. Een hulpverlener zegt bijvoorbeeld: 'Het organiseren van zorg was meer een worsteling geweest gezien de dubbele problematiek, wie doet wat. Nu liep dat sneller en beter voor de cliënt'. Een cliënt zegt hierover: 'Ik ervaar die korte lijntjes, als ik een psycholoog nodig heb, dan kan ik er naar toe. Geen wachttijd'. Tot slot heeft het laagdrempelig gebruik kunnen maken van verslavingszorg vanuit OL een verschil gemaakt. Doordat er vaak (in eerste instantie) ontkenning is van verslavingsproblematiek door cliënten, maakt een verwijzing naar VNN het zwaarder en met meer stigma, waardoor de drempel nog hoger wordt.

...was de focus minder mensgericht geweest.

De brede focus op het hele leven van de cliënt en het aansluiten bij wat de cliënt wil, is sterk van meerwaarde. Een cliënt zegt: 'Ik voel me bij Optimaal Leven minder patiënt: meer samen beslissen, een betere afstemming en geen wachtlijst'. De mensgerichte focus maakt dat er minder eenzijdige focus ligt op behandeling van problemen en daarmee op ziek zijn. Daardoor is er ook meer ruimte om weer meer vertrouwen te krijgen in eigen kunnen en minder zorg en ondersteuning nodig te hebben. Een hulpverlener zegt: 'De mindset van de cliënt is veranderd: ze zoekt nu ook haar weg buiten de ggz.

Zonder Optimaal Leven had ze de ontwikkeling van ziek naar herstel mogelijk niet gemaakt. Dan was ze meer in specialistisch zorg gebleven in plaats van voorliggend veld'. Ook heeft in verschillende casussen de ruimte voor het opbouwen van een vertrouwensband en zo nodig switchen van hulpverlener bij gebrek aan een klik, een wezenlijk verschil gemaakt in de voortgang van het traject. Tot slot draagt de mensgerichte focus er aan bij dat cliënten zich gehoord, begrepen en betrokken voelen en daarmee aan hun tevredenheid over de ondersteuning.

... was er minder ruimte voor out-of-the box oplossingen.

Ervaren is dat de creatieve benadering van OL bijdraagt aan out-of-the box oplossingen en zo van meerwaarde is voor cliënten. Een hulpverlener zegt bijvoorbeeld: 'Er is veel meer creativiteit in het team om te doen wat nodig is voor cliënt, zoals de thuisdetox, begeleiding van het contact met de kinderen, enzovoort'. De meerwaarde is dat de zorg goed aansluit, het is maatwerk. Een cliënt zegt bijvoorbeeld: 'In andere zorg draai je vaak hetzelfde programma af, dat helpt niet. Optimaal Leven doet dat niet, Optimaal Leven kijkt wat nodig is'. Daarbij geldt dat OL niet wacht op regels of financiering, omdat timing van de zorg belangrijk is, zo geeft een hulpverlener aan.

... waren trajecten minder soepel verlopen.

Betrokkenen hebben het bijvoorbeeld als een meerwaarde ervaren dat cliënten snel, zonder wachtlijst, meer of andere ondersteuning kunnen krijgen als dat nodig is. Een andere meerwaarde is dat er minder sprake is van wisselende hulpverleners en dat door de korte lijntjes en onderlinge afstemming sneller gereageerd kan worden, waardoor escalaties kunnen worden voorkomen. Het samenwerken in één dossier en het regelmatig afstemmen helpen om overzicht te houden van elkaars activiteiten. Ook het betrekken en ondersteunen van naasten door OL draagt bij aan een soepel verlopend traject.

... was er (overall) meer ondersteuning nodig geweest.

Betrokkenen geven aan dat de continue en brede ondersteuning van Optimaal Leven escalatie van problematiek, (soms hoogoplopende) conflicten en crisissen heeft voorkomen en daarmee de inzet van organisaties buiten OL, zoals inzet van wijkzorg, huisarts en de crisisdienst.

... waren er vaker crisissen geweest.

Volgens de betrokkenen voorkomt de continuïteit en integraliteit in de aanpak het van crisis naar crisis gaan, met alle gevolgen van dien: meer depressieve klachten, meer suïcide(pogingen) of alle hoop op verbetering opgeven.

... zou het herstel langer duren.

Dit is een gevolg van alle voorgaande stellingen. Het zou langer duren voordat werd afgeschaald naar persoonlijke begeleiding en functioneren in het dagelijks leven. In sommige gevallen zou een vicieuze cyclus van crisis naar opkrabbelen en weer terug ontstaan, zonder dat er echt aan een oplossing gewerkt wordt. Ook beperkt vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener, minder efficiënte samenwerking en minder ruimte voor creatieve oplossingen zouden het proces vertragen.

Samengevat geven de betrokkenen dus aan dat de (meer)waarde van de zorg en ondersteuning van OL voor hen zit in de persoonlijke begeleiding die is ingezet, de adequate integrale wijze van ondersteuning die is geboden en de mensgerichte benadering. Ook de out-of-the-box oplossingen en soepele ondersteuningstrajecten, door het flexibel meebewegen in wat nodig is, zijn pluspunten. Volgens betrokkenen zijn dit dermate belangrijke aspecten dat het preventief gewerkt heeft, met minder escalatie van problemen en minder crisissen tot gevolg, waardoor er overall, ook buiten OL, minder ondersteuning nodig is geweest. Alles samen kan gezien worden als herstelversnellers: betrokkenen denken dat het herstel zonder OL langer had geduurd.



4. Conclusie, discussie en aanbevelingen

Impact van de ondersteuningstrajecten binnen Optimaal Leven

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de elf betrokken Optimaal Leven-cliënten worstelen met zowel psychische aandoeningen als ernstige beperkingen op andere levensgebieden zoals middelengebruik, het onderhouden van contacten en relaties en het vinden en behouden van werk. Bij alle cliënten is zowel sprake van behandeling als begeleiding door Optimaal Leven en worden zowel DBC- als WMO-zorgkosten gedeclareerd. De totale zorgkosten over de onderzochte periode blijken bij de onderzochte elf casussen niet toe nemen. Nadere analyse is nodig om inzicht te krijgen in hoe de zorgkosten zich bij een grotere groep ontwikkelen. In de onderzochte elf casussen zijn twee trends zichtbaar: het aantal opnames nam na 1,5 jaar af, wat zorgt voor een sterke kostendaling (een opname kost € 7.000-15.000 per maand), en de gemiddelde DBC-prijs (exclusief verblijfkosten) neemt na anderhalf jaar af terwijl de gemiddelde WMO-prijs toeneemt. Bij alle casussen waren er naast OL ook andere (zorg)instanties betrokken bij de cliënt, zoals huisarts, wijkagent en thuiszorg.

Herstelprocessen werden zichtbaar gedurende het in kaart gebrachte ondersteuningstraject, hierin werden veelal grillige patronen zichtbaar. In elke casus waren één of meer sleutelmomenten te onderscheiden, die in positieve of negatieve zin het beloop van het traject veranderden. Optimaal Leven speelde bij die sleutelmomenten op verschillende manieren een rol. Ten eerste door de klik die ontstond met hulpverleners van OL die essentieel was om vertrouwen te krijgen in de ondersteuning en dat verbetering mogelijk was. Daarnaast had OL een positieve impact op het beloop door het bieden van passende ondersteuning rond life events, waardoor cliënten hier beter mee konden dealen en weerbaarder werden. Tot slot leidde de inzet van OL op zichzelf ook tot sleutelmomenten, deze ontstonden als gevolg van een (nieuwe) diagnose, medicatieaanpassingen, inzet van persoonlijke begeleiding en creatieve oplossingen.

Bij de meeste casussen was er over het geheel genomen sprake van een (langzaam) stijgende lijn in de zin dat er sprake was van herstel op één of meerdere dimensies en als gevolg daarvan een verbeterde kwaliteit van leven. Belangrijkste verschillen die tussen de begin- en eindsituatie van het gevolgde ondersteuningstraject zichtbaar werden hadden betrekking op: vermindering van psychische- en verslavingsproblematiek, stabiliteit in de situatie, meer eigen regie en een betere daginvulling.

De Optimaal Leven aanpak en de meerwaarde daarvan voor cliënten

Op basis van sleutelmomenten, ondersteuningsactiviteiten en de 'wat-als' scenario's (hoe was het verhaal van deze casus vermoedelijk verlopen als de Optimaal Leven aanpak niet toegepast was en de cliënt te maken had gehad met 'standaardzorg'?) ontstaat een samenhangend en consistent beeld van de kenmerken van de Optimaal Leven aanpak en de meerwaarde daarvan voor cliënten. Deze aanpak wordt gekenmerkt door een specifieke mix van een attitude en ondersteuningsactiviteiten.

De **attitude** is **persoonsgericht** en gericht op luisteren, het opbouwen van een vertrouwensband, commitment, betrouwbaarheid, gelijkwaardigheid en meedenken, niet overnemen. Als gevolg daarvan voelen cliënten zich serieus genomen en wordt er aangesloten bij wat er voor de cliënt toe doet, waardoor de cliënt de regie behoudt en de focus niet alleen komt te liggen op de problemen, maar op

het bredere plaatje van functioneren en herstel. Het gaat kortom meer over hoe iemand kan bereiken wat hij/zij wil en daardoor behoudt de cliënt de regie. Door uitgebreid de tijd en ruimte te nemen voor het opbouwen van een vertrouwensband tussen de hulpverlener en de cliënt ontstaat een basis voor het (openstellen voor) gezamenlijk werken aan herstel. Voor een deel van de cliënten die bij aanvang vaak een laag vertrouwen hebben in zichzelf en hulpverleners is dit een belangrijke eerste te nemen stap. Door er (soms als geheel team) elke keer bij te blijven, niet weg te gaan en afspraken na te komen, blijft en verstevigt het vertrouwen en de basis om op te bouwen.

De ondersteuningsactiviteiten, die logischerwijze samenhangen met de attitude van het team, zijn gericht op **verbeterde integratie en afstemming van zorg en ondersteuning**. Dat is fijnmazig en intensief omdat men directe collega van elkaar is. Elke hulpverlener vervult zijn/haar eigen rol in de ondersteuning. Er is ook nauwe samenwerking en afstemming met lokale samenwerkingspartners zoals thuiszorg en de huisarts. Cliënten worden ondersteund op verschillende levensgebieden en kunnen hiervoor laagdrempelig terecht bij één organisatie, zij ervaren daardoor soms ook minder zelfstigma en worden ontlast in het zoeken naar de juiste hulp in een versnipperd en complex zorglandschap. De inzet van begeleiding naast behandeling is van meerwaarde voor cliënten: voor veel cliënten met een lange zorghistorie in de ggz geldt dat binnen Optimaal Leven de begeleiding 'er bij' komt en zij ervaren dit duidelijk als een toegevoegde waarde. De inzet op (praktische) ondersteuning bij onder andere wonen, werk en sociale contacten draagt bij aan maatschappelijk herstel.

Daarnaast wordt bij de ondersteuningsactiviteiten ingezet op **herstel in brede zin**, daardoor komt het zo goed mogelijk functioneren veel meer centraal te staan in plaats van ziekte en de negatieve aspecten die daarmee samenhangen. Stappen zetten in maatschappelijk en persoonlijk herstel wordt daardoor beter ondersteund.

Een ander kenmerk van OL is dat het team een **ruime taakopvatting** heeft en daarbij zo nodig een **creatieve benadering** hanteert: samen met de cliënt zoeken ze een ondersteuningsvorm die aansluit bij wat de cliënt nodig heeft ('doen wat nodig is'), in de breedte van het team kan er gemakkelijk ondersteuning bijgeschakeld worden. Er kan zo nodig ook een beroep gedaan worden op het netwerk of expertise van de deelnemende moederorganisaties. Ook minder gangbare ondersteuning wordt geboden als dat in het belang van de cliënt is. Dit voorziet in een goede timing van de zorg, voorkomt stress en onzekerheid of verstoringen in continuïteit van zorg. Ook helpt het de cliënt te weten dat het team er voor hem/haar is en inspeelt op verschillende zorgbehoeften: dit verstevigt het vertrouwen in de hulpverlening.

Tot slot is een kenmerk van de OL aanpak dat de **aard en de intensiteit van de zorg soepel en laagdrempelig afgesteld wordt op de behoefte van de cliënt**. Er wordt uitgegaan van de eigen kracht van de cliënt met mogelijkheden om zorg af te schalen binnen het team en waar mogelijk naar een minder intensieve vorm van zorg. Het helpt daarbij dat cliënten laagdrempelig kunnen oefenen met lichtere zorg; de ondersteuning blijft uit hetzelfde team komen en een hulpverlener kan zo weer betrokken worden als dat nodig is. Daarnaast heeft de cliënt minder last van schotten en regelgeving tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning.

De Optimaal Leven aanpak wordt kortom gekenmerkt door: 1) een persoonsgerichte attitude; 2) verbeterde integratie en afstemming van zorg en ondersteuning; 3) inzet op herstel in brede zin; 4) een ruime taakopvatting in combinatie met een creatieve benadering; en 5) soepele en laagdrempelige afstelling van zorg op de behoefte. De meerwaarde daarvan voor cliënten is gelegen in dat er een (basis voor openstellen voor) gezamenlijk werken aan herstel ontstaat waarin hij/zij eigen regie houdt en sneller herstel op verschillende dimensies mogelijk is. Daarnaast zijn de verschillende vormen van zorg en ondersteuning laagdrempeliger beschikbaar voor hen; zij worden ontlast in het zoeken naar de juiste hulp en ervaren minder hinder van verschillende schotten en regelingen tussen die verschillende vormen van ondersteuning.

Discussie

De in dit onderzoek geïdentificeerde kenmerken van de Optimaal Leven aanpak zijn op zichzelf niet vernieuwend: ze lijken logisch en weinig verrassend. Toch zijn het zaken die voortdurend aandacht nodig hebben omdat het niet vanzelf gaat. In samenhang lijken ze elkaar juist ook te versterken. Deze vorm van integraliteit (samenwerken in één team vanuit behandeling, begeleiding en welzijn) stimuleert hulpverleners tot een ruime taakopvatting en het helpt bij het verankeren van de gerichtheid van hulpverleners op het brede herstel en eigen regie van de cliënt. Dat het niet vanzelf gaat komt op verschillende manieren naar voren in dit onderzoek.

Zo blijkt uit het onderzoek dat de inzet van begeleiding naast behandeling van wezenlijk belang is voor cliënten. Voor veel cliënten met een lange zorghistorie in de ggz geldt dat binnen Optimaal Leven de begeleiding een nieuw aanvullend onderdeel is en zij ervaren dit duidelijk als een toegevoegde waarde. De inzet op (praktische) ondersteuning bij onder andere wonen, werk en sociale contacten draagt bij aan het maatschappelijke herstel. Uit het onderzoek blijkt dat het aanvragen van WMO-indicaties vaak snel gaat, omdat er afspraken en korte lijnen met de gemeenten zijn, zo worden er sinds 2020 al positieve ervaringen opgedaan middels een gezamenlijke pilot van de gemeente Assen en het OL team. Desondanks zijn er nog steeds situaties waarin een indicatie langer op zich laat wachten of niet of slechts ten dele wordt toegekend. Om indicaties beter aan te laten sluiten zijn in januari 2022 in een samenwerkingsconvenant afspraken gemaakt over tijdige indicatiestelling voor begeleiding. Het is van belang dat deze afspraken in de praktijk zijn uitwerking gaan krijgen. In de onderzochte ondersteuningstrajecten in de periode van oktober 2018 tot en met november 2021 hebben we gezien wat het effect is van het uitblijven of het op zich laten wachten van de onderliggende (vervolg) WMO-indicatie. Cliënten ondervinden stress en onzekerheid, OL-hulpverleners worden belast met: 1) het toch voor elkaar proberen te krijgen van de indicatie en; 2) werken, daarin gesteund door de projectleider van OL, ‘tegen de stroom in’. Zij leveren deze begeleiding toch, ondanks dat hier geen financiering tegenover staat. Op organisatieniveau zorgde dit ervoor dat er bij de WMO-partner in de OL samenwerking een financieel tekort ontstond. Dat extra inspanningen en afspraken nodig zijn om passende zorg te verlenen heeft ook te maken met de huidige inrichting van het zorgstelsel. Het gaat om het zogenaamde wrong pocket probleem: wanneer een gemeente, als inkoper van WMO-zorg, extra uitgaven doet om mensen beter te ondersteunen in het dagelijks leven, wordt daarmee dure zorg binnen de Wlz of ZvW voorkomen, maar deze ‘winst’ komt niet terecht bij de gemeente (maar bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor)²⁵.

²⁵ RVS (2022)

Een ander belangrijk kenmerk van de OL aanpak is de ruime taakopvatting die wordt gehanteerd. In diverse casussen draagt dit duidelijk bij aan het welbevinden en herstel van cliënten. Dat de hulpverleners van OL uitgaan van een ruime taakopvatting is echter niet vanzelfsprekend. De verschillende stelsels zijn relatief goed ingericht op het omgaan met verschillende vooraf gedefinieerde en gearticuleerde zorgvragen, maar juist dat is bij mensen met EPA vaak niet het geval²⁶. OL toont in de casussen dus eigenaarschap, bijvoorbeeld wanneer zij het cliëntcontact met kinderen begeleidt of zorg biedt terwijl de cliënt (nog) niet in zorg is bij OL, maar dit volgt niet noodzakelijkerwijs uit de inrichting van de stelsels.

Naast het feit dat de Optimaal Leven aanpak niet vanzelfsprekend is, komt in dit onderzoek ook naar voren dat de Optimaal Leven aanpak nog niet de volledige potentie benut. Professionals kunnen vanuit hun beperkte werkterrein per definitie niet in alle wensen en behoeften van mensen met een ernstige psychische aandoening voldoen, daarom is geïntegreerde zorg nodig. Een perfecte integratie (bijvoorbeeld alle zorgfuncties in één team) is echter niet altijd mogelijk en ook niet nodig als er goed functionerende netwerken zijn²⁷. Uitgangspunt van de Optimaal Leven aanpak is dat integratie van behandeling, begeleiding en welzijnswerk tot betere uitkomsten zal leiden. Dit onderzoek laat evenwel zien dat de Optimaal Leven aanpak binnen de huidige samenwerking nog beter in de praktijk gebracht kan worden door welzijn beter te betrekken, verslavingszorg beter in te bedden, de behandelcapaciteit (met name inzet psychiaters en GZ-psychologen) te vergroten en naasten nog meer en structureel te betrekken.

De casuïstiek in dit onderzoek laat zien dat de Optimaal Leven aanpak cliënten in staat stelt om, ondanks problemen op meerdere levensgebieden, stappen vooruit te zetten op verschillende dimensies van herstel. Daarbij vallen twee zaken op. Zo lijkt de casuïstiek er op te wijzen dat het cliënten mogelijk ten goede was gekomen wanneer OL eerder was ingezet, waardoor een piek in zorg met psychiatrische opnamen bij de start van het ondersteuningstraject voorkomen had kunnen worden. Daarnaast lijkt het cliënten te helpen dat zij voor ondersteuning op verschillende levensdomeinen laagdrempelig terecht kunnen bij één organisatie en hierdoor soms ook minder zelfstigma ervaren.

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek is gebruikt gemaakt van een meervoudige casusstudie. De aanpak die we hebben gezien in de verschillende casussen kan zich ook zo voordoen in niet onderzochte OL casussen (theoretische generalisatie). Op basis van dit onderzoek is niet te zeggen of deze aanpak in deze mate en op deze manier wordt toegepast bij de gehele OL cliëntenpopulatie en dezelfde uitkomsten geeft (statistische generalisatie). Dit was echter ook niet het doel van dit onderzoek. De onderzoeksresultaten zeggen ons vooral hoe de OL aanpak potentieel kan werken en wat de effecten daarvan kunnen zijn, een inzicht dat we tot dusver nog niet hadden.

De inzet van de Effectencalculator droeg op verschillende manieren positief bij aan het onderzoek. Zo hielp het instrument de sessies te structureren, bracht het meerdere perspectieven bijeen rond één casus en gaf het inzicht in de kenmerken en opbrengsten van de OL aanpak. Ook van grote meerwaarde

²⁶ RVS (2022)

²⁷ Mulder, Weeghel, Delespaul et al. (2020)

was de actieve bijdrage van cliënten. Bij onderzoek naar (de effectiviteit van) interventies ligt de focus vaak op het meten van kwantitatieve uitkomsten. Cliënten zijn echter een belangrijke bron van informatie die daarin vaak niet of onvoldoende aan bod komen. Bovendien is kwalitatief onderzoek geschikt om in complexe situaties belangrijke maar genuanceerde mechanismen en effecten inzichtelijk te maken.

Het onderzoek kent ook een aantal beperkingen. Het benaderen en plannen van gesprekken met alle deelnemers was een tijdrovende klus en ondanks de gepleegde inzet hierop is het niet altijd gelukt om iedereen tegelijkertijd om tafel te krijgen. Hoewel aanvullende interviews die daarop in een aantal gevallen zijn afgenomen alsnog hebben bijgedragen aan een 'brede' casusbeschrijving, is niet te zeggen in hoeverre dit de sessie en opgehaalde informatie heeft beïnvloed. Een andere beperking is de combinatie van werving via nauw betrokken hulpverleners en de gebruikte inclusiecriteria (illustratief voor OL aanpak, in staat tot actief participeren in het onderzoek) bij de casusselectie. Mogelijk is daardoor voorgesorteerd op cliënten die veel baat hebben bij OL, positief zijn over Optimaal Leven en verder zijn in hun herstelproces. Anderzijds hebben we ook gezien dat OL, ondanks alle inspanningen, niet kon voorkomen dat er terugvallen waren in een aantal casussen en dat de situatie in sommige casussen (nog) niet helemaal stabiel werd, een beeld dat past bij de EPA doelgroep. Longitudinaal onderzoek is nodig om te zien of de positieve uitkomsten ook op de lange termijn duurzaam zijn.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek is om een vergelijking te maken met reguliere zorg aan de hand van concrete metingen bij een controlegroep. Dat maakt het mogelijk om de resultaten van de hypothetische vergelijking in dit onderzoek te staven. Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek betreft het analyseren van zorgkosten van een grotere groep over een langere periode, om na te gaan wat de ontwikkeling van de zorgkosten is. Hierbij zou ook de ureninzet meegenomen moeten worden om een nauwkeuriger beeld te krijgen van de aard en omvang van de inzet van zorg en ondersteuning.

Implicaties van het onderzoek

Optimaal Leven is een initiatief waarin domeinoverstijgend samengewerkt wordt. Kenmerkend hieraan is dat aanbieders en inkopers van zorg uit verschillende, in plaats van dezelfde, domeinen afspraken hebben gemaakt over het bieden van passende zorg. De resultaten van het onderzoek laten zien dat er een Optimaal Leven aanpak tot stand is gekomen die inderdaad bijdraagt aan meer passende zorg en op die manier ten goede komt aan het herstel en uiteindelijk de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische aandoening. Deze uitkomst is in lijn met de verwachtingen: niet voor niets wordt ingezet op netwerkpsychiatrie voor de EPA doelgroep en is er vanuit de landelijke politiek aandacht voor Optimaal Leven en vergelijkbare initiatieven.

Ondanks de mooie resultaten zien we ook een aantal bedreigingen rond het bestendigen en uitbouwen van de Optimaal Leven aanpak. Het eerder beschreven beperkte eigenaarschap en de daarmee samenhangende 'wrong pocket' problematiek heeft tot gevolg dat het domeinoverstijgend samenwerken voor zorgverleners erg belastend is. Welwillende hulpverleners en projectleiders proberen binnen OL als boundary spanners, op de grenzen van domeinen, het beste te doen voor cliënten door

onbetaalde zorg te verlenen, extra uren te steken in het overleggen, het maken van afspraken en het documenteren van geleverde zorg²⁸. De medewerkers van OL zijn gesterkt in het eigen maken van deze rol door het werken in proeftuinen waarin dit gestimuleerd en gefaciliteerd werd door bijbehorende, maar onlangs beëindigde, innovatiesubsidies. Om te voorkomen dat professionals ontmoedigd raken en vooral voor het realiseren van de meest optimaal passende zorg voor mensen met EPA is het daarom belangrijk om te kijken hoe een domeinoverstijgend samenwerkingsinitiatief als Optimaal Leven structureel geborgd kan worden. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat het de moeite waard is in te zetten op integrale zorgconcepten zoals Optimaal Leven om mogelijk te maken dat professionals 'gewoon doen wat nodig is', voor meer en sneller herstel en uiteindelijk kwaliteit van leven voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.



5. Onderzoeksaanpak

Effectencalculator

In dit evaluatieonderzoek is gebruik gemaakt van de Effectencalculator. Dit is een onderzoeks- en evaluatie instrument dat in het bijzonder geschikt is voor werkwijzen in zorg en ondersteuning waarin maatwerk centraal staat. Het is ontwikkeld om de maatschappelijke meerwaarde van interventies in kaart te brengen, vanuit het perspectief van de cliënt en betrokken naasten, vrijwilligers en professionals. De basis ervan is een constructieve dialoog rondom een individueel persoon. In aanloop naar dit onderzoek zijn acht 'calculateurs' (verder te noemen onderzoekers) getraind in toepassing van het instrument.

Casusselectie

Er zijn in totaal elf casussen in kaart gebracht, evenredig verdeeld over drie Optimaal Leven regio's, namelijk Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden. Medewerkers van deze drie Optimaal Leven teams zijn gevraagd per regio tien casussen (30 in totaal) aan te leveren die voldoen aan de volgende drie inhoudelijke criteria:

1. *Bij de casus zijn OL-medewerkers betrokken (geweest) van meer dan één moederorganisatie (Cosis, GGZ Drenthe, VNN, welzijn).* Dit om ervoor te zorgen dat de casussen illustratief zijn voor de wijze waarop medewerkers vanuit verschillende achtergronden en moederorganisaties samen werken rond één cliënt.
2. *De casus is tekenend voor de werkwijze van Optimaal Leven, ongeacht het resultaat van de aanpak.* Dit om ervoor te zorgen dat de casussen illustratief zijn voor de manier waarop Optimaal Leven functioneert en de impact daarvan op het leven van de cliënt in beeld te krijgen.
3. *Er is voldoende gebeurd en de casus loopt minimaal 6 maanden.* Dit om ervoor te zorgen dat er gedurende de looptijd al voldoende is ingezet en gebeurd om een goed beeld van de werking van de aanpak en de resultaten daarvan te geven.

Daarnaast is gevraagd casussen aan te leveren waarvoor ingeschat werd dat de cliënt in een bepaalde mate bij zou kunnen dragen aan het gesprek in het kader van de Effectencalculator. Dit omdat we het van groot belang vonden om het perspectief van de cliënt zelf mee te nemen.

In totaal zijn er dertig casussen aangeleverd (9 vanuit Assen, 10 vanuit Emmen en 11 vanuit Hoogeveen/De Wolden). Op basis van deze voorselectie van casussen zijn er twaalf casussen geselecteerd voor deelname aan het onderzoek, vier voor elke regio. Daarbij is geprobeerd een zo goed mogelijke spreiding aan te brengen als het gaat om: duur in zorg vóór Optimaal Leven, sekse, leeftijd, diversiteit in betrokken medewerkers vanuit (de verschillende moederorganisaties) van Optimaal Leven, betrokken partijen buiten Optimaal Leven, aard en ernst van de problematiek. In het eindstadium van het onderzoek heeft één casus zich teruggetrokken uit het onderzoek. Daardoor is dit onderzoek gebaseerd op elf casussen.

Kenmerken casussen

De casuskenmerken (onder andere sekse en leeftijdsgroep) staan beschreven in Tabel 4. In Tabel 5 is de verdeling van problematiek over de elf casussen weergegeven.

Casuskenmerken:		
Sekse	M	3
	V	8
Leeftijdsgroep	18 - 25 jaar	1
	26 - 35 jaar	1
	36 - 45 jaar	4
	46 - 55 jaar	4
	56 - 65 jaar	1
	66 en ouder	-
Duur in zorg (begeleiding/behandeling) vóór Optimaal Leven:	Geen	-
	0 - 5 jaar	3
	5 - 10 jaar	3
	> 10 jaar	5
Voorlaatste zorgcontact voor Optimaal Leven was met (meerdere antwoorden mogelijk):	Geen	-
	FACT GGZ Drenthe	5
	Cosis	1
	GGZ Drenthe	2
	GGZ Drenthe & Cosis	1
	VNN & Cosis	1
	Welzijn (Sedna, SWW, Vaart Welzijn)	1
Medewerkers betrokken (geweest) vanuit Optimaal Leven:	GGZ Drenthe, VNN, Cosis & Welzijn	1
	GGZ Drenthe, VNN & Cosis	2
	GGZ Drenthe & Cosis	8

Tabel 4: Kenmerken van de elf in het onderzoek betrokken casussen

Vraagstuk rond (meerdere antwoorden mogelijk)	Totaal
Financiën	3
Werk & opleiding	6
Tijdsbesteding	7
Huisvesting	3
Huiselijke relaties	8
Geestelijke gezondheid	11
Lichamelijke gezondheid	8
Middelengebruik	4
Activiteiten dagelijks leven	9
Sociaal netwerk	4
Maatschappelijke participatie	4
Justitie	2

Tabel 5: Verdeling verschillende typen problematiek binnen de in het onderzoek betrokken casussen

Procedure

De geselecteerde cliënten zijn via de casemanager benaderd voor deelname aan het onderzoek. Van hen gaven negen toestemming, drie cliënten (allen vanuit team Hoogeveen/De Wolden) zagen af van deelname aan het onderzoek. Redenen hiervoor waren: het niet zien zitten vanwege eigen belastbaarheid, binnenkort uit zorg gaan bij Optimaal Leven en door ontevredenheid over geboden zorg en ondersteuning. Voor deze drie casussen zijn, rekening houdend met de spreiding in kenmerken van de casussen, drie nieuwe casussen geselecteerd door de onderzoekers. Uiteindelijk werden twaalf cliënten bereid gevonden deel te nemen aan het onderzoek (vier per regio); in een later stadium heeft één cliënt zich terug getrokken uit het onderzoek. De betrokken onderzoeker heeft vervolgens in samenspraak met de cliënt en de casemanager besproken welke personen uitgenodigd werden voor het gesprek (dialoog met behulp van de Effectencalculator). Deze personen, verder te noemen deelnemers, zijn relevante betrokkenen bij de zorg en ondersteuning aan de cliënt, het gaat dan om hulpverleners van Optimaal Leven en (indien van toepassing) ook van andere organisaties. Uitdrukkelijk waren ook naasten welkom om deel te nemen aan het gesprek. Uitgangspunt was om gesprekken te voeren met de meest relevante betrokkenen. In verband met de praktische uitvoerbaarheid van de gesprekken, met voldoende ruimte voor ieders input, werd een aantal van vijf betrokkenen grofweg als maximaal aantal deelnemers aangehouden.

Deelnemers aan de gesprekken

De gesprekken duurden maximaal 2,5 uur en vonden in afstemming met deelnemers digitaal (1x) of face-to-face (10x) plaats tussen mei en november 2021. Het aantal deelnemers aan de gesprekken varieerde van twee (3x), drie (2x), vier (3x), vijf (2x) tot zes (1x). In bijna alle gevallen was de cliënt zelf aanwezig bij het gesprek. Eén cliënt zag hiervan af in verband met belastbaarheid. Deze cliënt is naderhand geïnterviewd door de betrokken onderzoeker zodat het cliëntperspectief ook in deze casus is ingebracht.

De onderzoekers hebben het belang van de aanwezigheid van meerdere perspectieven benadrukt. In alle gevallen zijn dan ook meerdere betrokkenen uitgenodigd, toch is het niet altijd gelukt om alle betrokkenen aan tafel te krijgen. Bij zeven van de elf casussen is er daarom voor gekozen om naderhand betrokkenen individueel te interviewen; daarbij ging het om één betrokkene (4x) of twee betrokkenen (3x). In totaal gaat het om tien aanvullende interviews. Op deze manier is bewerkstelligd dat elke casusbeschrijving is gebaseerd op de input van drie (1x), vier (4x), vijf (5x) of zes (1x) betrokkenen. Bij alle casussen hebben naast de cliënt minimaal twee hulpverleners van Optimaal Leven deelgenomen aan het gesprek. Daarnaast zijn er bij acht van de elf casussen ook betrokkenen van buiten Optimaal Leven aangeschoven, het gaat dan om naasten (3x), bewindvoerder (1x), medewerker van dagbesteding (2x), huishoudelijke hulp (1x), woonbegeleiding (2x) en jobcoach (1x).

Opzet van de gesprekken

Het gesprek werd begeleid door twee onderzoekers en bestond uit twee delen: de reconstructie en de referentie. Tijdens de reconstructie is aan de hand van een tijdlijn door de deelnemers aan het gesprek gezamenlijk in kaart gebracht wat er gebeurde in het leven van de cliënt, welke ondersteuning is ingezet (en als afgeleide daarvan in een later stadium de daaraan verbonden kosten) en hoe de ondersteuning is ervaren. Daarbij was er zowel aandacht voor ondersteuning vanuit Optimaal Leven alsook van eventuele andere betrokken hulpverleners. Daardoor ontstond ook inzicht in de samenhang tussen de

ingezette zorg en ondersteuning binnen en buiten Optimaal Leven. In het tweede deel van het gesprek, de referentie, gingen de onderzoekers verdiepend in gesprek over de (meer)waarde van Optimaal Leven voor de cliënt door het opstellen van een referentiesituatie. Waar was de cliënt terecht gekomen als Optimaal Leven niet had bestaan? En wat had dit betekend voor de ondersteuning die de cliënt gekregen zou hebben? En hoe was dit voor de cliënt geweest? De opgestelde referentiesituatie is een inschatting van de betrokken deelnemers op basis van hun kennis over de cliënt, de situatie van de cliënt voordat deze in zorg kwam bij Optimaal Leven en kennis over andere zorg- en ondersteuningsvormen aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Analyse

Alle casussen zijn uitgewerkt. Eventuele onduidelijkheden zijn voorgelegd aan één of meerdere deelnemers en vervolgens verwerkt. Vervolgens zijn alle casussen onderworpen aan een analyse. Het analysekader is samengesteld op basis van de onderzoeksvraag en de eerder uitgevoerde onderzoeksevaluatie naar Optimaal Leven²⁹. Het analysekader bestond uit zeven onderdelen: Beloop & uitkomst, Inzet ondersteuningsactiviteiten, Op- en afschalen, Sleutelmomenten, Optimaal Leven aanpak, Afstemming naasten en netwerkpartners en Referentie. De analyse op casusniveau heeft plaats gevonden in drie stappen. In de eerste stap zijn de onderzoekers opgesplitst in twee subgroepen; per subgroep zijn er zes casussen geanalyseerd met behulp van het analysekader. In de tweede stap werden deze analyses met elkaar uitgewisseld en onderworpen aan een feedbackronde. In de derde stap is de feedback verwerkt en is de definitieve analyse op casusniveau vastgesteld.

Na deze stappen zijn de voorlopige resultaten van het onderzoek voorgelegd aan een viertal medewerkers van Optimaal Leven uit de regio's Assen, Emmen en Hogeveen/De Wolden in een zogenaamde verificatiesessie. Daarin kwam naar voren dat de resultaten werden herkend door de betrokkenen. Zo wordt ook de ontwikkeling die in de elf casussen zichtbaar is, herkend. Wel ontbreken in dit onderzoek (voor)trajecten die soms langer dan twee jaar duren, waarin de cliënt nog niet toe is aan behandeling en er bijvoorbeeld eerst bemoeizorg geleverd moet worden. Vanwege één van de casuselectiecriteria, namelijk De casus is tekenend voor de werkwijze van Optimaal Leven, ongeacht het resultaat van de aanpak, is waarschijnlijk voorgesorteerd op casussen waarin deze voortrajecten minder sterk of niet aan de orde komen. Dit is overigens in lijn met het doel van dit onderzoek. Vervolgens zijn de casussen op groepsniveau geanalyseerd en zijn overstijgende inzichten in kaart gebracht.

Reflectie op de onderzoeksmethode

De Effectencalculator was niet eerder ingezet bij onderzoek naar Optimaal Leven. De ervaringen met het instrument zijn positief. De sfeer tijdens de gesprekken was open en prettig. Verschillende betrokkenen gaven aan het een mooi evaluatie-instrument te vinden: 'Het is een vorm van evaluatie, dat levert ook weer inzichten op. En het voelt goed om eens met elkaar op deze manier om tafel te zitten'. In enkele gesprekken was er sprake van een (fysieke) eerste kennismaking tussen verschillende betrokkenen. De onderzoekers waarderen aan de methode: de actieve bijdrage van cliënten, de hoeveelheid perspectieven die bijeen worden gebracht rond één casus en de elementen in de werkwijze van Optimaal Leven die daardoor een concreet gezicht kregen.

²⁹ Zie: Uitgebreide onderzoeksevaluatie Optimaal Leven (2021).

Het benaderen van alle deelnemers en het plannen van de gesprekken was een tijdrovende klus. Ondanks de gepleegde inzet hierop is het niet altijd gelukt om alle uitgenodigde deelnemers tegelijkertijd om tafel te krijgen. De aanvullende interviews die daarop in een aantal gevallen zijn afgenomen hebben alsnog bijgedragen aan een 'brede' casusbeschrijving op basis van verschillende perspectieven. In een interview achteraf is het echter niet of minder goed mogelijk om alle deelnemers op elkaar te laten reageren. Dit zorgt mogelijk voor minder verdieping en vergroot de kans op tegenstrijdigheden die niet gelijk kunnen worden uitgevraagd. Verder is in een aantal gevallen niet de gehele tijdlijn vanaf het moment dat de cliënt in zorg kwam bij Optimaal Leven in kaart gebracht. In die voorkomende gevallen is er een sprong in de tijd gemaakt om ervoor te zorgen dat de gehele tijdlijn in een gesprek van maximaal 2,5 uur ook gevuld kon worden. Overigens zijn de gesprekken als intensief ervaren door alle deelnemers, maar wel doenlijk; zo gaven ook de cliënten aan. Dat tien van de elf cliënten het gesprek hebben bijgewoond duidt er dan ook op dat het een geschikt instrument is voor onderzoek naar interventies gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De sfeer tijdens de gesprekken was open en prettig.

Literatuur

1. Vektis (2022). Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Geraadpleegd op: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>
2. Kenniscentrum Phrenos (2014). Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Geraadpleegd op: <https://kenniscentrumphrenos.nl/assets/2020/06/Over-de-brug-PvA-EPA-september-2014.pdf>
3. Mulder, N. Weeghel, van. J., Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., Mierlo van. T., & Kienhorst, G. (2020). Netwerkpsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid. Amsterdam: Boom uitgevers.
4. Zie referentie 3.
5. Westen, K.H., Vugt, van. M.D., Bähler, M., Mulder, C.L., Delespaul, Ph., & Kroon, H. (2020). FACT als onderdeel van wijkgerichte zorg in het (zorg)netwerk. Tijdschrift voor Psychiatrie, 62(4), 298-303. Geraadpleegd op: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/62-2020-4-artikel-westen.pdf>
6. Zie referentie 2.
7. Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychiatric Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.
8. Gagne, C. (2004). Rehabilitatie, een weg naar herstel. Lezing Hanzehogeschool Groningen. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.
9. Dröes, J., & Plooy, A. (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: Vergelijking met Engelstalige literatuur. Tijdschrift voor Rehabilitatie, 19(2), 6-17.
10. Swildens, W. (2021). Wijkgericht werken aan herstel vanuit de GGZ. De kracht van interprofessionele samenwerking. Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 29 maart 2021. Hogeschool Inholland. Geraadpleegd op: <https://kenniscentrumphrenos.nl/assets/2021/04/201037-INH-LECTORALE-WILMA-E-SWILDENS-29-maart-2021.pdf>.
11. Zie referentie 3.
12. Couwenberg, C., Harmsen, K., Oudejans, S., & Winter, de. L. (2019). Routekaart en keuzehulp voor regionale samenwerking tussen ggz en sociaal domein. Geraadpleegd op: <https://kenniscentrumphrenos.nl/assets/2020/04/Routekaart-met-keuzehulp.pdf>.
13. Zowel de praktijkevaluatie als de tussentijdse onderzoeksevaluatie zijn terug te vinden op www.optimaallevendrenthe.nl.
14. Kwakernaak, M., Deuten, J., Biene, van., M, Vos, W., & Hamdi, A. (2016). De effectencalculator. Evalueren Nieuwe Stijl. Geraadpleegd op: <https://www.movisie.nl/publicatie/effectencalculator-evalueren-nieuwe-stijl>
15. Nijdam, F., Diekman, W., & Sportel, B.E. (2021). Optimaal Leven: naar een meer integrale aanpak voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een tussentijdse onderzoeksevaluatie naar de opbrengsten van twee jaar interdisciplinair en organisatieoverstijgend samen werken in ambulante Optimaal Leven teams. Geraadpleegd op: <https://ggzdrenthe.nl/media/02-documenten/uitgebreide-onderzoeksevaluatie-optimaal-leven-drenthe-mei-2021.pdf>.
16. Zie referentie 15.

17. Ion, R., Monger, B., Hardie, S., Henderson, N., & Cumming, J. (2013). A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4), 211-215. Geraadpleegd op: <https://irocwellbeing.com/uploads/webpages/I.ROC%20British%20Journal%20of%20Mental%20Health%20Nursing.pdf>.
 18. Zie ook Hoofdstuk 6 Onderzoeksaanpak
 19. Meer informatie hierover is terug te vinden in Hoofdstuk 6 Onderzoeksaanpak
 20. Zie referentie 15.
 21. De zorgkosten WMO van Cosis konden aangeleverd worden vanaf januari 2019 in verband met de overstap naar een ander elektronisch patiënten dossier.
 22. Vektis geeft inzicht in de zorgkosten gemaakt bij de zorgverzekeraar (ZvW/LZ) waarbij de ggz kan worden onderscheiden. Tot op heden is deze informatie beschikbaar t/m 2018 en dus niet bruikbaar voor evaluatie van OL. Ook zijn de WMO kosten via Vektis (nog) niet inzichtelijk voor alle Drentse gemeenten.
 23. Vektis (2022). Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Vektis. Gepubliceerd op: 09/02/2022 <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>
 24. Interne communicatie met controller GGZ Drenthe, cijfers over Drentse FACT teams in 2021.
 25. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022). Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Geraadpleegd op: <https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2022/03/04/grenzeloos-samenwerken/Grenzeloos+samenwerken.pdf>
 26. Zie referentie 25.
 27. Zie referentie 3.
 28. Zie referentie 25.
 29. Zie referentie 15.
- 

Bijlage I

Betrokken netwerkpartners bij de verschillende casussen in de onderzochte periode (ongeacht duur inzet).

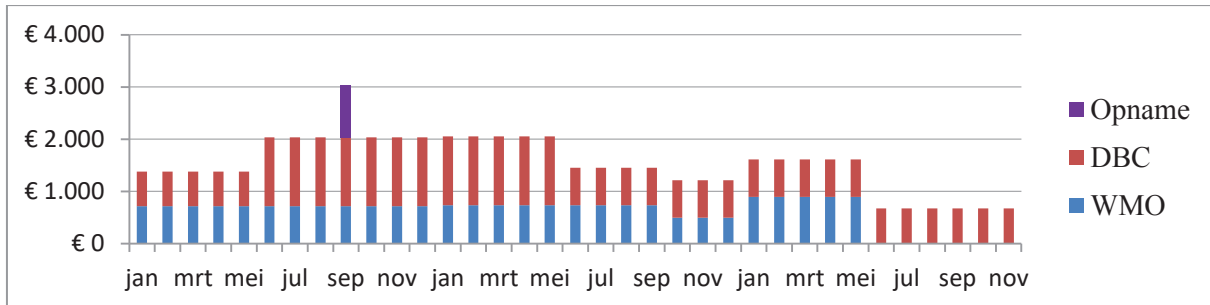
	Netwerkpartner	Totaal
1	Bewindvoerder	2
2	Dagbesteding	8
3	Woonbegeleiding	2
4	Begeleid wonen	1
5	Huishoudelijke hulp	8
6	Huisarts	4
7	Klinische opname GGZ	5
8	Klinische opname VNN	1
9	High Intensive Care (HIC)	1
10	Ziekenhuis	3
11	Thuiszorg	2
12	Gemeente, WMO-loket	3
13	Taxidienst Automaatje	1
14	Vrijwilligers vervoer	1
15	Inloop Leger des Heils	1
16	Diëtist	1
17	Welzijnsorganisatie	1
18	Jobcoach leerwerkbedrijf	1
19	Mentaliseren Bevorderende Therapie team (MBT-team)	1
20	Crisisdienst GGZ	1
21	Jeugdhulp	2
22	Psychomotorische therapeut (PMT)	1
23	Wijkagent	1
24	Bedrijfsarts	1
25	Leefstijltraining	1

NB: Overzicht van alle 25 netwerkpartners zoals die tijdens de sessies naar voren zijn gekomen als onderdeel van de totale ondersteuning rondom de cliënt. Hierbij geldt dat het zowel om een structurele als een tijdelijk betrokken netwerkpartner kan gaan. Voor sommige netwerkpartners, waarvan de huisarts het beste voorbeeld is, geldt dat zij niet altijd expliciet aan bod kwamen in de sessie. Dit hoeft niet te betekenen dat zij geen rol spelen in de ondersteuning aan de cliënt en/of dat Optimaal Leven daar geen afstemming mee heeft.

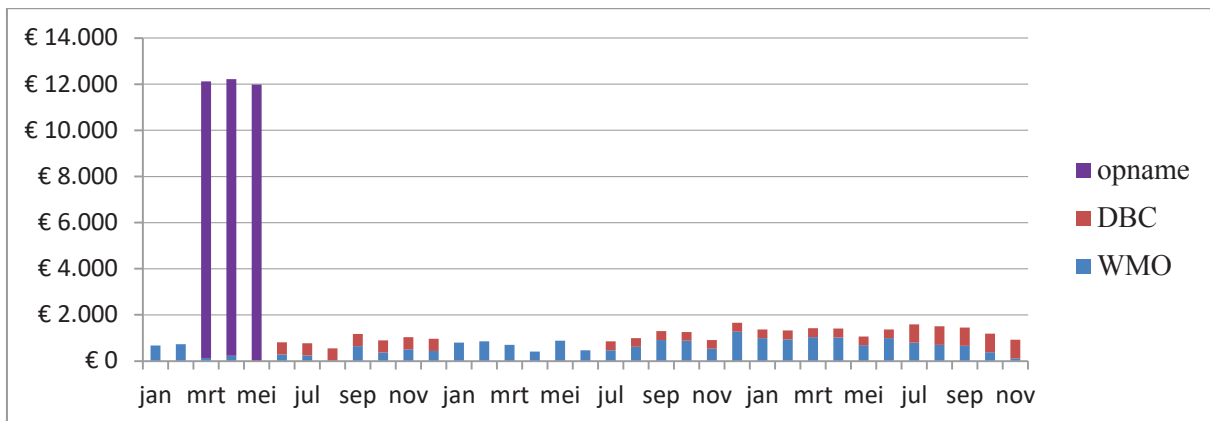
Bijlage II

Kostenoverzicht per casus.

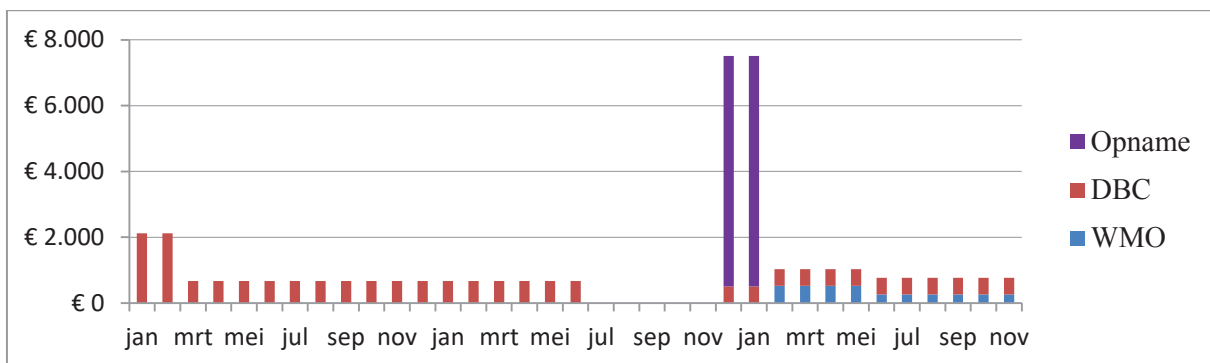
Casus 1



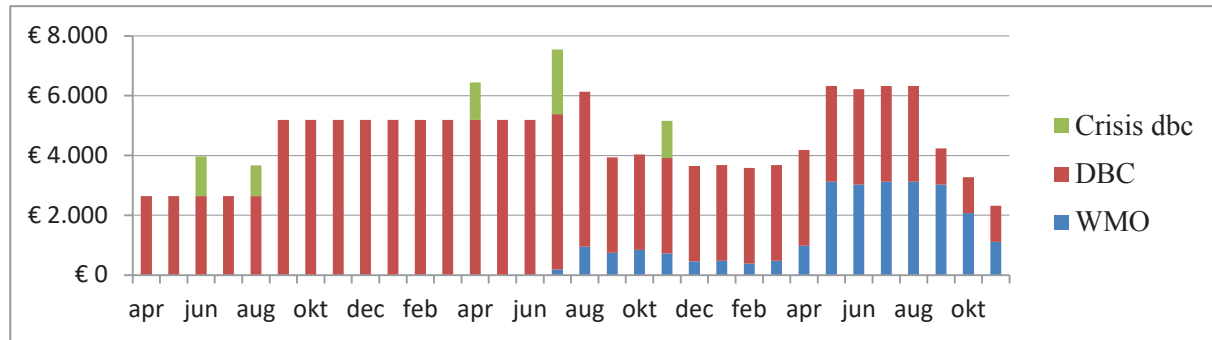
Casus 2



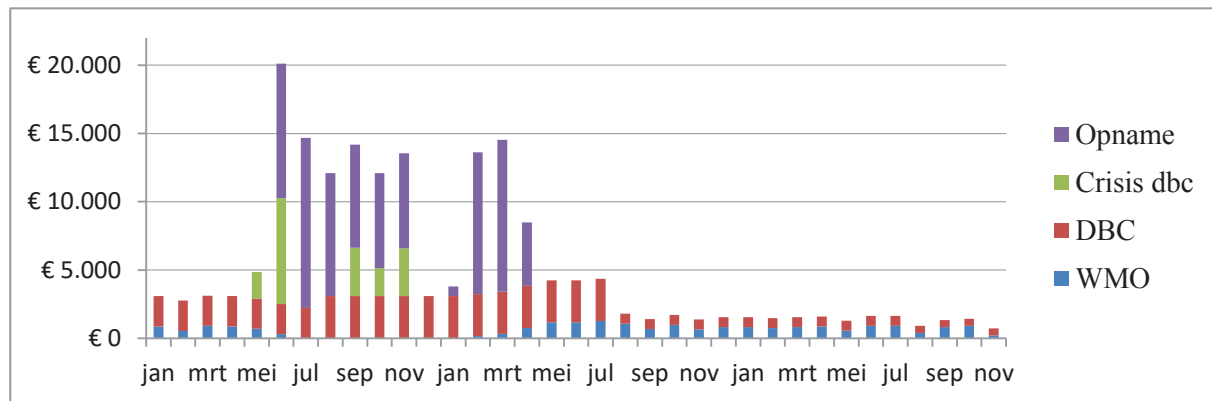
Casus 3



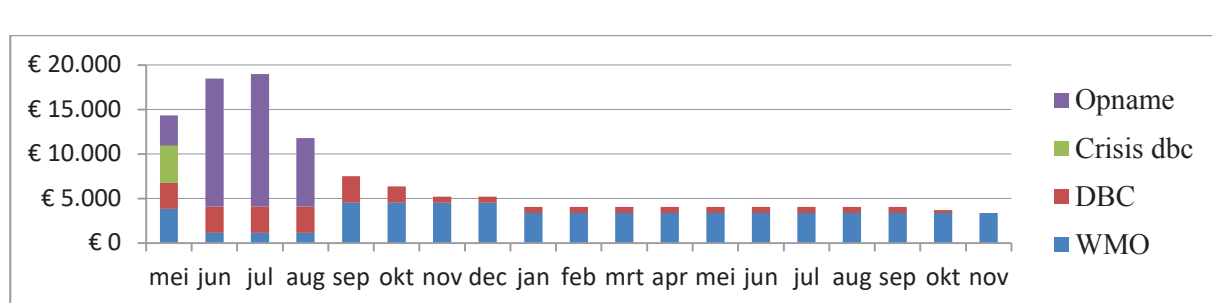
Casus 4



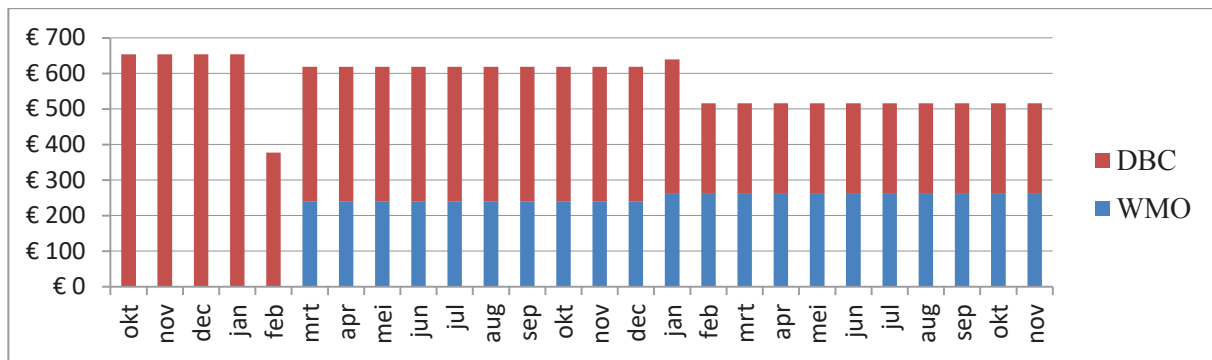
Casus 5



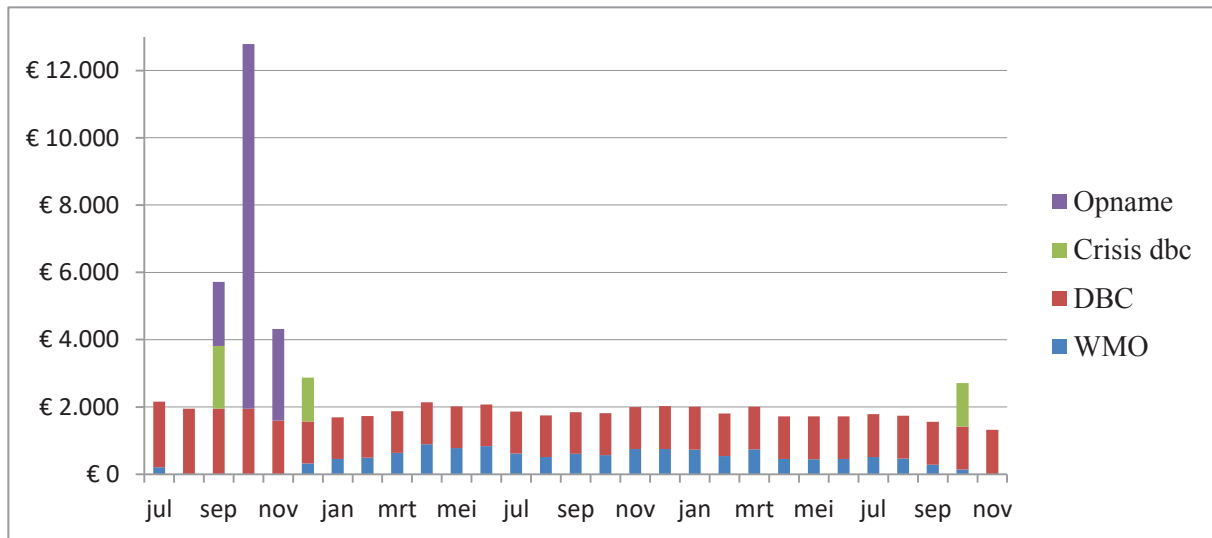
Casus 6



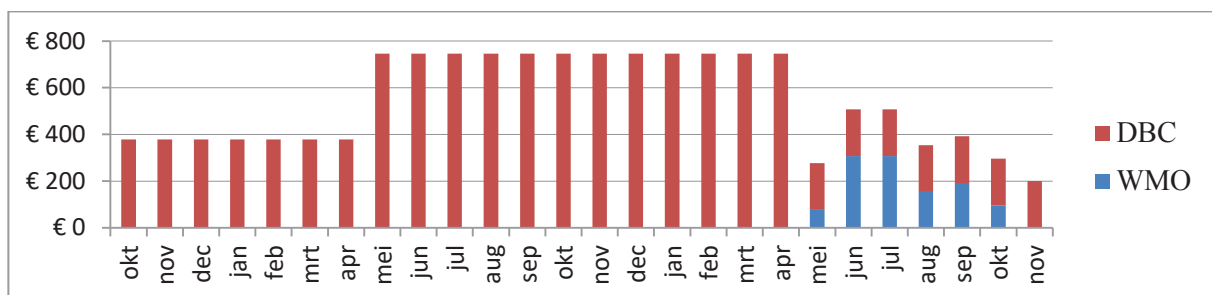
Casus 7



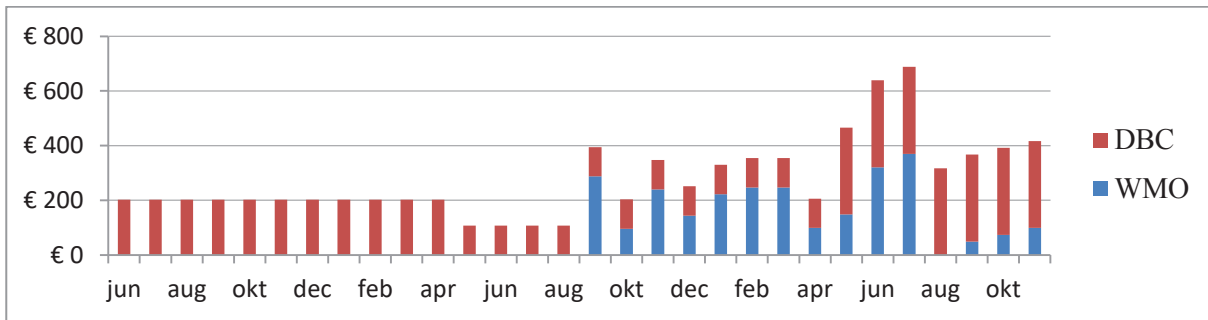
Casus 8



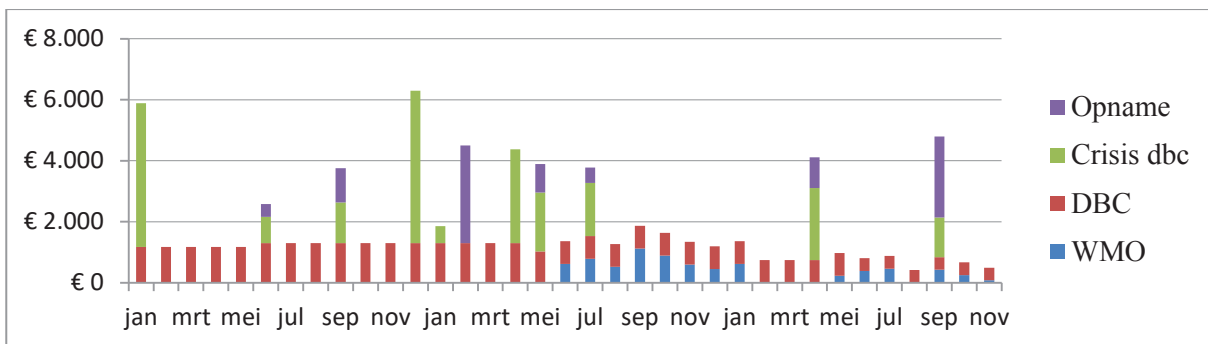
Casus 9



Casus 10



Casus 11



PARTNERS IN PROGRAMMA OPTIMAAL LEVEN



APRIL 2022

Meer weten?

Kijk voor meer informatie op www.ggzdrenthe.nl/optimaalleven of www.optimaallevendrenthe.nl