OPTIMAAL LEVEN TEAMS, HET 3E HALF JAAR

PRAKTIJKEVALUATIE

2019/2020

OPTIMAAL LEVEN DRENTHE
SAMENWERKINGSTRAJECT ZORGINSTELLINGEN, GEMEENTEN EN ZORGVERZEKERAARS

COLOFON

AUTEURS

Willemijn Kemp, Ron den Ouden, Barber Smit, Peter Smit, Theo Toering, Wout Diekman, de drie Optimaal Leven teams, Supportgroep leden & afdelingen Control

OPMAAK

Daat-Drenthe Grafisch Centrum, Assen

VOORWOORD

Als lid van de stuurgroep 'Optimaal Leven' en bestuurder van Cosis is het mij een eer om het voorwoord voor deze derde praktijkevaluatie te schrijven.

Het gaat te ver om te zeggen dat ik vanaf de conceptie betrokken ben geweest, maar ik heb zeker bijgedragen aan de prénatale ontwikkeling, de geboorte en het eerste anderhalve levensjaar.

Optimaal Leven gaat dwars door organisatiestructuren heen. Dat geeft onzekerheid. Onzekerheid geeft weerstand. Weerstand heeft ook een functie, evenals bestaande structuren.

Ondanks deze onzekerheid en weerstand moeten en willen we door! In het belang van de cliënt. Maar ook in het belang van ons als zorgverleners, financiers, verzekeraars en als burger.

Praktijkevaluaties zijn heel waardevol! De medewerker en de cliënt zijn zelf aan het woord. Wat is hun droom? Wat houdt hen wakker?

Wij verwachten als hulpverleners dat onze cliënt moet veranderen om beter te worden of te herstellen. Maar wat als wij degenen zijn die moeten veranderen? Wat als wij een ziekmakend systeem in stand houden?

Het is geen gemakkelijke opgave voor zorgaanbieders, zorgverleners, gemeenten en verzekeraars om zekerheden op te geven. Te gaan voor onze visie en deze koers. Te gaan voor een Optimaal Leven voor kwetsbare burgers met een langdurige psychische kwetsbaarheid. Om onze samenleving en onze organisaties te veranderen, zodat zij een betere toekomst zullen hebben.

Deze praktijkevaluatie gaat ons weer een stap verder brengen in ons leerproces en ontdekkingstocht. Wat ervaren we nu? Wat werkt en wat werkt niet? Waar liggen weerstanden en hoe komt dat? En vooral: wat staat ons als verantwoordelijken te doen?

Terugval naar het oude gedrag ligt altijd op de loer. Ook nu nog. Ik hoop dat deze praktijkevaluatie ons nog beter laat zien welk pad we moeten kiezen voor een beter leven voor onze cliënten/patiënten.

Ik geloof in de bestuurders binnen de stuurgroep "Optimaal Leven", maar nog belangrijker is de samenwerking tussen cliënten en onze zorgverleners. Daar wordt het verschil vandaag al gemaakt.

Heel veel plezier bij het lezen van deze praktijkevaluatie. Het laat zien wat er gebeurt en geeft richting. Wij hebben de verantwoordelijkheid daar uitvoering aan te geven.

Bert Hogeboom

Bestuurder Cosis

De medewerker en cliënt zijn zelf aan het woord

INHOUD

Colofon 2
Voorwoord 3
1. Inleiding 6
2. Doelgroepspecificaties 7
2.1 Samenvatting doelgroep 10
3 Wat zeggen de teams zelf? 12
3.1 Mooiste momenten binnen de teams 12
3.2 Grootste belemmeringen ervaren door de teams 16
4 In de praktijk 18
4.1 Voorzorg en intake 18
4.2 Caseload 19
4.3 Verwijzers 21
4.4 Instroom en uitstroom 22
4.5 Wat gebeurt er na afsluiting van de hulpverlening? 24
4.6 Crises en opname 26
4.7 Consultatie 28
4.8 Disciplinemix, behandelaren en teamformatie 29
4.9 Netwerken in de wijk 32
4.10 Samenvatting 34
5 Ontwikkeling inhoudelijke werkwijze 35
5.1 Herstel ondersteunende zorg 40
5.1.1 Investeren in herstelondersteunende zorg 44
5.2 I.ROC en het Herstelplan 46
5.2.1 I.ROC 46
5.2.2 Herstelplan 47
5.2.3 Invoeren I.ROC en Herstelplan 47
5.3 Zorgaanbod 49
5.4 Naastenbetrokkenheid 50
5.5 Attitude van de medewerker (wat is je behandel- & begeleidingsbeleid?) 52
6 Management en organisatie 58
6.1 Managementinformatie 58
6.2 Financiële knelpunten 60
6.3 Spanning tussen inhoud en financiën 64
6.4 De doorbraak met betrekking tot het gezamenlijke dossier 67
6.5 Samenwerking met het achterland 68
6.6 Opstarten Midden-Drenthe 69

7. Ontwikkelingen op strategisch niveau 71
7.1 Samenwerken & verbinden 72
7.2 Optimaal Leven na de proeftuinperiode 74
8 Financiën 76
8.1 Integrale verantwoordingen 76
9. Actiesessies & Onderzoek 80
9.1 Actiesessies 80
9.1.1 Wijzigingen begeleiding actie sessies 80
9.1.2 Wat hebben we geleerd in de actie sessies? 80
9.2 Status onderzoek 85
9.2.1 Wijzigingen onderzoeksgroep 86
9.3 Financiën van het onderzoek 86
9.3.1 Toekenning subsidies 86
10. Blik op de toekomst 88
10.1 Zit er lijn in het afgelopen anderhalf jaar? 89
10.2 Vraagstukken voor komend half jaar 90
Bijlage 1 Overzicht niet-cliëntgebonden activiteiten medewerkers OL 92
Bijlage 2 Matrix Behandeling, begeleiding, welzijn Optimaal Leven 93
Bijlage 3 Herstelfases en betrokken disciplines bij de behandeling 96
Bijlage 4 Zorg voor naastbetrokkenen van cliënten Optimaal Leven 97
Bijlage 5 Uitnodigingsbrief intake 98
Bijlage 6 Knelpunten in de financiering binnen Optimaal Leven 99

1. INLEIDING

Voor u ligt wederom een uitgebreide praktijk analyse. Onze welgemeende excuses voor het vele leesvoer. Er is echter veel te vertellen over de ontwikkelingen van de Optimaal Leven teams en het achterland. Als projectorganisatie hebben we daarom gekozen voor een gedegen uiteenzetting. De motivatie om dit te doen, ligt vooral in het gegeven dat dit soort processen en ontwikkelingen binnen de GGZ zorg doorgaans onvoldoende beschreven worden, laat staan wetenschappelijk onderzocht. Ontdekkingen worden dikwijls teruggebracht naar bekende veranderkundige of innovatieve oneliners, gericht op het versterken van (bestuurlijk) leiderschap of om het gevoel dat 'we goed bezig' zijn te versterken. Of, de informatie wordt verzameld en blijft binnen de muren van de instellingen en 'men' kan er niet van leren.

In tal van presentaties en interviews gegeven door betrokkenen vanuit Optimaal Leven (bestuurders, management en teamleden) komen de bekende open deuren (zoals: er is lef en commitment nodig op bestuurlijk niveau, men moet zich aan de afspraken houden, de zorg moeten we zo dichtbij de cliënt als kan organiseren, en … de cliënt staat centraal) voldoende aan bod. De praktijkevaluaties van Optimaal Leven zijn bedoeld om een kijkje achter deze open deuren te geven en te leren hoe zo'n transformatie er in werkelijkheid aan toegaat en hoeveel moeite iedereen moet doen om de cliënt continue centraal te blijven stellen.

Het bijzondere van deze praktijkevaluatie, ten opzichte van de vorige twee, is dat de eerste bewegingen in het primaire proces zichtbaar worden. Deze staan beschreven in hoofdstuk 4. Daarnaast begint de inhoudelijke ontwikkeling van de werkwijze zó vorm te krijgen dat ook hier een hoofdstuk (5) aan gewijd is. In hoofdstuk 5 gaan we uitvoerig in op de attitude van de medewerker. Dit was het belangrijkste thema dat uit het voorbereidend onderzoek door middel van de Drentse Dialoogsessies (250 personen) in 2017 is gekomen. Er moest iets gebeuren in het gedrag van de hulpverlener. We kunnen deze ontwikkeling na anderhalf jaar waarnemen. Deze twee hoofdstukken beslaan het grootste deel van de evaluatie. De teams hebben hun best gedaan met het aanleveren van informatie omdat ze de meerwaarde van Optimaal Leven graag voor het voetlicht willen brengen.

De daaropvolgende hoofdstukken gaan over management & organisatie (H6), strategie (H7), financiën (H8) en onderzoek (H9). Dit zijn allemaal hoofdstukken waarin het faciliteren van de teams centraal staat. Dit uit zich in hoofdstuk 8 bijvoorbeeld door een stuk beschrijving van de actieleersessies.

In hoofdstuk 7 wordt (strategisch) vooruitgekeken en ingegaan op het begin van de verkenning door de stuurgroep over de tijd na de proeftuinperiode. In het laatste hoofdstuk (10), 'Blik op de Toekomst', staan de aandachtspunten voor het laatste half jaar van de proeftuin periode beschreven.

Het bijzondere van deze praktijkevaluatie, is dat de eerste bewegingen in het primaire proces zichtbaar worden

2. DOELGROEP SPECIFICATIES

“Zorg-mijders en cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening zijn veelal zorgvuldige zorgzoekers.”

ASSEN

“Onze klanten zijn allemaal gebaat bij langdurig contact. Dat vraagt van ons om te investeren in dat contact. Dat lukt nu niet altijd zo zoals zou moeten, of zoals we hebben afgesproken. We krijgen allerlei vragen en problemen binnen. Is dat allemaal EPA? Misschien niet, maar de vragen zijn zo complex dat als je niets doet, je erop kunt wachten dat iemand tot de EPA-doelgroep gaat behoren.“

“We moeten onze deskundigheid vergroten. We hebben meer jongere mensen, verstandelijk beperkte mensen en meer mensen met traumaklachten tussen onze klanten. In Optimaal Leven kijken we of we wel kunnen aannemen. Dit vraagt om meer, breder inzetbare deskundigheid, gelinkt aan deze bredere doelgroep. We kunnen dit verdiepen naar interesse van teamleden.”

“Ik zie veel vraag naar dagbesteding. Met meer jongere mensen in ons klantenbestand ook meer vraag naar scholing. Er komen ook problemen aan het licht die deelname aan dagbesteding of scholing belemmeren; problemen met huisvesting, financiën, schulden. Daar gaat mijn aandacht ook naar uit. Ik vind dat we nog beter rekening moeten houden met welke consequenties er aan het uitblijven van zorg kleven voor onze klanten; we kunnen ze wel behandelen, maar ze hebben in de maatschappij ook rollen als ouder, kind, werknemer. Dat daar dan problemen ontstaan, kunnen we niet allemaal oplossen. We hebben de impact echter ook niet altijd scherp voor ogen.”

Bij onze klanten komen op verschillende levensgebieden problemen voor. Meest voorkomende, waar zorg op nodig is, is ondersteuning bij sociale contacten. Mensen hebben weinig sociaal contact, ook met naastbetrokkenen en zeggen daar ook weinig behoefte aan te hebben. Maar wat is daarbij de kip of het ei? Heeft men geen behoefte of doet dat te veel pijn? Tegelijk zie je namelijk bij veel klanten wel de behoefte aan mensen om zich heen. We zullen meer moeten kijken naar de naastbetrokkenen en dit niet alleen laten afhangen van onze cliënt. We weten inmiddels wel dat problemen door de relatie met de omgeving in stand kunnen blijven. Om impact voor de klant te vergroten, zullen we ook op de omgeving moeten insteken.

Medewerker vanuit moederorganisatie GGZ Drenthe: *“Ik (medewerker) ben ook steeds meer overtuigd van het nut van werk- en dagbesteding. Als dat wegvalt (zoals nu met Corona) merk je hoe belangrijk dat voor veel mensen is.”*

Psychiater Optimaal Leven: *“Op verschillende fronten hebben we in de afgelopen anderhalf jaar ervaren waar de nieuwe werkwijze van OL toe heeft geleid c.q. naar toe leidt. Om te beginnen zorgt de standplaats in de wijk dat we (veel) kortere lijnen hebben met voorzieningen in de wijk, huisartsen, de zusterorganisaties die teamleden in het OL-team hebben afgevaardigd, gemeentelijke instanties en, last but not least, met onze patiënten die het over het algemeen – er zijn uitzonderingen – erg prettig vinden dat we zo dichtbij zitten. Hierdoor kunnen behandeling en begeleiding sneller en efficiënter worden ingericht en opgezet. De nieuwe teamsamenstelling met medewerkers van GGZ Drenthe, Cosis en VNN werkt in de dagelijkse praktijk buitengewoon prettig en vlot, en is erg vruchtbaar m.b.t. het gezamenlijk nadenken over en insteken op de onderscheiden problemen op meerdere levensgebieden waar onze patiënten mee kampen.*

Voorts merken we dat huisartsen ons eerder raadplegen, m.n. over patiënten waar ze allemaal wel mee zitten. Vaak gaat het om mensen die wel problemen op meerdere levensgebieden ervaren, maar ofwel nog nergens in zorg zijn (geweest), ofwel zorg – vaak bij meerdere zorgaanbieders – hebben gehad die onvoldoende effectief is geweest. Soms gaat het hierbij om 'echte' EPA, maar soms ook om – wat wij maar noemen – 'pre-EPA'. Bij de laatstgenoemde groep kiezen we steeds vaker voor het doen van een tijdelijk zorgaanbod (b.v. een half jaar) waar we na adequate diagnostiek gericht aan beginnen. Na dat half jaar kijken we dan of we kunnen afschalen naar B-GGZ of POH. We hebben de indruk dat hiermee soms een 'carrière' richting echte EPA in gunstige zin kan worden afgebogen.

We hebben ons eigen gemaakt om bij onze 'zittende' populatie – zeker bij de patiënten die al jaren in zorg zijn en weinig/geen echte vorderingen maken – opnieuw naar de diagnostiek te kijken, waarbij we niet zelden tot nu toe ongeadresseerd trauma, complexe systeemproblematiek of andere verborgen gebleven ingewikkeldheden (b.v. miskend autisme, LVB, AD(H)D) op het spoor komen. Al deze 'onderhuidse' factoren kunnen elk apart of in combinatie ervoor zorgen dat de schijnbaar onveranderlijke 'EPA-bovenbouw' stevig op zijn plaats wordt gehouden. Deze meer fundamentele visie/werkwijze kan vervolgens leiden tot (alsnog) EMDR, familie coaching, psychotherapie (CGT, schematherapie) of andere interventies (b.v. betrekken van het CVBP) waardoor toch nog verrassende resultaten kunnen worden geboekt."

EMMEN

De cliëntenpopulatie van Optimaal Leven is zeer divers te noemen. Er is in bijna alle gevallen sprake van meerdere ernstige psychiatrische aandoeningen en/of verslaving vaak in combinatie met een licht verstandelijke beperking. Met als logisch gevolg laag opgeleid, werkloos en vallen dan onder de laag sociaaleconomische status (lage SES). Veelal alleenstaand en binnen de gehele regio is sprake van een problematiek dat zich generatie op generatie opvolgt. Ook de somatische gezondheid speelt een rol in de benadering van deze cliënten. Als er sprake is van een gezinssituatie is er ook meestal sprake van aankomend problematiek. Deze complexiteit zorgt ervoor dat ze vaak tussen wal en schip terecht komen, veel partijen kunnen deze doelgroep niet in zorg nemen vanwege hulpvragen en problematiek die niet passen binnen hun 'enkelvoudige' methodiek.

Een aanmelding wordt zo snel mogelijk in behandeling genomen en in de meeste gevallen wordt de cliënt uitgenodigd op intake, tenzij duidelijk is dat de cliënt niet onder ons werkgebied Emmerhout en Angelslo valt. Tijdens de intake staat de hulpvraag van de cliënt centraal. Met het hele team wordt vervolgens gekeken hoe we het beste aan kunnen sluiten bij deze hulpvraag. Dit is bij elke cliënt anders, hierdoor passen wij ook geen vaste methodiek of matrix toe, omdat wij anders in dit vroege stadium de aansluiting bij de cliënt al dreigen mis te lopen. Bij het toewijzen van zorgverleners aan de betreffende cliënt kijken wij meer naar de juiste persoon dan naar een specifieke discipline. Doel is hierbij proberen organisch aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt, waarbij op- en afschalen door middel van korte lijntjes snel mogelijk is. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat een cliënt die in eerste instantie aangemeld wordt met een vraag betreffende woonbegeleiding en stabilisatie veel onderliggende trauma's blijkt te hebben. Door de korte lijnen en regelmatige afstemming in het team kunnen we hierin snel schakelen en aan blijven sluiten bij de actualiteit van de cliënt. In ons achterhoofd houden we hierbij de fasen van herstel (zie H 3.1). Deze fasen worden door de cliëntenpopulatie vaak niet lineair doorlopen. Er vindt een constante verschuiving plaats waar wij als hulpverleners ons continu van bewust dienen te zijn. Tijdens de behandeling richten we ons op symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel. Hierbij kunnen verschillende disciplines al naar gelang de fase en hulpvraag op- en afgeschaald worden. Omdat iedere cliënt uniek is, hanteren we hier geen vaste methodieken voor, al houden wij deze wel continu in ons achterhoofd.

Vaak zien we dat de cliënten die bij Optimaal Leven aangemeld worden al een langdurige achtergrond van zorg hebben. Al deze verschillende achtergronden maken ook dat van ons gevraagd wordt flexibel te zijn. Diagnostiek met behulp van vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld persoonlijkheidsonderzoek, is niet bij elke cliënt gelijk van toepassing. De hulpvraag kan in eerste instantie meer praktisch zijn, hier sluiten wij dan desgewenst op aan. In een later stadium kan door de cliënt in samenspraak met de behandelaar gekeken worden naar mogelijke ondersteunende diagnostiek om meer zicht te krijgen op de psychiatrische aandoeningen. Als de cliënt toe is aan dergelijke behandeling zal dit in nauwe samenspraak gaan met de betrokken casemanager en eventuele, andere betrokken hulpverleners. Laagdrempeligheid is een kenmerk van onze zorg, gedurende het gehele traject. Dit heeft voor elke cliënt een unieke betekenis.

Voor de EPA doelgroep is 'contact maken' het belangrijkste wat je moet doen. Men moet zich realiseren dat iemand met EPA regelmatig teleurgesteld is in de hulpverlening. Op het eerste gezicht lijkt hij de zorg te mijden omdat hij niet op afspraken komt, zelf vindt hij dat er psychisch niets aan de hand is en ook niet naar de huisarts wil. Als je met zo iemand in gesprek gaat, wil diegene vaak wel een bepaald type hulp. Dat is praktische hulp. Denk aan het helpen met de afwas of dat je een kop koffie komt drinken. In eerste instantie doet het er helemaal niet zoveel toe wat die persoon vertelt, maar door goed te luisteren en serieus in te haken op wat hij of zij zegt, ontstaat er een gesprek en kom je achter wat iemand écht wil. De vertrouwensrelatie wordt gebouwd en er is een goede basis om verder te gaan. Dit kan leiden tot een stabielere situatie waardoor zelfvertrouwen groeit en er verder gewerkt kan worden aan doelen en dat een behandeling zo goed mogelijk effect kan hebben.

DE WOLDEN/ HOOGEVEEN

GZ Psycholoog: *"Wij werken met mensen, die over het algemeen vallen binnen de 'EPA' populatie in de breedste zin van het woord: mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals schizofrenie, bipolaire stoornis, schizo-affectieve stoornis, (complexe) PTSS, maar ook mensen met meerdere verschillende psychiatrische aandoeningen zoals psychotische klachten en angst, of stemmingsklachten, of ontwikkelingsstoornissen of LVB, mogelijk in combinatie met verslavingsproblematiek en problemen op meerdere levensgebieden, zoals op het gebied van wonen, werken, dagbesteding, sociale contacten en relaties. Het gaat om jonge en oude mensen, fase 1 tot en met 4 van herstel, problemen op meerdere psychische klachten. Meestal hebben deze mensen veel meegemaakt in hun leven en al veel verschillende hulpverleners gezien en lijkt de hulpverlening niet meer te weten hoe verder."*

Medewerker: *"Het karakter van de 'doorsnee' cliënt van Optimaal Leven verschuift. Er komen nu ook cliënten binnen via SWW (welzijn) of VNN of ambulant. De eerste doelgroep die Optimaal Leven beschreef, was de cliënt met een ernstige psychiatrische aandoening. Nu begeleiden wij ook mensen met alleen een depressie waarbij geen psychose is geweest, zoals de herstelfases dit beschrijven."*

We constateren dat een deel van de caseload mensen zijn die al langere tijd in zorg zijn, maar die in feite langdurig zijn onder behandeld. Er komt deels een nieuwe doelgroep in zorg als gevolg van laagdrempeligheid en gebiedsgericht werken of als gevolg van het brede geïntegreerde aanbod. De tijd en aandacht gaat naar mensen die (nog) niet tot de caseload van OL behoren. Het kan gaan om een adviesvraag vanuit andere zorgverleners, een beoordeling of iemand in aanmerking komt om in zorg te komen maar dat nog niet is (om moverende redenen).

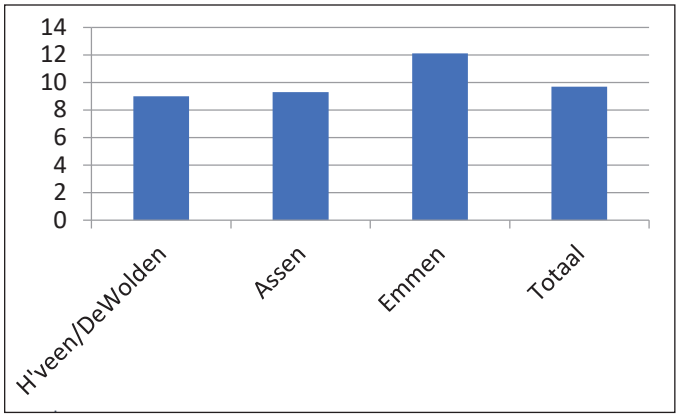
"Soms komen mensen voor een korte periode bij ons in zorg en nemen we samen de tijd om te kijken welke vorm van zorg het beste past bij iemand (woonbegeleiding, POH, basis GGZ, specialistische behandeling of verslavingszorg). Soms is iemand langdurig bij ons in zorg, zetten we verschillende vormen van begeleiding en behandeling in, al naar gelang nodig is voor een bepaald persoon op een bepaald moment. Soms komt iemand bij ons binnen zonder vraag en zoeken we samen naar wat iemand nodig heeft, soms komt iemand binnen met een dringende vraag, een eigen vraag, een van familieleden, hulpverlening of begeleiding. Soms wordt iemand doorverwezen door de huisarts, door de POH, door een behandelaar van Planbare zorg. Soms komen wij kennismaken als iemand is opgenomen en bijna naar huis mag en soms komen wij in beeld om opname te voorkomen. Soms nemen wij contact op met iemand via de gemeente of de OGGZ."

2.1 SAMENVATTING DOELGROEP

Uit de reacties van de teams ontstaat een beeld dat de caseload, zoals verwacht, voor het grootste deel bestaat uit mensen met problemen passend binnen de definitie van de EPA doelgroep. Een zeer diverse groep met zeer gevarieerde problematiek. Uit een eerste meting die het psychosociaal functioneren in kaart brengt, blijkt ook dat de ernst van de problematiek van de Optimaal Leven cliënten[1] overeenkomt met wat is gevonden bij metingen bij EPA-cliënten in ambulante behandeling.[2] Opvallend is dat de ernst van de problematiek van de caseload in Emmen hoger is dan in de andere twee regio's.

In de omschrijving die de drie teams geven vallen drie groepen op:

1. Cliënten met diverse vaak ernstige problematiek die eerder niet in zorg kwamen bij de zorginstellingen wegens zorgmijding of ingewikkelde zorgvragen (kan ook sprake zijn van pre-EPA).
2. Cliënten met diverse mild ernstige problematiek waar het Optimaal Leven team wordt gevraagd voor een consult ofwel in zorg te nemen.
3. Cliënten die voor de start van Optimaal Leven al lang in zorg waren zonder dat hun situatie veel verbeterde.



Tabel 1 Ernstige psychosociale problemen (Gemiddelde HoNOS totaalscore; hoger =ernstiger)

[1] In de eerste fase van zorg wordt door de hulpverlener de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) ingevuld over een cliënt. De HoNOS bestaat uit 12 vragen op een vijf-puntschaal van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig). Een hogere score wijst op slechter functioneren.

[2] Nugter, Buwalda, Dhondt, Draaisma (2012). Gebruik van de Honos bij de behandeling van patiënten. Tijdschrift voor psychiatrie 54(2012)2, 153-159]: *"Bij de volwassenen werd een drempelwaarde van 10 gevonden tussen ambulante behandeling en opname. Dit betekent dat men bij patiënten in ambulante behandeling bij een score hoger dan 10 aan een opname kan denken. Een drempelwaarde van 12 werd gevonden tussen langdurend ambulante begeleiding en opname en 11 respectievelijk 13 tussen langdurende ambulante begeleiding en verblijf resp. act. Dat betekent dat een score hoger dan 11 hoog is voor een patiënt die langdurend ambulant wordt begeleid. Intensivering van de zorg in de vorm van act of 24-uurszorg (verblijf of opname) kan dan worden overwogen."*

Dat die eerste twee groepen nu in beeld komen is mogelijk het gevolg van de integrale aanpak en beschikbare expertise in het team. De teams kunnen ook bij meer ingewikkelde zorgvragen passende zorg leveren. Daarnaast geven de teams aan dat de toegenomen contacten in de wijk zoals met huisartsen, sociale teams en welzijn ertoe hebben geleid dat het team eerder wordt betrokken bij een cliënt. De verwachting is dat dit een preventieve werking heeft, dat meer escalaties of acute situaties worden voorkomen en dat mensen die dreigen af te glijden in een eerder stadium de juiste zorg krijgen, zodat verslechtering wordt gestopt.

De teams hebben elk op hun eigen manier de werkwijze aangepast om zo goed mogelijk aan te sluiten op de cliënten in hun regio. Er wordt gezocht naar andere invalshoeken om nieuwe mogelijkheden voor de cliënt te creëren. Het gaat om andere dan gebruikelijke afspraken die worden gemaakt met de cliënt over de duur of doelstelling van het zorgtraject. De teams geven aan dat de combinatie van integrale samenwerking in het team, wijkgericht werken en een werkwijze die meer op maat is, ook nieuwe kansen biedt voor de groep cliënten die al lang in zorg is zonder veel verbetering. Regelmatig is bij deze groep sprake geweest van onder-behandeling en/of gebrek aan ondersteuning bij maatschappelijk en persoonlijk herstel. Nu de combinatie op maat kan worden aangeboden, ontstaat ruimte voor ontwikkeling die eerder niet mogelijk leek.

De teams hebben elk op hun eigen manier de werkwijze aangepast om zo goed mogelijk aan te sluiten op de cliënten in hun regio

3. WAT ZEGGEN DE TEAMS ZELF?

Dit hoofdstuk gaat over de mooiste momenten uit de teams en tevens over de belemmeringen die de teams (nog steeds) ervaren. De mooiste momenten zijn veelal de kleine momenten waarin een succes(je) met een cliënt wordt behaald. Ook de onderlinge samenwerking en openheid worden als heel fijn ervaren. Als grootste belemmering noemen alle drie de teams de (ervaren) werkdruk wat de ontwikkeling en groei tot volwaardige teams in de weg staat, naast het gegeven dat facilitaire processen heel traag gaan en daardoor realisatie van zaken lang duurt, zelfs wanneer een akkoord is gegeven.

3.1 MOOISTE MOMENTEN BINNEN DE TEAMS

"Een cliënt die ik begeleid samen met een verpleegkundige uit ons team, zit in fase vier van herstel. Ik heb haar voorgesteld te overwegen niet naar Basis GGZ uit te stromen maar naar de POH GGZ van haar huisarts te gaan. Haar reactie: "Helemaal dan zonder GGZ? Dan ben ik eindelijk weer 'normaal'!"

"Dat een cliënt vertelde dat ze het zo fijn vond dat ik gelijk met een andere collega kan sparren over haar begeleiding en dat het nu geen weken meer duurt zoals voorheen! Mooi toch! Dat willen we graag bereiken met elkaar! Kortere lijntjes!"

"Een mevrouw is al jaren in zorg, voorheen bij FACT 1 van GGZ Drenthe. Dit deel is overgegaan naar Optimaal Leven Assen. Ze maakt veel gebruik van de 24/7 bereikbaarheidsdienst omdat ze ontzettend bang is te worden opgenomen. Het gaat nu beter met haar, ze durft al meer regie te nemen over hoe het met haar gaat en heeft zelfs een lager contactfrequentie voorgesteld. Hier werk ik voor!"

"Cliënt die al jaren in zorg is en tijdens het bespreken van het Herstelplan erachter komt dat zij het lastig vindt om te vertellen aan de hulpverlening wie zij is. Zij was zo gewend om te benoemen wat haar problemen waren en wat zij nodig had van de hulpverlening dat zij in het kader van hulp nooit had nagedacht over wie zij was en wat ze eigenlijk wilde."

Theo Toering, projectleider Assen, is blij met de intervisies en de evaluaties hiervan: *"Ik ben als projectleider niet bij de intervisie bijeenkomsten, maar heb ze wel gefaciliteerd. Het team wilde ze al langer, maar het kwam er niet van. Ik heb ze in het vergaderschema opgenomen en gezorgd voor begeleiding. Tijdens de evaluatie van de intervisies werd voor mij de kracht van dit team duidelijk. Men durft open te zijn en bespreekt onderling veel. De effecten zijn ook buiten intervisie te merken omdat men weet waar teamleden goed in zijn of mee worstelen. Teamleden spreken elkaar aan op zaken waar mee ze willen stoppen, of die ze juist willen bevorderen. Wat ik voornamelijk terugkreeg, is dat men wil stoppen met over eigen grenzen te gaan en wil zorgen voor rust. Niet altijd maar doorwerken in cliëntcontact, maar tijd inruimen voor lunch (waar het kan samen) en niet (of minder) overwerken.*

Men wil tijd voor ontwikkeling nemen. Zo zal men zich beter voor de cliënten kunnen inzetten, heeft men met elkaar bedacht. Ik vind het mooi omdat het aansluit bij het gedachtegoed van herstel. Zowel voor de cliënt als voor de hulpverleners. Lunchpauzes nemen, met aandacht hiervoor, is een kleine vorm van 'herstel' op een dag. Rekening houden met eigen grenzen is een vorm van persoonlijk herstel en een goed voorbeeld naar onze klanten. Ik zie uit naar de effecten van de intervisiebijeenkomsten in de rest van het jaar en hoop op een sneeuwbaleffect in het team en de afdelingen van de organisaties waar we nauw mee samenwerken."

"Het gemak waarmee je collega's van een andere moederorganisatie snel kan laten instromen bij crisis gevoelige mensen. Casus van man met verstandelijke beperking en autisme die zijn werk verliest, rare telefoontjes doet, in scheiding ligt, maar waar we als geheel team mee in contact zijn. De crisismomenten zijn dusdanig afgenomen dat het beter met hem gaat en een grote crisis lijkt afgewend."

"…dat ondanks alles een klein groepje cliënten toch héééél af en toe ook 'dank je wel' zegt en benoemt dat ze het fijn vinden dat je bent geweest. Bijvoorbeeld toen een cliënt enorm in de weerstand zat. Nadat we een paar dagen geen contact kregen, ging ik naar haar toe en heb net zolang aangeklopt tot ze open deed. Ze schold me de huid vol en was enorm boos. Uiteindelijk na een half uur bedankte ze me met tranen in de ogen dat ik toch kwam en niet voor haar aan de kant ging. Hierdoor had zij eindelijk weer het gevoel dat ze toch wel belangrijk was en er wel toe doet."

"Samen met de projectleider heb ik een gesprek gehad bij de gemeentelijke afdeling werk en re-integratie over de mogelijkheden van samenwerken. Gemeente ervaart een gemis van kennis over de doelgroep in relatie tot het inschatten van de mogelijkheden voor werk. We hebben de afspraak gemaakt dat er op basis van consultatie een samenwerking wordt opgezet. Dit geeft kansen voor onze cliënten."
En de gemeente heeft direct de daad bij het woord gevoegd. De werkcoach van de gemeente heeft contact gezocht om te vragen of de IPS-trajectbegeleider mee wil kijken in de casus van een kandidaat die graag aan het werk wil, maar een psychiatrisch verleden heeft.

Ron den Ouden, projectleider in Emmen, is vooral enthousiast over *"de voortdurende ontwikkeling van samenwerking van de medewerkers onderling. Het ontdekken van elkaars kunde en mogelijkheden om in te zetten voor de cliënten. Voorbeelden zijn dagbestedingsaanbod, subsidiemogelijkheden, de behandeldiversiteit die ingezet wordt. Het is allemaal snel binnen handbereik en maakt hier in toenemende mate gebruik van." Daarnaast is hij ook blij met "het enthousiasme van collega's over het project tijdens presentaties zoals het FACTival in Drenthe in juni, de presentatie tijdens het congres in Verona van het Community Mental Health Conference in september en van de presentatie van 'mijn' wethouder Robert Kleine in Eindhoven in het najaar tijdens een congres over zorg en veiligheid van GGZ Nederland. En dat VWS weer op bezoek is geweest, dat gemeenten zo betrokken zijn en dat we meedoen met verschillende onderzoeken. Dat geeft me het gevoel dat we iets bijdragen aan de dialoog over ambulante GGZ zorg in Nederland."*

“Mezelf kunnen zijn in het team. Dat er openheid is om zaken te bespreken is heel fijn, ook als het even niet zo goed is. Een warm bad.””

“Het fijnste vind ik dat we het samen doen, elkaar helpen. Dat het veilig is om ook moeilijke dingen te bespreken.”

“Dat we er als team zijn voor elkaar. Het is een warm team, waardoor we samen veel mooie momenten meemaken. Dat gaat om teambinding en ook om andere inhoudelijke zaken.”

“Een succes vind ik ook dat we als team misschien niet altijd door hebben dat we groeien als team.””

“Dat we in het team ook stil staan bij succes verhalen, ook al zijn ze nog zo klein.”

“Ik merk dat het ook steeds meer een team aan het worden is. Het teamuitje was een succes.”

“We zijn een team met veel kennis en kwaliteiten, we zijn een sterk team met passie voor het werk.””

“Een mooi moment is wanneer een discipline, bijvoorbeeld de verpleegkundigen, niet meer weten hoe iets aan te pakken en dat dan een andere discipline, bijvoorbeeld een begeleider of welzijnsmedewerker, een inval heeft vanuit een heel andere hoek. Als collega’s met heel veel verschillende kwaliteiten kunnen we fijn met elkaar overleggen en afstemmen. Dus de samenwerking tussen verschillende disciplines, het willen leren van elkaar en het snel kunnen inzetten van verschillende kennis is mooi en een meerwaarde voor de klant.”

Barber Smit, de projectleider van De Wolden/Hoogeveen, heeft het afgelopen half jaar een heleboel mooie momenten meegemaakt:

- Voor mij is een van de mooiste momenten dat de successen spontaan gevierd gingen worden.
- En het besef dat het vieren van de successen alleen maar groter kan gaan worden wanneer we door ontwikkelen is nu ook aanwezig.
- De successen worden veelal ‘Optimaal Leven momenten’ genoemd.
- Het is een proces van bouwen aan vertrouwen geweest. Heel veel in gesprek met medewerkers over de doelstelling van Optimaal Leven, een aantal actiesessies en extra beleidsmomenten die hieraan besteed zijn, hebben een proces op gang gebracht waarin openheid en vertrouwen is gegroeid in het team.
- De samenwerking aan tafel waarbij iedereen gelijkwaardig vanuit zijn eigen discipline mee kan denken is opgestart.
- De momenten waarin de samenwerking echt vorm krijgt doordat we elkaars kwaliteiten, disciplines en professionaliteit steeds beter leren kennen. Van de ‘Oh ja?’ momenten naar ‘dat kun jij mooi samen met mij oppakken met deze klant’.

- De actiesessies waarbij we met elkaar alle ideeën verzamelen en werken aan de doelstelling van Optimaal Leven.
- Ook de snert pan waar alles in mag wat niet goed loopt.
- Er zijn zoveel ideeën in het team om aan de slag te gaan om de zorg en ondersteuning te verbeteren en meer aan te laten sluiten op de wensen van de cliënten.
- Ideeën om meer preventief te gaan werken: we kunnen cliënten bij wachttijden toch al zien? Dat kan toch ook al voor een intake? Het plan is nu om voor een intake met klanten een I.ROC en een HOP te maken zodat zij 'anders' bij een intake komen.

- De veranderopdracht van psychiater Michiel van den Oever (voor zijn MHBA) heeft heel veel meerwaarde in het team gebracht. Men is gaan realiseren welke grootte van verandering we doormaken.
- We bereiden nu samen met de gemeente lumpsum financiering vanuit de WMO voor. Hierbij kunnen we veel breder inzetten dan we nu doen. Dit willen we doen inclusief leefstijlontwikkeling, geestelijke verzorging en meer ervaringsdeskundigheid.
- Een telefoontje van wethouder Erwin Slomp in de crisistijd. Vooral om te horen hoe het met ons gaat en om ons een hart onder de riem te steken. Slomp: "Ga vooral zo door, wanneer jullie iets nodig hebben zeg het vooral."
- Een medewerker zei laatst tegen me: "We zijn meer een team geworden. De schotten lijken wat weg te vallen. Ik heb het gevoel dat we het meer met elkaar doen en we lijken steeds meer één taal te spreken."
- En ik geniet erg van de samenwerking binnen het projectteam.

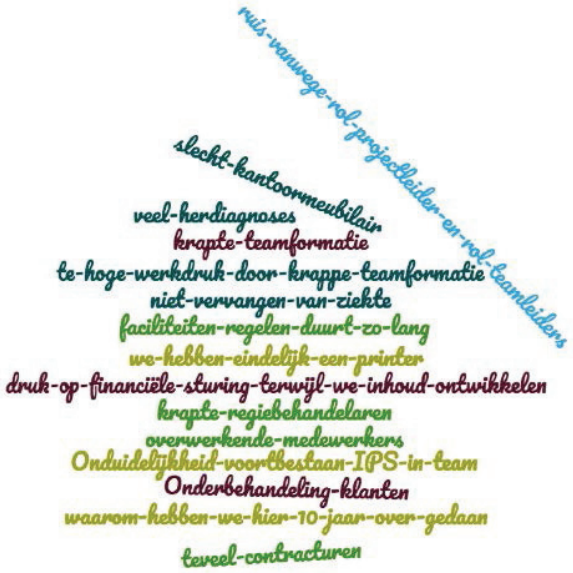
Een supportgroep lid uit één van de regio's merkt op: *"Er is meer betrokkenheid bij de hele status van Optimaal Leven. Ook tussen het projectmanagement en lijnmanagement is een betere, heldere afstemming."*

Een stagiaire psychologie (RUG) is een aantal zaken opgevallen in de afgelopen periode:

a) Integratie in de samenwerking tussen de verschillende moederorganisaties en met welzijn in Hoogeveen is enorm toegenomen. Vooral met VNN-collega's is dit opvallend (positief) en er wordt gestructureerd aan de invoering van de I.ROC en het HOP gewerkt.
b) Achtergrond van de moederorganisatie is in het Optimaal Leven team Emmen is niet leidend in de ondersteuning van de cliënt. Er wordt meer gekeken naar wie een klik heeft met de cliënt. Het werken met de I.ROC en het HOP wordt nu ook opgestart, maar heeft een lange aanloop gehad.
c) In Assen wordt gewerkt met het herstelbord waar de verschillende fasen van herstel leidend zijn voor de cliëntbespreking. Daardoor wordt herstelondersteunende zorg al steeds meer als de nieuwe werkwijze ervaren en uitgevoerd. Dit heeft positief effect op het inzetten van de expertise van ieder teamlid. De inzet van VNN-medewerkers is minimaal en dit wordt enorm gemist.

3.2 GROOTSTE BELEMMERINGEN ERVAREN DOOR DE TEAMS

Dit brengt ons bij de voornaamste belemmeringen die het afgelopen half jaar door de teams ervaren zijn. Daar waar in het tweede half jaar het grootste knelpunt het gebrek aan één registratiesysteem was, is dit nu in alle drie de teams de werkdruk in verhouding tot capaciteit in het team. De teams geven hieronder hun perspectief op dit probleem weer.



DE WOLDEN/ HOOGEVEEN

De Wolden/Hoogeveen heeft het eerste jaar een zwaar jaar gehad. Een medewerker vanuit moederorganisatie Cosis: “Ik vond het eerste jaar een ramp, geen verbinding, geen samenwerking, totaal verschillende methodes waaruit gewerkt werd. Het medische model wat op de voorgrond stond, waar ik zelf minder mee heb dan het psychosociaal model wat ik gewend ben. Het gevoel dat je niet geaccepteerd werd, een indringer was in het ‘veilige team’ dat bestond. Ik heb dan ook vele malen gedacht ‘ik kap er mee’. Huilend in de auto gezeten. Toch bleef ik geloven in het concept van Optimaal Leven. En gelukkig…. Het verandert!”

EMMEN

In Emmen lopen ze het meeste tegen hetzelfde aan: werkdruk versus ontwikkelmogelijkheden. Als oorzaak wordt gegeven: het feit dat de eigen status van Optimaal Leven binnen de moederorganisaties (met aparte door de stuurgroep, vastgelegde afspraken m.b.t. eigen dynamiek en besluitvorming) niet in de lijnstructuur van de moederorganisaties wordt ondersteund en wordt nageleefd. Als voorbeeld wordt gegeven dat er in de stuurgroep van oktober 2019 een groeidocument voor teamformatie wordt geaccordeerd, maar vervolgens geen personeel mag worden aangenomen omdat het niet past bij de begroting van de moederorganisatie.

ASSEN

In Assen is de werkdruk in relatie tot ontwikkelcapaciteit het grootste knelpunt. In november zijn er twee wijken, Lariks en Pittelo, bij gekomen terwijl het aantal regie behandelaren niet is toegenomen. Er zijn wel verpleegkundigen vanuit GGZ Drenthe meegekomen, maar één viel ziek uit. Hier is nog geen goede vervanging voor geregeld. Ook de medewerker vanuit VNN is uitgevallen. In maart zouden twee nieuwe medewerkers vanuit VNN aansluiten. Dit moment is, vanwege Corona, vooruitgeschoven, waardoor VNN nog wel zorg levert, maar niet meer in het team zit. De medewerkers worden gemist.

Wat de positieve veranderingen zijn, staat uitvoerig beschreven in de vorige paragraaf. Voor sommigen gaan de positieve ontwikkelingen niet snel genoeg. Gelukkig kunnen dit soort geluiden – mede door de actiesessie met de snert pan – nu gedeeld worden zonder dat dit voor spanning zorgt. Het zorgt juist meer voor opluchting en een gevoel van eenheid. Tegelijkertijd merkt men nog steeds wel een verschil in terminologie tussen medewerkers van verschillende organisaties. En het werken vanuit één systeem is bijna geregeld, maar is er nog niet. Dat missen de medewerkers heel erg. Verschil in sturing tussen projectorganisatie en lijnorganisatie blijft ook in De Wolden/Hoogeveen een actueel onderwerp. Men geeft aan dat dit aan de oorsprong van de werkdruk ligt en dat zoals bij Emmen toegelicht, de ontwikkeling binnen het team als moeilijker ervaren wordt. Men is in dit team op ontdekkingstocht hoe men met elkaar kan samenwerken rondom een cliënt. Dat dit een zoektocht is, wordt ook door een supportgroep lid (lokale manager van een van de moederorganisaties) gezien: “Het lastigste is toch nog steeds goede afstemming rondom cliënten en welke afspraken we hier nu voor maken. Ook de registratie blijft een zorgenkindje wat mij betreft.”

In beide knelpunten ligt ook de noodzaak verscholen dat je als (lokaal) management voor de ontwikkeling van de teams en het uitwerken van knelpunten elkaar ontzettend hard nodig hebt. Alleen samen komen we tot goede afspraken en krijgen we de juiste informatie boven tafel zodat de bedrijfsvoering kloppend is binnen het programma en binnen de afzonderlijke moederorganisaties. Daar waar het samenwerken op teamniveau eigenlijk ontzettend goed verloopt, kan afstemming op managementniveau soms nog wat beter. Daar komen we later nog op terug. We gaan eerst nog wat dieper in op de ontwikkelingen op operationeel niveau in het afgelopen half jaar.

...ik geniet erg van de samenwerking binnen het projectteam

4 IN DE PRAKTIJK

4.1 VOORZORG EN INTAKE

In Emmen kijkt men bij alle cliënten wie het beste aansluit bij de hulpvraag. In Assen wil men dit ook, maar door de werkdruk nemen de mogelijkheden van deze werkwijze af. In Hoogeveen ontstaat de nadrukkelijke wens om een match te maken tussen de cliënt met zijn/haar hulpvraag en de medewerker die hier het beste in kan voorzien. *"Helaas wordt de caseload momenteel ingericht afhankelijk van de ruimte die beschikbaar is bij collega's."* Dit willen ze graag anders zien.

Voortkomend uit de doorbraaksessies (zie 2e praktijkevaluatie en paragraaf 6.4 van deze evaluatie) zijn de teams tijdens actiesessies bezig gegaan met de intake om te onderzoeken of we tot een gelijke werkwijze konden komen. Tijdens de actiesessies werd gebruik gemaakt van de Herstel Ondersteunende Intake van Jim van Os. Deze wordt namelijk – met succes – in Noord-Holland Noord gebruikt. Tijdens de actiesessies bleek dat deze wijze van gespreksvoering in De Wolden/Hoogeveen heel enthousiast werd ontvangen (men gaat ermee aan de slag) en in Emmen en in Assen al continu plaatsvindt. In Emmen waren de behandelaren zelfs een beetje geagiteerd dat hen gevraagd werd of ze deze vorm van intake kennen: *"Het is toch normaal om dit soort vragen te stellen?"* Dat wat voor velen als 'nieuw' wordt ervaren, blijkt voor anderen vanzelfsprekend. Ze lopen er echter vaak tegenaan dat het moeilijk is om vanuit een herstelgerichte insteek te werken: *"Vanwege de regels binnen de DBC's mogen we een heleboel niet meer, terwijl het wel goed is voor de cliënt. Dat is waar ik last van heb. Ik weet wel wat ik wil doen. Daarom ben ik blij dat ik in dit team werk, waar ik meer ruimte ervaar om dat te doen wat goed is voor de cliënt."*

Projectleider van Emmen vult daarop aan: *"Bij onze doelgroep werkt het niet om gesprekken en uren in afgebakende protocollen of trajecten te plaatsen. Het kost tijd omdat je naar mensen toe moet, misschien voor een dichte deur staat, wellicht eerst brievenbus contact opbouwt, ga zo maar door. Als je volhoudt zie je dat zeker 80% van die tijdsinvestering uiteindelijk wat oplevert. Investeren in de voorkant, proberen echt contact te maken betaalt zich dus terug. Niet in de laatste plaats financieel. Als je geen contact maakt en geen moeite doet, zullen de problemen van deze mensen groter worden. Uiteindelijk zal het meer tijd en meer geld kosten om de problemen op te lossen."*

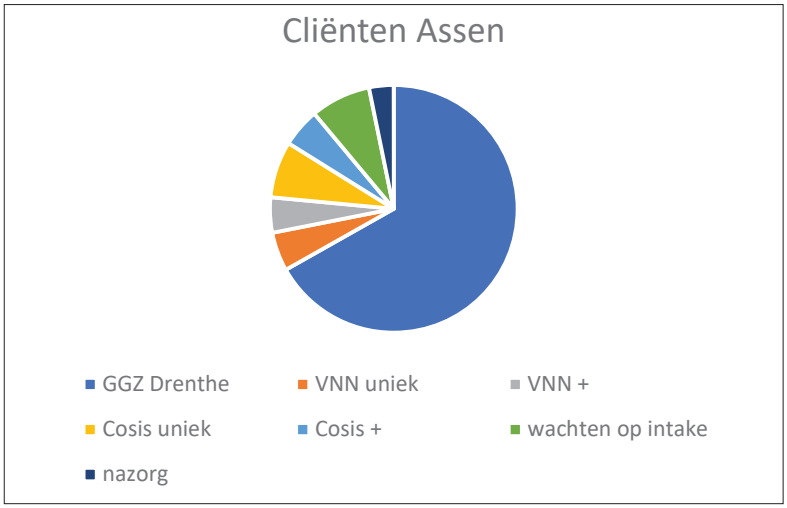
Helaas is de medewerker zorgadministratie die we hadden aangesteld om een gezamenlijke intake te ontwikkelen sinds begin februari ziek. Daardoor is dit nog niet verder ontwikkeld. Toch heeft het al z'n vruchten afgeworpen. Zo wordt er nu in alle drie de teams tijdens de intake, of voorafgaand in de uitnodigingsbrief, gevraagd of een naaste meekomt. In de praktijk neemt de betrokkenheid van naasten toe. Lees hierover meer in paragraaf 5.4.

We lopen wel achter. Daarmee bedoelen we dat de mensen die wachten op een intake toenemen. Zo zijn er vanaf januari tot en met mei 15 cliënten in De Wolden/Hoogeveen gepland voor een intake. Van deze mensen is er bij vijf personen sprake van contact voordat de intake plaatsvindt. "Zo komt er iemand uit Brabant verhuizen waarbij een warme overdracht loopt en komen er twee mensen uit de kliniek waarbij de overdracht loopt. Ook zijn er met deze mensen contacten gelegd voor kennismaking." En in Assen zijn 17 personen ingepland voor een intake. Ook in Hoogeveen zijn intakes een aantal maanden vooruit gepland. In Emmen wachten de meeste mensen op een intake, namelijk 26.

In Hoogeveen voert men veel gesprekken in het team over voorzorg en de intake. Hier wil men graag een herstelgerichte ontwikkeling in doormaken. De afspraak is nu dat wanneer het vanuit de inhoud noodzakelijk is disciplines in te zetten, we dat doen voorafgaand aan een intake (dus als voorzorg). Dit gebeurt bijvoorbeeld middels de inzet in de buurtteams wanneer wordt meegekeken bij casuïstiek. Ook zal de ervaringsdeskundige projectmedewerker Peter Smit een actieve rol spelen bij de ontwikkeling hiervan.

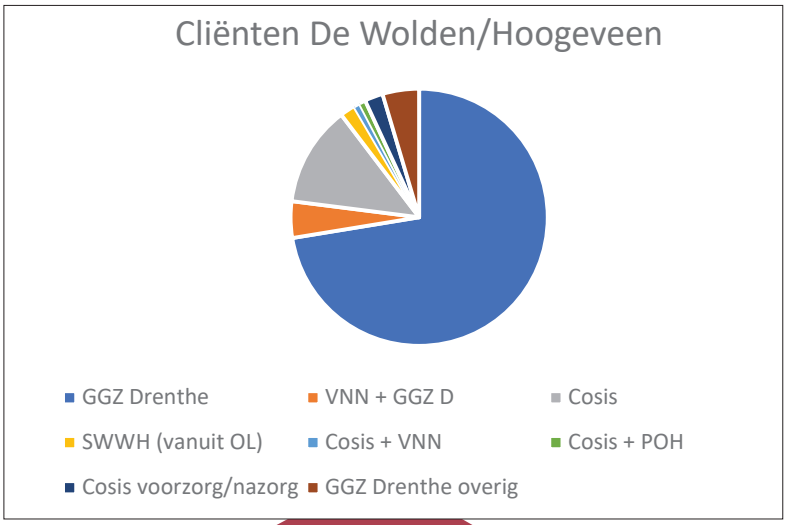
4.2 CASELOAD

ASSEN



In Assen zijn in november twee wijken bij het team gekomen waardoor het totale aantal cliënten in maart 2020 op 188 personen uitkomt. Dit is zonder de 17 personen die wachten op de intake. GGZ Drenthe kent 166 cliënten waarvan 7 in nazorg. Vijf doorverwijzingen naar BGGZ en twee personen zijn verhuisd buiten de gemeente waar geen huisarts is, of het team de zorg nog niet heeft overgenomen. Een deel van de cliënten kent ook structurele ondersteuning vanuit Cosis of VNN. Gedeelde caseload betreft 21 personen. Hier is betrokkenheid van welzijn niet in meegenomen. Ook uitwisseling middels consultatie is niet meegenomen in dit overzicht. Cosis kent in totaal 27 cliënten en VNN heeft 21 cliënten. Voor VNN hebben we nog een groep cliënten dat zorg nodig heeft in het uitgebreide gebied. Dit wordt nog niet geleverd omdat er onvoldoende personeel vanuit VNN in het team zit. Het gaat om ongeveer 15 cliënten.

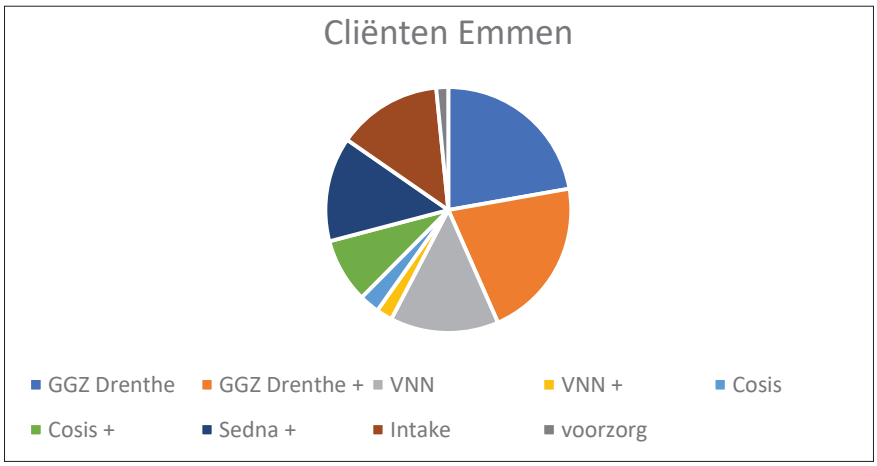
HOOGEVEEN



In Hoogeveen zijn 190 cliënten bij Optimaal Leven. Hiervan zijn er 186 in zorg bij GGZ Drenthe. De 12 cliënten die elders een hoofdbehandelaar hebben, of zijn opgenomen, zijn niet meegerekend in dit aantal; ook al ontvangen ze wel zorg vanuit Optimaal Leven. Ze zijn niet meegerekend omdat hun DBC elders is ondergebracht. Van de 34 klanten die in dit overzicht onder Cosis vallen, is een aanzienlijk deel ook in zorg bij GGZ Drenthe. Dit geldt voor de 12 cliënten bij VNN overigens ook. Cosis ondersteunt zes personen (sinds januari 2020) in de aanloop naar een WMO-beschikking of ter afronding/overdracht van de ondersteuning. Cosis lijkt relatief weinig cliënten te hebben. Dit komt omdat het aantal cliënten in uren wordt omgerekend. De uren worden vergoed. Per cliënt hebben ze 78 uur beschikbaar op jaarbasis.

Het aantal klanten waarbij wordt samengewerkt met welzijn is groter dan de vijf die in dit overzicht is opgenomen. Mensen worden ook doorverwezen vanuit Optimaal Leven binnen de buurtteams (daar maakt Optimaal Leven ook deel van uit) en die verwijzingen gaan vooralsnog op onderdelen. Zoals het maatjesproject of financiële ondersteuning. Er is geen zicht op het aantal doorverwijzingen binnen de buurtteams. Het gebeurt ook nog dat mensen die in zorg zijn zelf de weg naar welzijn vinden en gebruik maken van de beschikbare faciliteiten en dat Optimaal leven hier geen weet van heeft.

EMMEN



In Emmen zijn de meeste mensen in zorg bij twee of drie organisaties. Dit is in lijn met de strategie binnen Emmen om consequent de inhoud van de vraag en doelstelling van Optimaal Leven te volgen. In totaal zijn eind maart 115 mensen in zorg bij het Optimaal Leven team, waarvan de financiële vergoeding geregeld is. In Emmen bestaat de meeste onduidelijkheid over de financiële status, omdat medewerkers veelal beginnen met het leveren van zorg wanneer een vraag zich aandient en het organiseren van de vergoeding volgt daarop. Ongeveer de helft van de 80 cliënten die in zorg zijn bij GGZ Drenthe ontvangt ook zorg van VNN, Cosis en/of Sedna. VNN heeft in Emmen verreweg de meeste mensen in zorg (30+) en ook Sedna heeft veel cliënten (26) waar ze zich voor inzetten. De samenwerking met Cosis is bijzonder, aangezien een aantal van de ambulante (woon)begeleiders ook in een Beschermd Wonen setting in de wijk werken. Daardoor hebben zij een functie van wijkondersteuner en is flexibele inzet mogelijk. In Emmen is men nog steeds bezig met de opbouw en ontwikkeling van het team. Er komen mensen met complexe vraagstukken in zorg en er is nog weinig sprake van uitstroom. Er zijn 5 mensen niet meer in zorg vanwege verhuizing of omdat ze overleden zijn.

4.3 VERWIJZERS

In Emmen worden de cliënten via verschillende instanties aangemeld. Even ter herinnering; we zijn in Emmen zonder caseload begonnen en hebben alle cliënten die in zorg kwamen als 'nieuwe' cliënten ontvangen en welkom geheten. We hebben dus niet, zoals in Assen en Hoogeveen, alle cliënten van FACT Emmen van GGZ Drenthe in een keer overgenomen. Dit kan de oorzaak zijn van een groter, gedeelde caseload binnen Optimaal Leven Emmen dan in de andere twee regio's en van een lager aantal cliënten in zorg. In het laatste half jaar zijn meer dan 20 nieuwe cliënten bij Optimaal Leven gekomen (geeft het cliëntvolgsysteem aan). De meeste nieuwe cliënten worden doorverwezen via de huisarts of via afdelingen van GGZ Drenthe. Ook via welzijnsorganisatie Sedna en via de OGGZ/ de sociale teams (en politie) komen cliënten bij ons in beeld. Een enkeling bereikt ons op eigen initiatief. De eigen organisaties verwijzen via de gewone procedures. *"De motivatie om dan naar ons door te verwijzen, ligt in het gegeven dat deze cliënten in Angelslo/Emmerhout wonen en Optimaal Leven de geëigende partner is voor GGZ-problematiek. We zijn tegelijkertijd ook zichtbaar en toegankelijk en denken mee in mogelijkheden voor deze cliënten. Voorheen werden veel mensen met complexe, meervoudige problematiek niet in zorg genomen (pingpong Verslaving versus Psychiatrisch). Deze mensen worden nu wel in zorg genomen door Optimaal Leven. De medewerkers ervaren een 'verzwaring' van de zorgzwaarte ten opzichte van het werk dat ze voorheen deden."*

"Ik merk dat Optimaal Leven een begrip begint te worden binnen Hoogeveen en we daardoor ook meer aanmeldingen krijgen." In Hoogeveen krijgen we verwijzingen vanuit verschillende hoeken, zoals huisartsen en welzijn. We kunnen niet altijd zeggen dat iemand een klant is voor Optimaal Leven. Maar we hebben veel te bieden, dus dan nemen we iemand in zorg om samen te kunnen onderzoeken wat diegene echt nodig heeft en om de best passende hulp/ondersteuning/behandeling in te zetten. Dit kan betekenen dat iemand doorstroomt naar andere plekken waar de zorg/ondersteuning het beste aansluit op de vraag. We krijgen veel verwijzingen vanuit GGZ Drenthe zelf: de kliniek, planbare zorg, IHT, kind- en jeugdpsychiatrie en vanuit het adolescenten team. Sommige verwijzingen ontvangen we omdat het voormalig FACT-team deel uitmaakt van Optimaal Leven. We hebben zes verwijzingen vanuit GGZ Drenthe gekregen vanwege het pakket wat mogelijk is en de teamsamenstelling. Ook komen verwijzingen binnen via Cosis en VNN. Vanuit VNN begint het toe te nemen in Hoogeveen. Binnen hun FACTteam is – in samenwerking met de behandelaren van Optimaal Leven - een overzicht gemaakt welke klanten naar Optimaal Leven kunnen. Dit is nog wel een gepuzzel met de DBC-structuur.

"Ik krijg cliënten binnen via mijn moederorganisatie Cosis. Ook word ik erbij gevraagd door collega's binnen ons team. De meeste verwijzingen die ik krijg, komen doordat we tijdens cliëntoverleg besprekingen concluderen dat mijn inzet een meerwaarde kan zijn. Verder verwijzen we zelf soms door naar BGGZ of POH GGZ wanneer een cliënt daaraan toe is. Soms gaat het herstel van een cliënt wat snel voor ons."

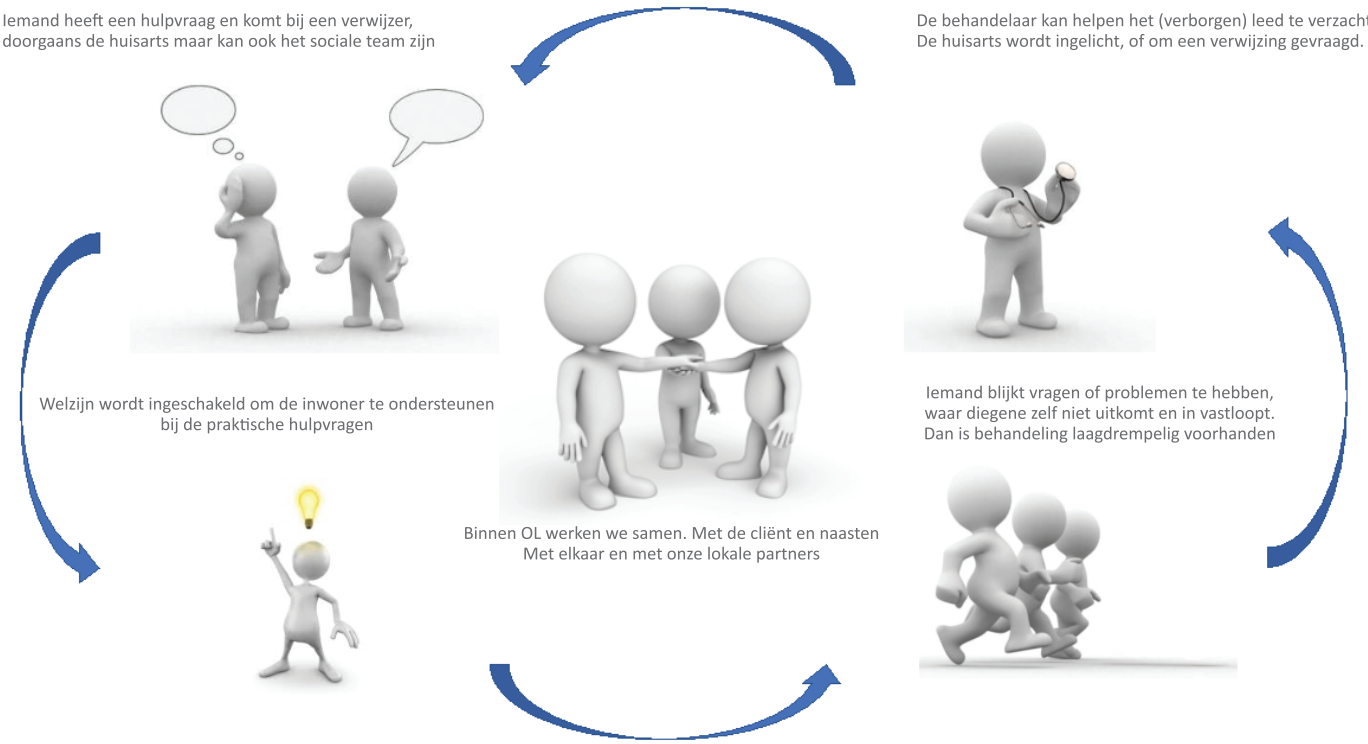
In Assen komen verwijzingen steeds meer door huisartsen en ook door de afdelingen (van de moederorganisaties). Klanten zijn dan nog niet klaar om in behandeling te komen. Men denkt dan aan Optimaal Leven om laagdrempelig contact te leveren en omdat we binnen Optimaal Leven veel makkelijker kunnen op- en afschalen. "Wij moeten dan in samenspraak wel goed doelen stellen dat ze ook weer doorstromen naar de juiste hulp. We werken anders dan voorheen omdat we nu een breder aanbod hebben dan voorheen FACT." In de laatste zes maanden hebben we 25 doorverwijzingen gehad, waarvan 10 van andere afdelingen binnen GGZ Drenthe (waaronder 1 BGGZ en 1 vanuit crisisdienst), zeven via huisartsen, vijf externe (via vijf verschillende verwijzers), twee vanuit VNN en één OGGZ.

4.4 INSTROOM EN UITSTROOM

"Mijn caseload bevat momenteel een cliënt die bij BGGZ is. Een cliënt die ik begeleid om haar toe te leiden naar GGZ vanuit welzijn. Cliënt die ik samen met VNN begeleid. Samen kijk ik ook met collega's van het wijkteam welke cliënten eventueel kunnen aansluiten bij OL. Momenteel 10 cliënten waarvan 3 niet onder de DBC van GGZ vallen. Ik vind deze manier van werken erg variërend en leuk. Daarnaast natuurlijk de cliënten waarmee je te maken hebt met WMO, buurtzorg, mijn thuiszorg, de Zorgzaak, dagbesteding etc. Het proces is nu nog binnen het team dat de triage van GGZ de intake doet, het adviesgesprek en 'bepaalt' welke zorg en wie daarvoor ingezet wordt. Er is weinig afgeschaald. Ik denk dat de WMO-begeleiders hier meer zicht in hebben dan onze collega's van GGZ Drenthe. Zelf heb ik cliënten afgeschaald. Op mijn verzoek 2 overgedaan naar BGGZ."

In het afgelopen half jaar zijn 20+ mensen Optimaal Leven ingestroomd in Emmen. Het merendeel is bekend bij een van de organisaties. Een paar mensen is hier komen wonen vanuit andere gemeenten. Het is niet bekend of ze daar al in zorg waren. Vanuit de organische werkwijze die in Emmen gehanteerd wordt vanaf de intake, kijkt het team naar de klantvraag en worden alle disciplines en expertise betrokken bij het behandeltraject wanneer er meerwaarde wordt gezien. De medewerkers van Optimaal Leven, met name van Welzijn, Cosis en de ervaringsdeskundigen worden ingezet om cliënten te motiveren tot zorg. *"Dit wordt als minder beladen ervaren dan bijvoorbeeld GGZ Drenthe of VNN-medewerkers vanwege negatieve ervaringen in het verleden."*

Soms is het zo dat een cliënt nog niet toe is aan het uitwerken van zijn of haar GGZ zorgvraag, maar dat eerst praktische vraagstukken opgepakt worden. Of begeleiding en behandeling gaan hand in hand. Een andere optie is dat eerst wordt ingezet op de crisis, het oplossen (lees: kan ook stabiliseren zijn) van een mentaal 'probleem' om daarna af te bouwen via begeleiding/welzijn naar zelfstandigheid en volledige eigen regie. In Emmen zijn in het afgelopen half jaar negen mensen uitgestroomd.



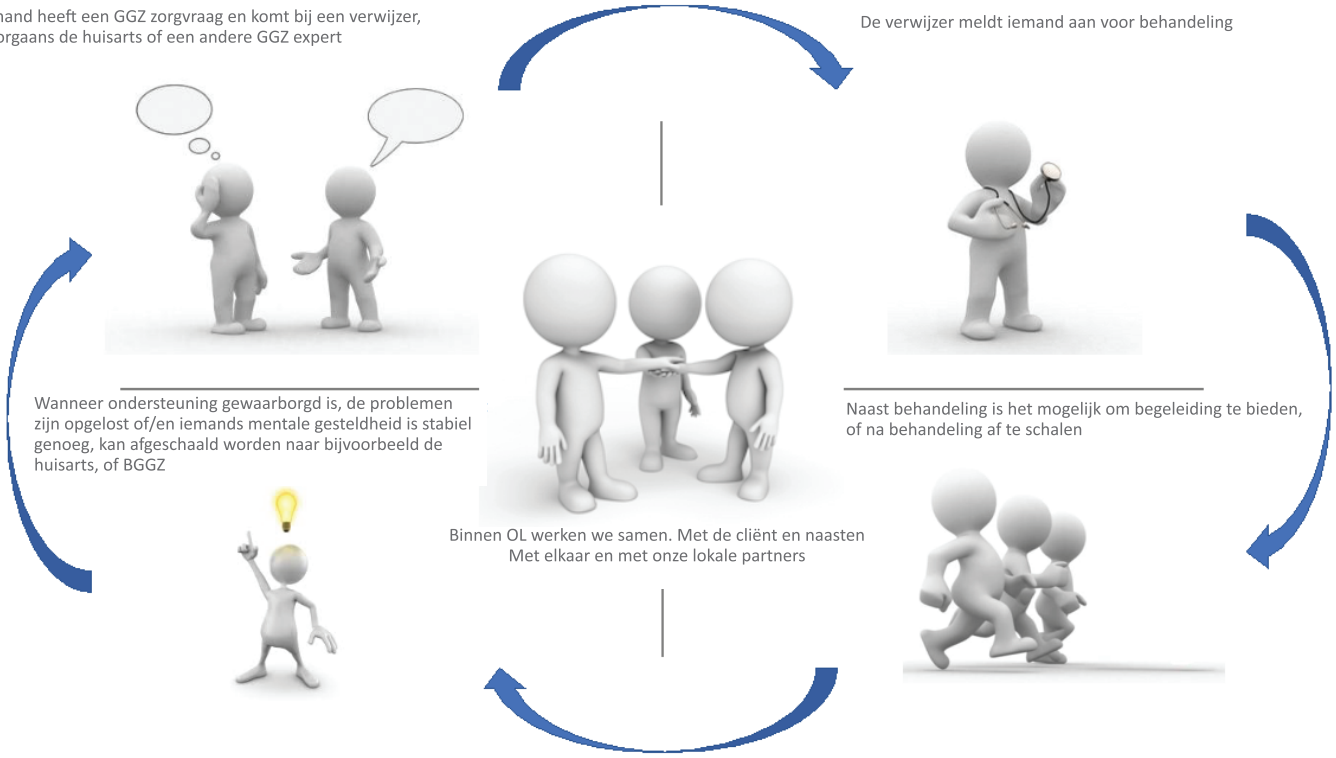
Doorstroommodel A

Vanaf september 2019 zijn 35 klanten in De Wolden/Hoogeveen ingestroomd in Optimaal Leven. Een deel hiervan is bekend binnen de zorg, maar negen cliënten zijn nieuw. Twee cliënten hebben geen GGZ behandeling meer, zij hebben woonbegeleiding en contact met de POH. Eén cliënt ziet een verpleegkundige van VNN en een ambulante begeleider.

Voor 18 mensen is de zorg in De Wolden/Hoogeveen afgesloten. Door de volle caseload lopen de doorverwijzingen nog niet zoals we willen. "Hier hebben we verschillende gesprekken over gevoerd. We hebben geconstateerd dat we eerst het inhoudelijk proces zo goed mogelijk moeten laten verlopen. Hier hoort ook de administratie en het opstarten en afronden van herstelplannen en I.ROC's bij."

Ik begeleid mevrouw T. Ze is al langere tijd in behandeling bij een GGZ Drenthe collega binnen OL. Het gaat al jaren heel goed met mevrouw, ze is heel stabiel. Ze is actief en heeft een goed netwerk (familie en kennissen) om haar heen. Ze geeft zelf ook aan dat het goed met haar gaat. Haar casemanager heeft met haar gesproken over het krijgen van basis GGZ behandeling, in plaats van de gespecialiseerde behandeling vanuit Optimaal Leven. Dit was even schrikken voor haar. Ze moest wennen aan het idee, maar ziet het nu wel zitten. Mede doordat het haar goed is uitgelegd en dat er in rustig tempo wordt afgebouwd. Ze vroeg zich wel af of ik als woonbegeleider blijf. Dat doe ik, waardoor het lijntje met Optimaal Leven blijft en wanneer het nodig is er altijd weer opgeschaald kan worden. Ze vindt het heel fijn dat ik blijf en dat dit mogelijk is.

In Assen hebben we het afgelopen half jaar 24 aanmeldingen van nieuwe cliënten. Eén nieuwe cliënt was nog nooit bekend in zorg. We hebben 17 personen van behandeling naar begeleiding gebracht en behandeling binnen het team afgebouwd. Bij 11 personen is de behandelingsovereenkomst afgesloten en is alle zorg vanuit Optimaal Leven afgesloten. En van de personen die ambulant begeleid worden, is één persoon helemaal afgesloten van de zorg vanuit Optimaal Leven. “We verwachten dat de toestroom vanuit welzijn zal komen wanneer er juridische dekking is voor de samenwerking met welzijn binnen het team.”



Doorstroommodel B

4.5 WAT GEBEURT ER NA AFSLUITING VAN DE HULPVERLENING?

Binnen Optimaal Leven sluiten we de zorg ook af. Het afsluiten van een zorgrelatie met een cliënt is niet vanzelfsprekend binnen de teams waar langdurige zorg wordt geleverd. Medewerkers vinden het soms moeilijk om los te laten en gaan voor ‘behouden van de stabiliteit’. Voor een groot aantal cliënten behoort het echter ook niet tot de mogelijkheden (in de nabije toekomst) omdat er voor hen een kern van waarheid in zit om de stabiliteit te behouden. Om hier toch beweging in te krijgen richten we ons binnen de Optimaal Leven teams op twee zaken: maatwerk op cliëntniveau en een cultuuromslag bij medewerkers. We zien bijvoorbeeld in Hoogeveen dat cliënten opbloeien door de herstelgerichte aanpak die wij in gezamenlijkheid met elkaar aanbieden. Door de mix van de organisaties in onze teams komen we op creatieve oplossingen voor problemen van cliënten.

Meneer begeleid ik al zo'n 5 jaar. Deze man heeft het idee dat hij overgevoelig is voor van alles en nog wat (dit zijn psychotisch waanbeelden). Zelf is hij het hier niet mee eens. Hij is overtuigd dat het van neurologische aard is en dat hij aan een zenuwziekte lijdt. Zijn klachten moeten een lichamelijke oorzaak hebben, aldus meneer zelf. Hij heeft nooit medicatie willen gebruiken, omdat hij daar overgevoelig voor zou zijn. Eerdere ervaringen met de GGZ waren niet positief, voor zijn gevoel. Meneer is altijd door psychiaters "weggestuurd' met antipsychotica. Hij heeft zich nooit gehoord en begrepen gevoeld.

Wij hebben vanuit FACT en later het Optimaal Leven team ingezet op wat meneer zelf wil? Wat zijn de klachten? Hoe kunnen wij meedenken met zijn wensen? Wat is helpend voor hem en wat niet?

Meneer is heel vaak verhuisd in zijn leven, omdat hij in zijn huis op een gegeven moment overgevoelig was voor de vloerbedekking, de lampen, houtstof uit meubels of voor de geur van openstaande containers van buren 100 meten verderop et cetera. Hij kon op zo'n moment ook niet meer veel in eigen huis zijn, moest veel op pad zijn om niet thuis te hoeven zijn. Vaak ook overnachtte hij bij een vriendin, welke beschermd woonde bij Cosis of buiten of in een hotel.

Binnen GGZ hebben wij een constructie bedacht dat meneer eens in de 4 weken op een Bed Op Recept bed mocht 'bijtanken' op GGZ terrein voor 3 of meerdere nachten. Daarnaast zijn we ook met gemeente Assen in gesprek geweest voor logeerhuis constructies. Deze zoektocht naar alternatieven leverde uiteindelijk niets op.

Hij heeft jaren ingeschreven gestaan om een andere, grotere woning te krijgen. Hield het in het eigen appartement niet meer uit. Hij sliep soms nachten niet in eigen woning en raakte oververmoeid. Meneer vertelt dat hij "al jaren aan het overleven was". Hij ervaart veel lijdensdruk vanuit zijn ziekte.

Wanneer hij bij deze vriendin is, die bij Cosis beschermd woont, zorgt hij vaak dat zij de voorgeschreven medicatie inneemt. Zelf wilde ze haar medicatie nogal eens vergeten. Verder kon deze mevrouw moeilijk alleen zijn en deed een groot beroep op de begeleiding. Wanneer meneer bij haar is, zorgt hij ervoor dat zij zich veilig voelt en minder beroep hoeft te doen op de begeleiding van Cosis. Zo blijft zij langer stabiel. Voor hem heeft het overnachten ook een functie; hij had "soms mensen nodig om zichzelf te ervaren" en verder om ergens een slaapplek te hebben waar hij op kon laden van de klachten uit eigen huis.

Hij mocht echter niet te vaak bij haar zijn omdat de regels van de woonvorm dit niet toelieten. Het gaat dan onder andere om brandveiligheid. Deze situatie is enkele jaren doorgegaan. Meneer krijgt in deze periode vanuit GGZ ondersteunende gesprekken en voelt zich gehoord en gesteund voor zijn klachten en ervaringen. Dat is fijn maar dit is tegelijkertijd geen structurele oplossing en daar zijn we natuurlijk wel naar op zoek.

Op een gegeven moment is een huis beschikbaar gekomen dat los staat van de beschermde woonvorm, wat gehuurd kan worden door Cosis. Het is een straat verderop. Cosis medewerkers bedenken een plan: kan mevrouw hier samenwonen met meneer zodat ze elkaar kunnen ondersteunen en op enige afstand ambulante woonbegeleiding kunnen krijgen wanneer dit nodig is? Hier zijn we (Beschermd Wonen van Cosis en Optimaal Leven) uitvoerig met meneer en mevrouw over in gesprek gegaan. Uiteindelijk zijn ze daar gaan samenwonen. De klachten die ze beiden ervaren, zijn veel beter te dragen. Hun kwaliteit van leven is sterk toegenomen. De specialistische behandeling vanuit Optimaal Leven aan meneer is beëindigd. Meneer krijgt nog begeleidende uren vanuit Optimaal Leven door medewerkers van Cosis.

Naast voorbeelden waarin we de zorg afschalen binnen onze teams, zijn er ook mensen die helemaal uit zorg gaan. We zien het als een stuk nazorg om goed te weten waar ze naartoe te gaan. In sommige gevallen hebben we nog contact met de hulpverlener waar iemand naartoe is verwezen, of verblijft. Dit kan op consultatie basis zijn.

"Door onze laagdrempeligheid, herstelgericht en gebiedsgericht werken, krijgen we als team ook een andere functie in het lokale netwerk. Vaak wordt om advies, consultatie of psycho-educatie gevraagd. Een voorbeeld: een klant woont op een zorgboerderij. Klant is niet meer in zorg bij ons. Zorgboerderij kan wel het team consulteren bij vragen. Dit heeft afgelopen drie maanden driemaal plaatsgevonden."

In Hoogeveen zijn acht personen doorverwezen naar de POH GGZ of de huisarts. Vier personen naar de basis GGZ. In Hoogeveen is een persoon overleden. Twee personen zijn verhuisd en drie personen zijn anders uitgestroomd. Waaronder de meneer in de zorgboerderij.

In Assen wachten in maart 2020 zes personen op zorg vanuit het team waarnaar verwezen is. Eén persoon is overleden en twee zijn verhuisd en wachten daar op zorg of een inschrijving bij de huisarts. Er is ook iemand doorverwezen naar de POH GGZ.

4.6 CRISES EN OPNAME

Het team in Emmen vindt het moeilijk om met harde conclusies te onderbouwen of er sprake is van voorkomen van crises of opname door de werkwijze van Optimaal Leven. Wel durven ze te stellen dat "de werkwijze en attitude van de medewerkers maakt dat we veel preventief werk verrichten en veel terugkrijgen dat we goed aansluiten bij de wensen van de cliënt." Hierdoor lijken we opname te voorkomen. Het brede aanbod dat beschikbaar is vanuit Optimaal Leven en in het verlengde vanuit de moederorganisaties draagt bij aan het voorkomen van crisissituaties bij cliënten. Wel moeten wij hier als hulpverleners tijdig en juist op inspelen.

Dit doen we door bijvoorbeeld in de weekenden en 's avonds door te verwijzen naar het aanbod van dagbesteding in de wijk (TROTS) en van de woonlocatie van Cosis in de wijk (De Haar) waardoor mensen lotgenoten treffen of een luisterend oor bij hulpverleners en/of begeleiders met kennis van zaken.

Er zijn in Emmen wel regelmatig opnames. Dit is mogelijk te verklaren doordat mensen voorheen onderbehandeld zijn en ze nu wel naar hun problematiek kijken (o.a. traumaverwerking). Dit kan zorgen voor onrust of terugval, zeker wanneer er ook medicatie aanpassingen gedaan worden. De opname is dan onderdeel van het behandeltraject. *"Ook kennen we een complexe doelgroep. Sommige mensen zullen nu eenmaal zo nu en dan in een opname terechtkomen. Dat hoort er ook een beetje bij."*

"Ik heb paar keer crises met cliënten mee gemaakt. Tot nu toe resulteerde de keren dat ik er bij was in opschaling van zorg binnen ons eigen team door bijvoorbeeld de afspraak te maken dagelijks contact met de bureaudienst te onderhouden. Ook heb ik mee gemaakt dat bij crises sommige cliënten ophoging van medicatie kregen en toen weer tot rust kwamen."

Ook in Assen vindt het team het moeilijk om aantallen te noemen. *"We hebben een houding waarin we doen wat nodig is en mogelijk om onze klanten een opname te besparen."* Bijvoorbeeld door dagelijks (telefonische) contacten te onderhouden om iemand door een moeilijke periode te coachen of door inzet van meerdere mensen uit het team of daarbuiten. *"Het werken volgens de vier fasen van herstel (zie hoofdstuk 5) helpt hier bijvoorbeeld bij. Wanneer we met klanten bespreken in welke fase ze zich bevinden en hoe ze naar een volgende zouden kunnen komen. Dan draagt het bij aan hun zelfinzicht op dat moment. De vraag die we dan stellen is: wat is de eerste stap om je beter te gaan voelen?"*

De eerste persoon binnen het Optimaal Leven team aan wie ik zorg verleen, is mevrouw L.B. Er zijn enorme wachtlijsten en L.B. zal na vijf maanden opname ontslagen worden van de HIC (high Intensive Care Unit van GGZ Drenthe). Ondanks dat de behandelaren pas maanden later een intake kunnen afnemen, stromen een Cosis medewerker en ik al in. Mede daardoor kan ze naar huis. We hebben haar de eerste maanden allebei één keer in de week gezien. We kunnen met elkaar afstemmen over wat nodig was en hoe we de zorg en ondersteuning het beste kunnen vormgeven. Het is een weg met ups en downs voor L. Na enkele maanden twee keer in de week een huisbezoek van mij of mijn collega is het gelukt om langzaam en in overleg de contactmomenten te verminderen. L. Heeft geleerd ons te vertrouwen en aan de bel te trekken wanneer het niet goed gaat. Dan kunnen we direct de zorg weer opschalen. Het is een mooie samenwerking tussen ons drieën. Nu zijn we exact een jaar verder. L. gaat weer naar haar werk, haar leven is weer zo goed als opgebouwd. We hebben het erover gehad in welke fase van herstel ze zit. We vinden met elkaar dat ze in fase 3-4 van herstel zit (zie 5.1 voor een toelichting op de vier fasen van herstel). We zijn aan het verkennen of ze wellicht naar planbare zorg van GGZ Drenthe zou kunnen doorstromen binnen afzienbare tijd. Maar het Optimaal Leven team levert eigenlijk de beste zorg voor L., denken we. Want zolang het goed met haar gaat, houden we alleen vinger aan de pols contact. We weten vanuit het verleden dat ze in een split second kan decompenseren en dan is het fijn dat we direct weer kunnen aansluiten op de manier die nodig is om crisis te voorkomen. Aansluiten met bekende gezichten en de mensen die ze kent en vertrouwt, dat draagt erg bij aan haar stabiliteit.

Bij een vijftal cliënten in De Wolden/ Hoogeveen is het gelukt om opname te voorkomen. Hierbij is extra inzet gepleegd of medicatie beleid aangepast. De voornaamste reden waardoor dit gelukt is, is de extra inzet van het team en de betrokkenheid van familie. Familie moet dit kunnen dragen en ondersteunen. Dat is heel belangrijk in dit soort situaties. Uiteindelijk zijn 20 personen wel opgenomen (geweest) in onze gemeente. De voornaamste redenen waren suïcidaliteit, depressie en/of psychose. Van deze 20 personen zijn er 15 bij acute zorg opgenomen, drie bij ouderen en twee bij de kliniek (de meander). Bij één mevrouw was haar woning onbewoonbaar verklaard en ze moest eruit. Het lukte het team niet om met haar in contact te komen en toegang tot haar huis te krijgen. Het huis bleek zo vies dat het onbewoonbaar is verklaard. Psychiater: *"Zelf heb ik twee cliënten gehad die uiteindelijk werden opgenomen. Eén naar de klinische rehabilitatie afdeling van GGZ Drenthe en de ander naar de ouderen psychiatrie van GGZ Drenthe. Beiden in eerste instantie ter overbrugging van een Beschermd Wonen plek. Vanwege de lange wachtlijst bij de beschermd wonen initiatieven duurt dit lang. Dit betekent dat (door hospitalisatie of ontwenning) de kans bestaat dat de cliënt niet meer zelfstandig of met ondersteuning in ambulante setting kan wonen."*

4.7 CONSULTATIE

Voor consultatie op cliëntniveau worden medewerkers uit de Optimaal Leven teams niet vergoed. Dit is in toenemende mate een activiteit waar de medewerkers mee bezig zijn. Het is vooral opvallend dat er veel consultatie (uitwisseling) binnen het Optimaal Leven team plaatsvindt en minder met partijen er omheen, blijkt uit de data welke verzameld is (urencoderingen team op basis van niet-cliëntgebonden activiteiten – zie bijlage 1).

Dit wordt beaamd door de projectleider van De Wolden/Hoogeveen: *"Binnen ons team hebben we natuurlijk de samenwerking met de gemeente, de dagbestedingen, de woonvormen, et cetera. Dit gaat wat mij betreft meestal erg prettig. We kunnen elkaar goed en steeds beter vinden. Het is ook fijn om in het team van elkaar te horen welke mogelijkheden er zijn bij bijv. dagbesteding of wonen etc. de lijnen worden hierin ook korter."* Hierop doelt ze eigenlijk op de samenwerking met de rest van de moederorganisaties die in de teams zitten. Optimaal Leven bestaat natuurlijk uit ambulante teams en niet uit Beschermd Wonen of dagbesteding.

Het verbinden van de mogelijkheden van de moederorganisaties
Een cliënt van VNN komt iedere week naar TROTS (dagbestedingscentrum Cosis) om bij de GGZ muziekgroep aan te sluiten. Zijn hersenbeschadiging beperkt hem tot het uitvoeren van makkelijke, huishoudelijke activiteiten. In de muziekgroep keert hij terug naar zijn leven als succesvolle muzikant. Hij herinnert de liedjes van toen en speelt ze weer op zijn gitaar. Zijn gitaarspelen brengt hem in een positieve ontwikkeling. Samen spelen, sociale verbinding met derden, een belangrijke positie geven in het soleren van de gitaar binnen de liedjes, geeft hem een status dat hij jarenlang heeft gemist en vroeger altijd had. Hij wordt binnen TROTS gesteund in deze positieve ontwikkeling en hij wordt gezien en bevraagd op zijn kennis en kunde van muziek en gitaar spel. Mentaal houdt hij zijn hersenen in beweging wat helpt in het remmen van achteruitgang. Opvallend is dat deze man zin heeft om aan de slag te zijn en binnen TROTS aan meerdere activiteiten wil deelnemen. Ook activiteiten die geen betrekking hebben op muziek. Een zinvolle dagbesteding in een veilige omgeving betekent voor deze man een vooruitgang in zijn kwaliteit van leven.

De eerste partners waar vervolgens (fors) mee wordt afgestemd of die om consultatie vragen, zijn gespecialiseerde afdelingen van de drie moederorganisaties. Binnen Assen en Emmen vindt de meeste consultatie binnen het Optimaal Leven team en met de drie moederorganisaties plaats. In Hoogeveen is het opvallend dat alleen de Cosis medewerkers en de medewerker van Welzijn aangeven te consulteren binnen het Optimaal Leven team en ook bij gespecialiseerde afdelingen. Vanuit GGZ Drenthe heeft niemand in de urencodering aangegeven te consulteren binnen het eigen team.

Huisartsen bellen in toenemende mate met psychiaters voor consultatie, geven de teams zelf aan. Dit is vooral in Emmen en Assen het geval, blijkt uit de urencoderingen. Uitwisseling vindt vooral plaats met de psychiater(s). Uit deelname in sociale wijkteams komen consulten voort. Soms gaat een medewerker van Optimaal Leven mee op huisbezoek om een inschatting te kunnen maken. Dit is in het afgelopen half jaar in Hoogeveen bijvoorbeeld 10 keer gebeurd. Een medewerker van Optimaal Leven die ook in het sociale team zit, zegt: *"We vliegen hopelijk binnenkort ook in als een soort bemoeizorg vanuit WMO, preventief met als doel middels goede begeleiding goede maatwerk zorg te kunnen leveren. Daarnaast leggen we steeds meer verbinding met de wijken. In mijn wijk zijn we met teambuilding bezig geweest en dit heeft tot goede inzichten geleid. We weten nu meer wie wat te bieden heeft."*

In Emmen en Assen is sprake van consultatie aan andere partijen. Dit komt in Emmen, volgens de projectleider, voort uit de goede bereikbaarheid van het team voor huisartsen, wijkteams, OGGZ en politie. Hier hebben ze vanaf de start van het team actief op ingezet. Er zijn in het cliëntvolgsysteem ongeveer 20 personen opgenomen bij wie eenmalig of een aantal malen contact is geweest met de persoon in kwestie of met een andere hulpverlener. In een aantal gevallen heeft dit contact (uiteindelijk) geleid tot zorg binnen het Optimaal Leven team. *"Ook kleine zorgaanbieders die begeleiding aan huis geven, kunnen ons goed vinden. Hierbij valt te denken aan medicatievragen, meedenken over begeleiding en behandeling. En de doorverwijzing naar het achterland van de deelnemende organisaties."*

In De Wolden/Hoogeveen is sprake van coaching en consultatie in de wijk of in de eerste en anderhalve lijn. Hierdoor hoeft geen (crisis) DBC te worden geopend. "Een goed voorbeeld is bij BOAT in Zuidwolde, waar onze medewerker Piet Groenia consultatie doet. Hij levert 12 keer per jaar een verpleegkundig consult à 30 minuten (per jaar = 360 minuten). Dit is goedkoper dan een DBC openen."

4.8 DISCIPLINEMIX, BEHANDELAREN EN TEAMFORMATIE

De business cases opgenomen in deze paragraaf komen voort uit het basismodel business case dat in de voorbereiding van de Optimaal Leven teams door het kernteam is ontwikkeld en binnen de stuurgroep is geaccordeerd. Onderstaand perspectief vanuit de teams en het projectteam is hierop gebaseerd en niet gebaseerd op mogelijke verschillen tussen deze business case en de begrotingen van de afzonderlijke moederorganisaties.

Om het werk goed te kunnen doen, hebben de teams voldoende volume nodig.
Medewerker De Wolden/Hoogeveen: *"Blij dat wij 2 behandelaren hebben gekregen die bewust voor OL hebben gekozen en een frisse, optimistische en kritische blik hebben betreft het Optimaal Leven proces. Hierdoor is het onderlinge proces van verbinding leggen bevorderd. Door een nieuwe projectleider en uitbreiding van het aantal ambulant begeleiders en vermindering van verpleegkundigen is er meer evenwicht gekomen in het team betreffende disciplinemix."*

In tegenstelling tot Optimaal Leven Assen, heeft De Wolden/Hoogeveen voldoende behandelaren.
Assen: *"Wij missen wel behandelaren die gespecialiseerde behandelingen zoals EMDR of CGT, voortkomend uit trauma en angst- en stemmingsstoornissen, kunnen uitvoeren."* Aan de vraag naar deze behandelingen kan niet worden tegemoet gekomen, omdat we onvoldoende geschoold personeel hebben. Binnen het team zijn we op zoek naar oplossingen. De verpleegkundig specialist gaat eind dit jaar bijvoorbeeld starten met de EMDR-opleiding.

Het gevolg van dit tekort is dat de huidige regiebehandelaar voor haar gevoel onvoldoende kan behandelen en onvoldoende bezig kan met het ontwikkelen van het team. In het verlengde hiervan voelen de teamleden in Assen zich geblokkeerd in de groei en ontwikkeling van de werkwijze. Dit wordt overigens ook in Emmen zo ervaren. De teams nemen de verschillende moederorganisaties kwalijk dat ze zo lang doen over het doorpakken met betrekking tot laten groeien van de teams, “Terwijl het toch duidelijk is dat we moeten groeien om volwaardig, flexibel en minder kwetsbaar worden”.

Assen	Businesscase september 2018		Maart ‘20
Aantal cliënten	**140**	**200**	**188**
Regionale projectleider	0,78	0,78	0,78
Psychiater	0,60	0,85	0,55
(basis) GZ Psycholoog	1,30	1,85	0,22
Verslavingsarts	0,11	0,15	0
SPV’er	0,75	1,06	0,22
Medewerker VNN	1,00	1,42	0,44
Casemanager Fact	2,80	4,00	4,56
Maatschappelijk werker*	0,45	0,63	0,78
Verpleegkundig specialist	0,75	1,06	0,89
Ambulante begeleiders (Cosis)	2,00	2,84	2,16
Ervaringsdeskundigen (2 X 0,5)	1,00	1,42	1,11
IPS arbeidsdesk/sjd/ trajectbeg.	0,80	1,13	0,67
Zorgsecretariaat	1,20	1,70	1,22
Totaal (inclusief projectleider)			**13,6**

*Optimaal Leven Assen heeft welzijn nog niet opgenomen in hun bestand aangezien de medewerker nog niet structureel een X aantal uur in het team meewerkt maar nog veel meer op afroepbasis.

In Emmen is naast de psychiater ook een verpleegkundig specialist en een basis psycholoog (door aanvullende opleiding goed inzetbaar als behandelaar) aan het team toegevoegd. Het team groeit qua behandelcapaciteit mee met het aantal cliënten en hun zorgvraag en wordt hier continu op afgestemd. In Emmen is een brede balans tussen de verschillende organisaties. De gemiddelde caseload is 20 cliënten met de aantekening de verpleegkundigen vanuit GGZ Drenthe regelmatig aangewezen worden als casemanager omdat zij de registratie in het EPD kan verrichten. De werklast wordt dan onder verschillende disciplines verdeeld. Dit is inherent aan de integrale werkwijze waarin meerdere disciplines met specifieke expertise worden ingezet bij de klant. Behandelaars worden ook ingezet als casemanager wanneer de behandeling op de voorgrond staat. Dit is de pragmatische keuze n.a.v. Fte aantallen (te weinig).

Emmen	Businesscase september 2018		Maart '20
Aantal cliënten	**140**	**200**	**114**
Regionale projectleider	0,78	0,78	0,78
Psychiater	0,60	0,85	0,56
(basis) GZ Psycholoog	1,30	1,85	0,78
Verslavingsarts	0,11	0,15	0
SPV'er	0,75	1,06	0
Medewerker VNN	1,00	1,42	1,0
Casemanager Fact	2,80	4,00	1,34
Maatschappelijk werk/buurtwerker*	0,45	0,63	0,67
Verpleegkundig specialist	0,75	1,06	0,67
Ambulante begeleiders (Cosis)	2,00	2,84	1,1
Ervaringsdeskundigen (2 X 0,5)	1,00	1,42	0,89
IPS arbeidsdesk/sjd/ trajectbeg.	0,80	1,13	0
Zorgsecretariaat	1,20	1,70	0,67
Totaal (inclusief projectleider)			**8,46**

*Dit is de buurtwerker van Sedna. In de oorspronkelijke business case was een maatschappelijk werker uit een van de organisaties opgenomen. Deze functie is niet vervuld binnen Optimaal Leven team Emmen.

"Wat ik graag zou willen, is dat we meer kijken per individu zowel de medewerker als de cliënt. Wat zijn de kwaliteiten en sterke kanten, maar ook: wat vind je leuk en wat is dan een goeie match. Wat mij betreft niet alleen op opleiding maar ook op ervaring."

In De Wolden/Hoogeveen hebben we het eerste jaar een zware start gehad omdat we al een groot – en bijna volwaardig – team waren. In het afgelopen half jaar heeft de grootte van dit team echter positief bijgedragen aan de ontwikkeling binnen het team. Samen met het enthousiasme en creativiteit bij medewerkers, heeft het enthousiasme van nieuwe medewerkers ervoor gezorgd dat ontwikkeling in een positieve flow is gekomen. Desalniettemin heeft ook De Wolden/Hoogeveen te maken gehad met vertrek/ziekte van medewerkers uit moederorganisatie GGZ Drenthe, die niet werden vervangen. Tegelijkertijd heeft een medewerker vanuit VNN laten weten dat hij niet 12 maar 24 uur wil werken bij Optimaal Leven (start april 2020) en zijn er vanuit Cosis nieuwe mensen aangenomen. De 'schaarste' heeft er mede voor gezorgd dat men creatiever gaat denken over oplossingsrichtingen. Uitstroom naar Cosis binnen het team, of naar andere zorginstellingen en afsluiten van trajecten, krijgen hierdoor meer aandacht. Dit proces komt langzaam op gang. Het vraagt veel van de attitude van de medewerker, zie paragraaf 5.5. De beweging die de stuurgroep voor de start van de teams theoretisch voor zich zag als mogelijk scenario, begint zich in De Wolden/Hoogeveen wat betreft teamsamenstelling zichtbaar te worden. Tegelijkertijd zien we ook in De Wolden/Hoogeveen dat verwijzingen en aanmeldingen toenemen. Zie paragraaf 4.2 over aanmeldingen en paragraaf 4.3 over verwijzingen.

De Wolden/ Hoogeveen	Businesscase september 2018		Maart '20
Aantal cliënten	**140**	**200**	
Regionale projectleider	0,78	0,78	0,78
Psychiater	0,60	0,85	1,12
(basis) GZ Psycholoog	1,30	1,85	0,67
Verslavingsarts	0,11	0,15	0
SPV'er	0,75	1,06	0,89
Medewerker VNN	1,00	1,42	0,66
Casemanager Fact	2,80	4,00	4,57
Maatschappelijk werker*	0,45	0,63	0,22
Verpleegkundig specialist	0,75	1,06	0,44
Ambulante begeleiders (Cosis)	2,00	2,84	3,45
Ervaringsdeskundigen (2 X 0,5)	1,00	1,42	0,89
IPS arbeidsdesk/sjd/ trajectbeg.	0,80	1,13	0,89
Zorgsecretariaat	1,20	1,70	1,55
Systeemtherapeut			0,22
PMT			0,14
PDW			0,22
Totaal (inclusief projectleider)			**16,49**

*De maatschappelijk werker is de medewerker vanuit SWWH (welzijn). De functie wordt niet ingevuld vanuit een van de moederorganisaties.

De beweging die begint te komen binnen Optimaal Leven zou kunnen pleiten voor de mogelijkheid om Basis GGZ binnen het team aan te gaan bieden. De teams krijgen veel nieuwe meldingen binnen waarvan het niet zeker is dat Optimaal Leven de juiste plek is. De BGGZ kan hier een rol in spelen. Ook kan uitstroom nog laagdrempeliger plaatsvinden. Zo'n ontwikkeling zou aansluiten bij wat in hoofdstuk 1 over de Basis GGZ beschreven is. Perspectief is dat de BGGZ binnen GGZ Drenthe kan groeien, terwijl de zorg goedkoper wordt omdat de SGGZ binnen Optimaal Leven dan sneller daar naartoe kan uitstromen. Uitstroom is één van de pijlers binnen Optimaal Leven, valt in hoofdstuk 6 te lezen.

4.9 NETWERKEN IN DE WIJK

Ook de samenwerking in de wijk kan beter vormgegeven worden wanneer de teams op volle sterkte zijn. Toch hebben ze op dit vlak afgelopen half jaar ook niet stilgezeten. De samenwerking met de wijk wordt op verschillende wijzen vormgegeven. Sommige netwerken worden op Drents niveau opgestart, zoals met de HZD (huisartsen) en met Humanitas. We hebben het afgelopen half jaar verschillende overleggen gevoerd met deze twee partijen. Zo zijn medewerkers uit de teams vervolgens uitgenodigd voor regiobijeenkomsten van de huisartsen. En is Humanitas lokaal in Assen verder in gesprek gegaan met het team over samenwerking. In Hoogeveen stopt Humanitas haar activiteiten en is gesproken over warme overdracht of afstemming met betrekking tot bestaande, gedeelde cliënten.

In Hoogeveen was reeds een samenwerking tussen FACT Hoogeveen en de wijkteams. Medewerkers van het FACTteam komen regelmatig in het wijkteam. Dit is uitgebouwd omdat nu een medewerker van Optimaal Leven vanuit moederorganisatie Cosis (ook) deelneemt aan het wijkteam. *"Ik heb 1x in de week een overleg met het wijkteam waar ik in zit. Ik probeer waar mogelijk te helpen met oplossingen. Soms ga ik dingen uitzoeken of iemand bekend is binnen OL (GGZ of Cosis). Waar nodig wil ik mee gaan naar crisis als dat nodig is."* De projectleider vult aan: *"Het is zoeken geweest naar de rol en functie binnen een wijkteam. Deze wordt nog niet eenduidig ingevuld. Het is vooral een consultatieve functie en rol die wij daarin hebben. Waarbij het afhangt van de werkdruk van de betreffende medewerker of hij/zij ook mee gaat om een inschatting te kunnen maken wat nodig is."*

In De Wolden/Hoogeveen begint sinds januari 2020 meer focus te komen op een verder uitbouwen van de samenwerking met partijen in de wijk. Het team is met Werkplein en Werkpro in gesprek over de samenwerking. Hier liggen allerlei ideeën en zien we samen verschillende mogelijkheden. Door de Coronacrisis liggen deze nu echter stil. In de vorige paragraaf wordt door de projectleider van Hoogeveen aangegeven dat de gemeente in het team aanwezig is. Hiermee wordt gedoeld op de welzijnsmedewerker die wekelijks in het team zit en daarnaast de WMO-consulent die continu aanschuift. *"Via hen komen we in contact met het werken van andere disciplines. De buurtwerker, de jongerenwerker, de politie, de handhaving, de voorzitter vanuit de smederijen, de welzijnswerkers, de POH'er, de GGD, de 2 woningstichtingen."* Dit is binnen Hoogeveen nog erg 'naar binnen gericht', zoals ook de consultatie daar vooral eenrichtingsverkeer van Cosis/Welzijn naar de GGZ Drenthe medewerkers lijkt.[3]

Er zijn contacten met het Leger des Heils gelegd. Dit is vooral informatief geweest en heel helpend om alle veranderingen in het proces duidelijk te maken. De beeldvorming was bij het Leger des Heils niet zo goed na de start van Optimaal Leven Hoogeveen. Dit is inmiddels hersteld. Er zijn verschillende zorgboerderijen en begeleidende organisaties waar contacten en/of samenwerking mee zijn.

In Emmen is de samenwerking in de wijk behoorlijk goed opgezet. De samenwerking met de OGGZ en de huisartsen heeft een structureel karakter. Het is vooral de psychiater die de samenwerking met huisartsen heeft. In Emmen heeft men laagdrempelig contact met veel lokale partijen, komt uit de urencodering voort. De investering in het eerste jaar in zichtbaarheid en laagdrempelige beschikbaarheid begint in Emmen z'n vruchten af te werpen. Dit zien we ook terug in het aantal mensen dat op een intake wacht, zie paragraaf 2.1.

"Optimaal Leven staat niet op zichzelf maar kan juist succesvol in de context en samenwerking met de lokale structuren in de wijk en partners (zowel binnen de moederorganisaties als buiten) tot bloei komen. Dit vraagt een grote mate van flexibiliteit van de inzet van de medewerkers en van de organisaties die in het team vertegenwoordigd zijn. Een constante monitor van de hulpvraag van de cliënt is onontbeerlijk. Op dit moment is dit het ontwikkelen en inzetten van behandeling om de mate van onder behandeling te minimaliseren. Om de behandeling te ondersteunen is de inzet van verpleegkundigen, begeleiders, ervaringsdeskundigen onontbeerlijk. Hier komen we op terug in paragraaf 2.9."

Vooralsnog wordt in Assen de samenwerking op casusniveau vormgegeven in geval meer klanten samen gezien worden, dan is in bepaalde situaties wel overstijgend overleg, zoals bijvoorbeeld met een BW-locatie van Cosis. Vaart Welzijn sluit wat meer aan dan slechts op casusniveau, in die zin dat een medewerker ongeveer 4 - 8 uur per week in de Componist aanwezig is om casuïstiek te kunnen bespreken, over en weer. Dit zal verder uitgebouwd worden wanneer dit juridisch geborgd is.

[3] Informatie uit de urencoderingen lijkt dit te illustreren.

4.10 SAMENVATTING

De teams zijn in ontwikkeling. Assen en Hoogeveen hebben bijna hetzelfde aantal cliënten (ongeveer 190) en hebben 15+ mensen waarvoor een intake gepland staat. In Emmen zijn dat nu 100+ cliënten en zijn er 25+ gepland voor een intake. De grootte van de teams en de teamsamenstelling verschillen enorm. Alle drie de teams hebben een teamsamenstelling die afwijkt van de teamformatie welke bij de business case bij aanvang is voorgesteld.

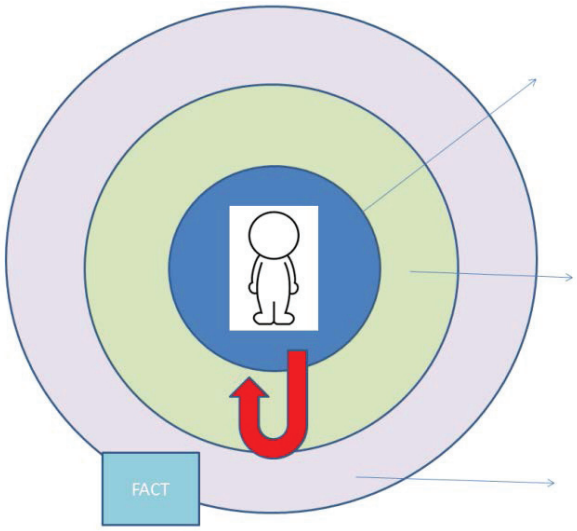
In alle teams komen veel aanmeldingen vanuit GGZ Drenthe. Ook vanuit de huisartsen, OGGZ, welzijn en sociale teams nemen de aanmeldingen toe. Er is sprake van doorstroom (binnen de teams) en uitstroom naar andere afdelingen of zorginstellingen. Deze beweging begint dit half jaar op gang te komen.

Alle teams geven aan veel te doen aan consultatie (niet-cliëntgebonden activiteiten). Dit vindt veel plaats met andere afdelingen van de drie moederorganisaties en met de huisartsen. Enkele gevallen van consultatie aan politie, OGGZ of anderen is bekend. Behalve in De Wolden/Hoogeveen waar consultatie een actief onderdeel vormt van de participatie in het sociale wijkteam.

5. ONTWIKKELING INHOUDELIJKE WERKWIJZE

De eerste twee hoofdstukken laten zien dat de teams een beweging maken naar de voorkant van de zorg. De teams geven aan dat dit voortkomt uit de samenwerking binnen de teams, de positionering van de teams en de samenwerking met het lokale netwerk.

Het uitgangspunt is de cliënt met zijn of haar hulpvraag. Het lukt de teams zo goed als het kan om dicht bij dit uitgangspunt te blijven. Onderweg komen ze tal van uitdagingen tegen.



Gezin/wijk, huisarts, wijkteams, maatjes/buddies, Welzijn

1e/anderhalve lijn, POH, Basis GGZ, ambulante woonbegeleiding

SGGZ, waaronder GGZ, verslavingszorg

De Optimaal Leven teams richten zich op alle zorg en ondersteuning die binnen de cirkels plaatsvindt. Hier is een goede samenwerking met iemand zijn/haar steunstructuur (inclusief huisarts et cetera) en met de Basis GGZ nodig. De nabijheid van de SGGZ zorg (paarse cirkel) maakt het mogelijk om vanuit de nulde lijn (blauwe cirkel) en de eerste en anderhalve lijn (groene cirkel) beter aan te kunnen sluiten bij de hulpvraag van degene die in zorg is. Het belang van Welzijn in de teams wordt ook steeds zichtbaarder.

De Optimaal Leven teams werken preventief (rode pijl). “We willen mensen die ‘onderweg zijn’ naar de SGGZ eerder opvangen en terugbuigen, zodat ze kort of niet in de SGGZ-cirkel aankomen. Deze preventie dient wel vergoed te kunnen worden op een administratief zo eenvoudig mogelijke manier. Dit is een van de voorbeelden van een belangrijk (financieel knelpunt) dat nog niet geregeld is. Hier komen we in paragraaf 4.2 uitvoerig op terug.

Sinds juli 2019 ben ik (ambulante begeleider) ingevlogen bij mevrouw. Mevrouw werd toen alleen gezien door de collega's vanuit het GGZ-deel van Optimaal Leven. In augustus ben ik echt gestart. Ik trof in eerste instantie een angstige vrouw aan. In haar huis hing een waas van rook, je kon geen hand voor ogen zien. Mevrouw had zoveel spanning en pafte de ene na de andere sigaret. Tijdens het contact kon mevrouw alleen maar huilen. Ze was het leven dat ze leidde helemaal zat. Ze zit alleen maar binnen, durft niet naar buiten, voelt zich eenzaam, piekert veel, verveelt zich, heeft weinig mensen om zich heen, heeft een ietwat verstoord dag- en nachtritme en is afhankelijk van haar man en zoon. Mevrouw is enerzijds gemotiveerd om wat te gaan doen met haar angst, anderzijds is mevrouw ook zo in de weerstand juist omdat alles zo spannend is. Door het gedrag wat ze zichzelf heeft aangeleerd, vermijden, is het makkelijker om af te haken zodat ze het niet hoeft aan te gaan.

We zijn nu een half jaar verder en mevrouw heeft enorme stappen vooruit gemaakt. Mevrouw komt de deur uit (wel begeleid door familie of begeleider). Ze heeft weer meer zin in het leven. Maakt zichzelf voor het eerst sinds jaren weer op en trekt mooiere kleren aan en doet sieraden om. Mevrouw is nu zelfs zover dat ze weer naar een supermarkt durft en wekelijks 45 min achter de bar als gastvrouw koffie en thee serveert voor andere klanten van de inloop van Cosis. Ze geniet hier volop van en heeft al gevraagd om uitbreiding van deze uren. In gesprek met de psychiater in het restaurant in Echten, wat ook weer een overwinning voor haar was, werd het onderwerp medicatie besproken. Mevrouw is aan het afbouwen met medicatie. Mevrouw voelt zich wiebelig op de benen en denkt dat het van die medicatie komt. Als ze zich weer stabieler op de benen voelt, gaat ze een autootje aanschaffen zodat ze ook zelfstandig weer dingen kan gaan ondernemen. Ook vroeg ze naar de verschillende disciplines en kwam ze zelf met het idee dat de collega's van het GGZ wel wat minder vaak konden komen omdat het zo goed ging en zij geen toegevoegde waarde meer hadden. Althans niet in de frequentie dat ze langskwamen.

Voor mij is dit een mooi voorbeeld van waar Optimaal Leven voor staat. Verschillende disciplines vanuit één team die nauw met elkaar samenwerken zodat uiteindelijk zorg afgeschaald kan worden, maar ook zo weer opgeschaald kan worden als dat eventueel wel nodig is. Als we deze koers blijven varen, kan mogelijk Welzijn ook betrokken worden en kan ook dan de huidige zorg weer afgeschaald worden. Mevrouw is nog lang niet toe aan een leven zonder hulpverlening maar dat is wel het uiteindelijke doel: uit de patiënten rol en weer een gewone burger zijn die haar plek inneemt in en deel uitmaakt van de maatschappij.

Op inhoudelijk vlak is veel ontwikkeld het afgelopen half jaar. Zoals in hoofdstuk 3 reeds genoemd, is men veel gerichter aan het werk vanuit de herstelgedachte. Daar waar in het eerste jaar de vraag wel/geen FACT nog actueel was (waar zijn we nu van? Wat is mijn houvast?), is dit weinig thema geweest in het 3e half jaar van de proeftuin. Sterker nog, men is in de teams steeds meer gaan zien dat behandeling (en in het verlengde het hele aanbod vanuit het vroegere FACT) bijdraagt aan het herstel van cliënten. Herstel ondersteunende zorg lijkt behoorlijk stevig verankerd te raken in de werkwijze van de Optimaal Leven teams. De integrale aanpak binnen het team over de organisatiegrenzen heen, lijkt hier een belangrijke bijdrage aan te hebben geleverd naast de continuïteit van leren via de actieleersessies. Het feit dat de teams nu anderhalf jaar onderweg zijn, draagt zeker bij. Er is een fundament gebouwd in het eerste jaar en daar beginnen we inhoudelijk de vruchten van te plukken.

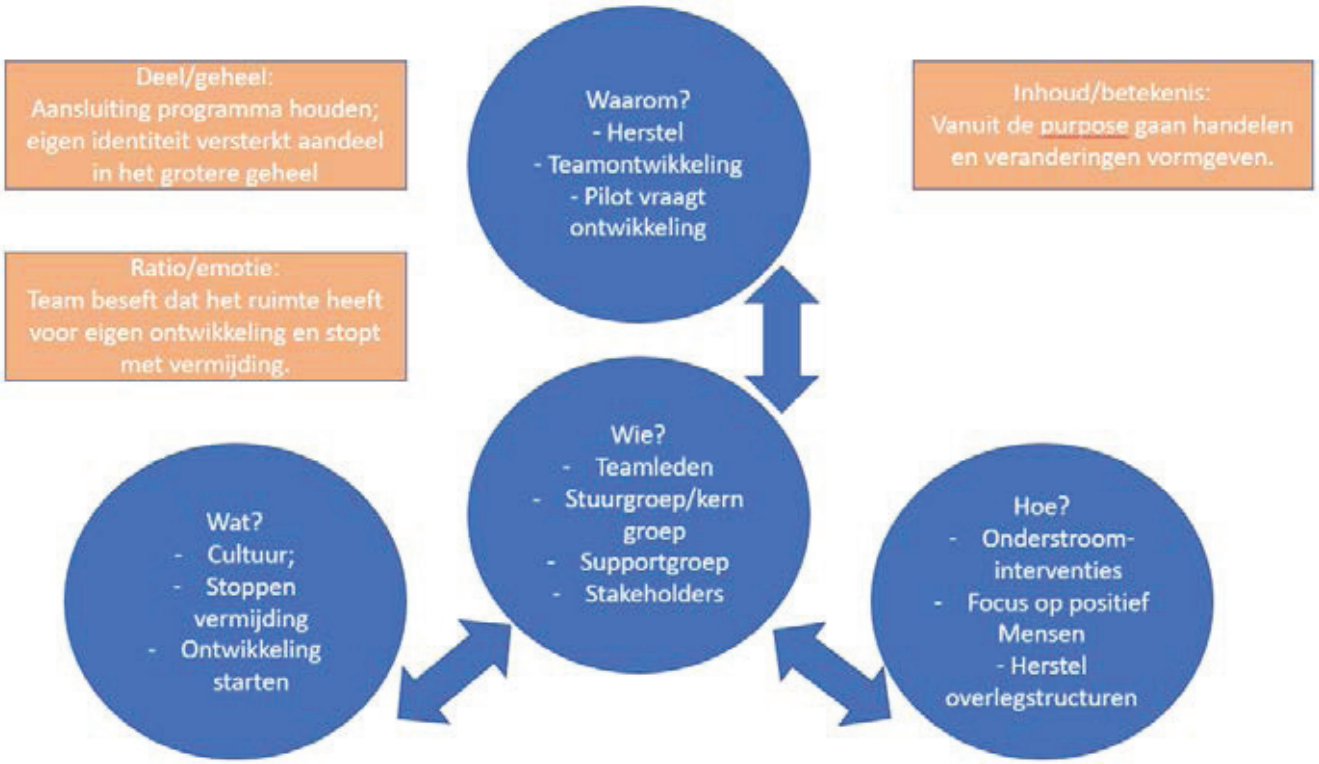
Het team in Assen voelt zich veilig met elkaar om zaken te bespreken. “Meerdere medewerkers voelden in eerdere teams die veiligheid niet.” Ondanks krapte in uren zijn ze toegewijd om samen de diverse klussen te klaren en zijn we begonnen met bepaalde processen. “Het verder vormgeven van het model van herstel hangt erg af van de samenstelling van het team in de nabije toekomst.” Ze geven aan hoe kwetsbaar het is zo’n verandering als Optimaal Leven door te maken wanneer je team niet op volle sterkte is, zie paragraaf 4.8.

De urencoderingen, waarvan de onderdelen in bijlage 1 beschreven staan, laten zien dat alle drie de teams veel tijd hebben geïnvesteerd in de actieleersessies. Daarnaast heeft het Optimaal Leven team in Assen het afgelopen jaar veel tijd gestopt in het ontwikkelen van programma’s en structuur en werkprocessen, zoals een van de medewerkers hierboven ook al aangeeft.

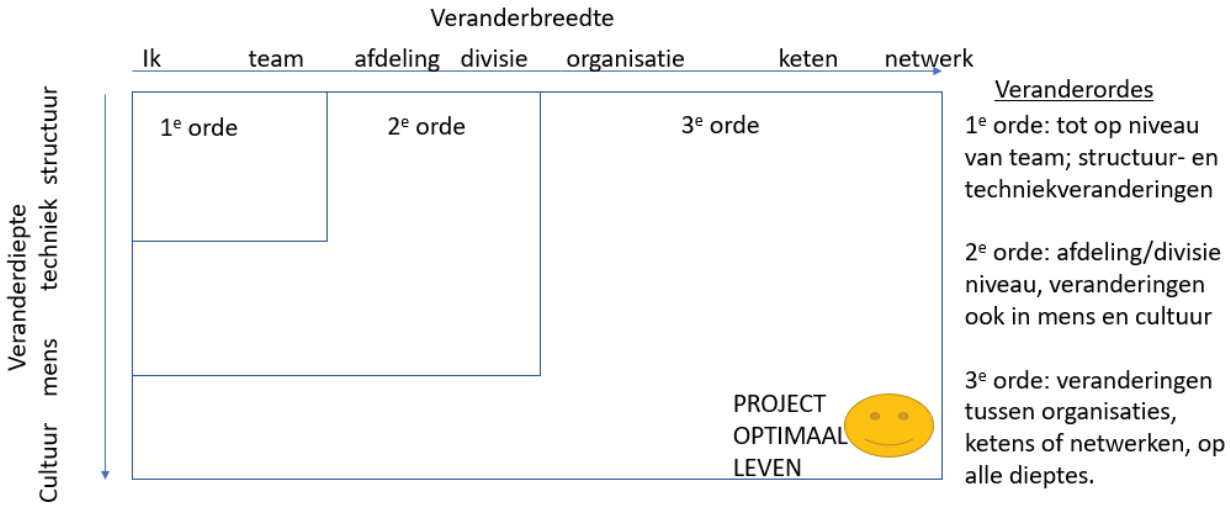
Sinds dit najaar – en zeker vanaf januari – heeft de ontwikkeling in De Wolden/ Hoogeveen een vlucht vooruit genomen. In het 2e half jaar waren de actieleersessies ook tijdelijk gestopt. Deze zijn sinds november weer opgestart. Vanaf januari begint men ook tijd te investeren in de ontwikkeling van programma’s en een uitwerking van de structuur en werkprocessen. De veranderopdracht van de psychiater voor zijn MHBA te Rotterdam heeft hier in hoge mate aan bijgedragen. De combinatie van inhoudelijke expertise en expertise over proces- en bedrijfsvoering brengt veel meerwaarde in het programma.

Veranderopdracht psychiater Optimaal Leven De Wolden/Hoogeveen voor zijn MHBA te Rotterdam

De uitvoering van de veranderopdracht hebben we ingebed binnen de actieleersessies. Nadat de psychiater de probleemstelling heeft geformuleerd, heeft hij een actieleersessie voorbereid met de zogenaamde snert pan. Hieronder volgt de kern van zijn veranderopdracht.



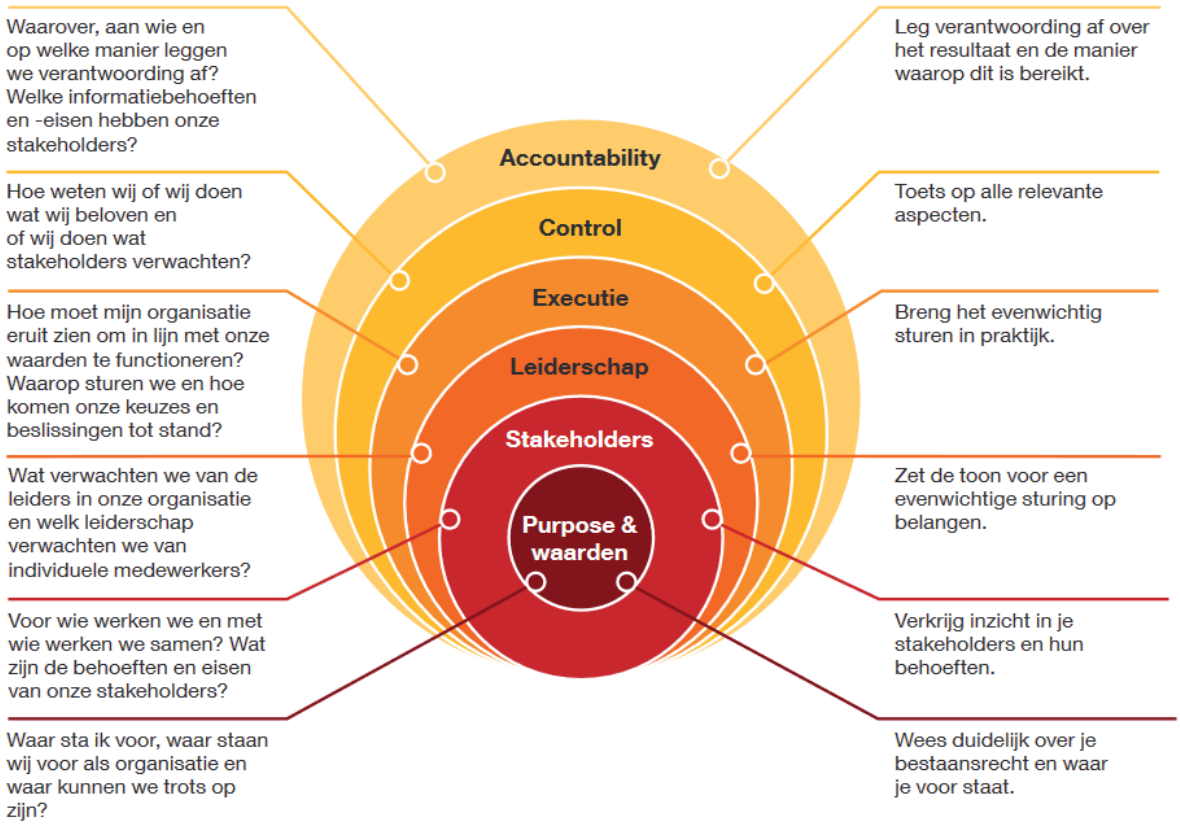
Het grote programma “Optimaal Leven” is een 3e-ordeverandertraject, waarbij vanuit een gedeeld ideaal een trektocht wordt ondernomen. Via regelmatige actiesessies, zowel op team-, organisatie als op ketenniveau wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van betekenis van Optimaal Leven. Het betreft een netwerkteam, waarbij nieuwe netwerken moeten worden gemaakt die gaan samenwerken.



Figuur - Veranderdiepte, veranderbreedte, 1e, 2e en 3e-ordeveranderirngen (de Witte en Jonker - De Kunst Van Veranderen)

Gewenste situatie: in termen van Structuur, Techniek, Mens, Cultuur (STMC) schets ik hier een gewenste cultuur. Een team met veerkracht dat in staat is om zich te ontwikkelen en te reageren op onverwachte situaties. Er is een open cultuur, waarin feedback gegeven wordt. Er is een cultuur waarin afspraken nagekomen worden. Ieder voelt zich verantwoordelijk voor zichzelf en het team en de kwalitatieve ontwikkelingen. Teamleden zijn trots op hun eigen ontwikkeling en de teamontwikkeling en dragen dit uit.

De kern van de opdracht van de psychiater is de bedoeling helder te krijgen voor het team zodat het zich erachter kan scharen. Dat leidt tot inhoud/betekenis. De vragen die er nog liggen op het vlak van Structuur, Techniek, Mens gaan inhoud en betekenis krijgen vanuit de bedoeling, conform het model van PWC



Vanuit de betekenis en inhoud wil de psychiater een beweging op gang zien te krijgen. Definiëren van de purpose, maar ook: Waar ben je trots op? Wat zou je voor jezelf en het team willen ontwikkelen? Wat weer leidt tot vragen als: Wat hebben we nodig qua kennis/kunde/scholing/techniek om dat te kunnen realiseren? Heen en weer tussen het grotere doel en de persoonlijke en teambelangen die nodig zijn voor ontwikkeling. Dit is de “To be” of de “SOLL”-situatie.

De voornaamste angel is het denken binnen het team in ‘wij’, ‘zij’, ‘ggz’, ‘vnn’, ‘gemeente’ in plaats van denken vanuit het team als 1 geheel. Hierin is middels deze veranderopdracht de eerste stap tot ontwikkeling gezet.

Vooral in gemeente De Wolden/Hoogeveen en in Assen hebben medewerkers ook tijd geïnvesteerd in opleiding. In Emmen is aan ontwikkeling gewerkt via de actieleersessies en daarnaast is er enige focus geweest op de ontwikkeling van structuur en werkprocessen en minder op het ontwikkelen van programma's. Op de vraag waarom een aantal ontwikkelcomponenten in Emmen anders lopen, worden twee redenen gegeven: "Wij investeren veel in de samenwerking met het lokale netwerk en learning bij doing terwijl we maar een klein en daarmee kwetsbaar, team zijn. De grootte van ons team maakt het moeilijk om zaken te ontwikkelen, ook al willen we dat wel. We ervaren de ruimte niet altijd om te ontwikkelen. Daarom is de eerste focus om bij de kernvisie van Optimaal Leven te blijven en dat continu in ons dagelijkse werk voor te staan en uit te dragen."

De koppeling van de actieleersessies naar de praktijk en weer terug, levert veel stof tot nadenken en inhoud voor de ontwikkeling binnen het team op. Gedurende de waan van de dag is continu aandacht voor de attitude van de medewerker en de mate van herstel die de medewerker in zijn dagelijks leven doorvoert in de bejegening van de cliënt. Hierover later meer in paragraaf 5.5. Laten we nu kijken wat we ontwikkeld hebben op het gebied van herstel ondersteunende zorg.

5.1 HERSTEL ONDERSTEUNENDE ZORG

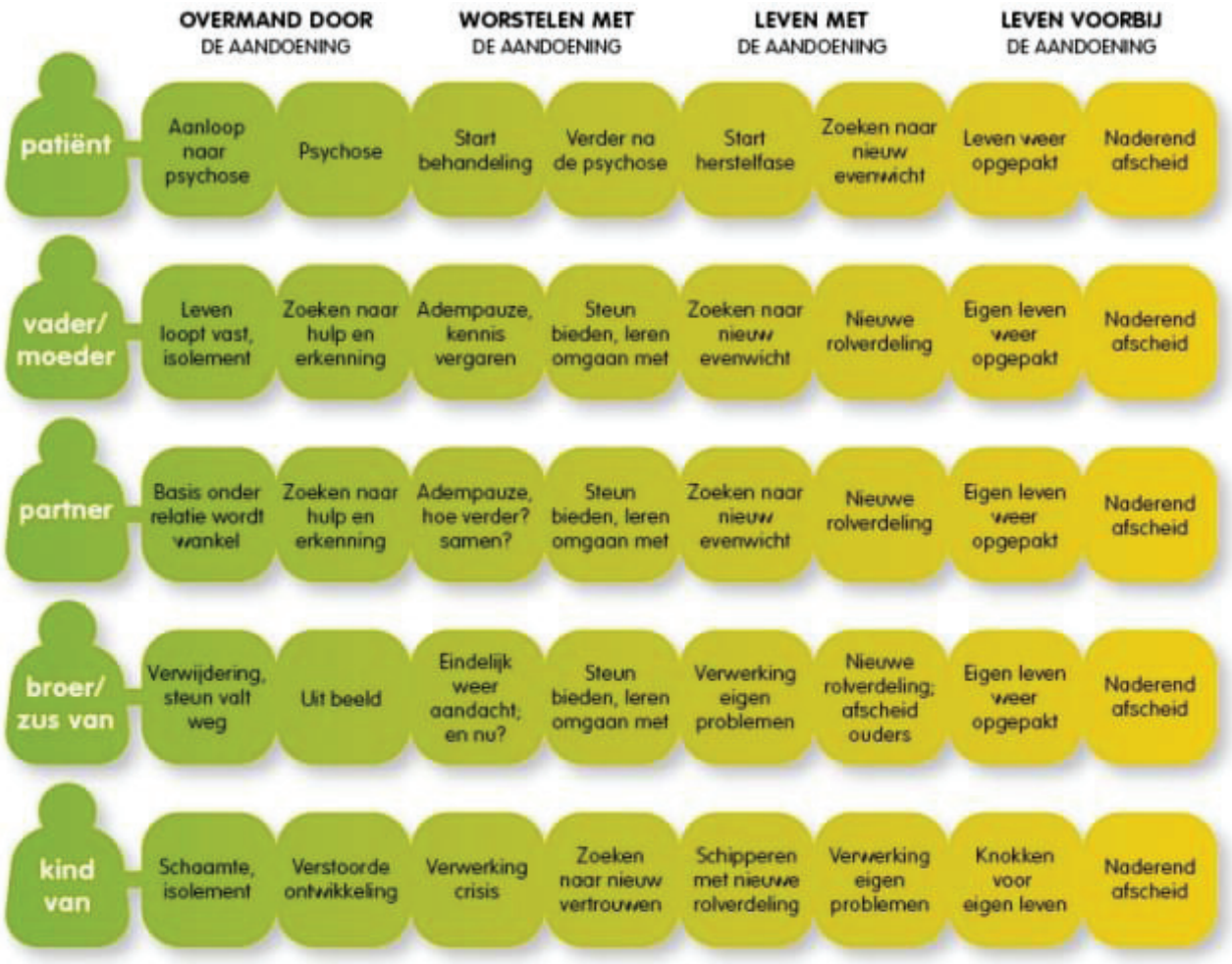
Opgesteld in nauwe samenwerking met Judith Meerstra (behandelcoördinator Optimaal Leven Assen).

In de jaren '90 van de vorige eeuw heeft rehabilitatie van mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA) een belangrijke impuls gegeven. Het was relatief nieuw om levensdoelen te achterhalen en hierop aan te sluiten. Meerstra: "Hierdoor ging men zich meer richten op herstel. Met deze manier van zorg wordt er meer vanuit het bio-psychosociaal en herstel ondersteunend model gewerkt dan vanuit het medische model." Het medische model richt zich op de diagnose en is ziekte, klacht- en probleemgericht. Het suggereert dat genezing mogelijk is. Het bio-psycho-sociaal model geeft meer ruimte aan de doelen, wensen en mogelijkheden van de cliënt. Deze ontwikkeling richting herstel ondersteunende zorg sluit goed aan bij mensen met een EPA omdat het de vraag is of er in 'medische zin' genezing mogelijk is. Meerstra: "Er is namelijk veelal sprake van meerdere aandoeningen en daarbij zijn er ook veelal problemen in het sociale en maatschappelijke domein waar herstel- ondersteunende zorg beter op aansluit." Herstel ondersteunende zorg erkent psychische kwetsbaarheden, talenten en kracht.4 Om herstel ondersteunend te kunnen werken, is het van belang te begrijpen in welke fase van herstel de cliënt verkeert. Uit onderzoek is gebleken dat er een fasering waar te nemen is.[5] Meerstra: *"Zeker als voorschrijver van medicatie is dit belangrijk, want zo kun je op zoek gaan naar de wijze waarop medicatie bijdraagt aan herstel. Dit noem ik herstel ondersteunend voorschrijven. Het gaat hierbij niet om het zoeken naar nieuwe farmacologische oplossingen, maar om het systematisch en gezamenlijk onderzoeken van wensen en mogelijkheden van de cliënt waarbij we onderzoeken of medicatie hier een rol in heeft."*

[4] Hendriksen-Favier, A.,Nijnens, K., van Rooijen,S. (2012) Trimbos, Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz.

[5] Ralph, O.R., Kidder,K., Phillips,D. (2000) Can We Measure Recovery? A Compendium of Recovery and Recovery-Related Instruments. Human Services Research Institute Cambgridge. The evaluation centre.

Bij de vertaling van herstel ondersteunende zorg naar de praktijk maken we binnen Optimaal Leven gebruik van onderstaand model.[6]



De vier fasen van herstel

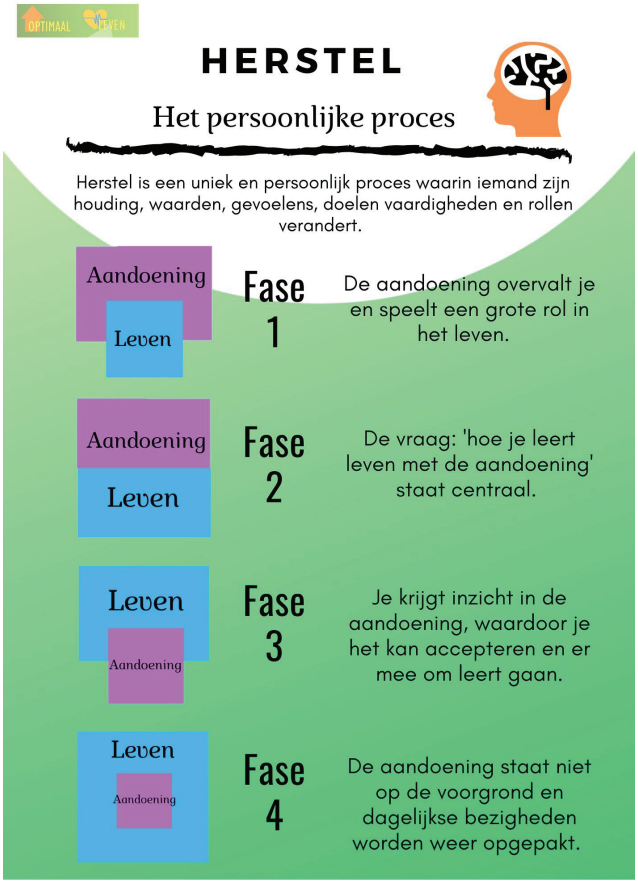
[6] https://www.ypsilon.org/fasebeschrijvingen , Gagne, C. Rehabilitatie: een weg tot herstel. Voordracht studiedag 'rehabilitatie en herstel'. 2004 Groningen: lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool, 14 juni.

Januari 2019 hebben actiesessies over herstelgericht analyseren in de teams plaatsgevonden. Dit was de eerste stap in de vertaling naar herstelgericht werken binnen de teams. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van onderstaand analyse formulier om cliënten in kaart te brengen op basis van hun mate van herstel. Onderstaand format is gebaseerd op ‘de vier fasen van herstel’.

Fasen \ Domeinen	Persoonlijk	Maatschappelijk	Functioneel	Klinisch
Overweldigd worden door				
Worstelen met				
Leven met				
Leven voorbij				

Formulier voor Herstelgericht analyseren

Studenten van de Hanze Hogeschool hebben dit principe uitgewerkt in onderstaande flyers voor cliënten.



Ieder herstelproces wordt door het kijken naar de herstelfasen een persoonlijk en individueel proces. Zorg leveren op maat, is daarom essentieel. In Emmen vormt dit de drager van de ontwikkeling van de inhoudelijke werkwijze. Den Ouden: *"Omdat we bij iedere cliënt echt willen kijken wat bijdraagt aan het herstel, moeten we het persoonlijke en individuele in al ons handelen consequent doorvoeren. Sluit wat wij doen aan bij het herstelmodel? Of sluit het aan bij het medisch model?"* Waarbij niet vergeten wordt dat medisch herstel onderdeel van het herstelproces is. In het tweede halfjaar tot een paar maanden geleden nog, heeft dit thema voor veel discussie binnen de teams en tussen medewerkers gezorgd. Dit liep soms erg hoog op. Verschil in taalgebruik, eigen zoeken hoe om te gaan met nieuwe perspectieven en 'de oude organisatie' (moederorganisatie waar iemand uit komt) met haar werkwijze en 'de nieuwe organisatie' (de Optimaal Leven teams) met een te ontwikkelen werkwijze, was een mooie basis voor dit gesprek.

Meerstra: *"Het gaat bij dit proces allerminst om een lineair proces. Soms wordt de stap genomen naar een voorgaande fase en een andere keer naar een volgende fase. Soms zijn de fasen nauwelijks te onderscheiden." Desondanks kan de indeling helpen om te gaan begrijpen wat er gebeurt en om eventueel de ondersteuning beter te kunnen afstemmen op wat nodig is. Het is voor medewerkers van belang om dit proces te onderkennen. Meerstra: "Wij behandelaren moeten leren cliënten de tijd en ruimte te geven hier hun eigen weg in te vinden. Dit is soms spannend voor mij als hulpverlener, omdat ik moet loslaten."*

Qua herstelfasen is er best veel verschil hoe mensen zicht tot de fasen verhouden. Sommigen blijven lange tijd in dezelfde fase. We zijn nog erg aan het onderzoeken met bepaalde klanten of ze van fase kunnen wisselen: Waar zitten kansen om het verschil te maken?

Ervaringsdeskundige uit een Optimaal Leven team speelt een rol in toeleiden naar zorg
"Wekelijks bezoek ik een mevrouw van 57 jaar. Zij is aangemeld bij het traumacentrum (TRTC) van GGZ Drenthe. Het is een zeer getraumatiseerde mevrouw. Ze heeft als wens een euthanasietraject in te gaan omdat ze de wereld zoals die nu is niet kan verdragen. De eerste keer dat ze mij ontmoette, wilde ze geen gesprekken met mij. Ze vond een ervaringsdeskundige erg beangstigend. Ze was bang dat ik haar alles zou gaan vertellen over mijn leven.

Mevrouw kent periodes van diepe dalen en in een van die periodes wilde ze graag een extra contactmoment. Ik was de enige die beschikbaar was. Ze ging ermee akkoord dat ik kwam. Na dat bezoek voelde het voor haar zo goed dat ik haar daarna wekelijks ben gaan bezoeken. Tijdens de huisbezoeken begon mevrouw veel te vertellen over haar verleden. Ze lijdt daar erg onder en zo is de wens voor euthanasie ontstaan. Toch heeft ze de moed gehad om een behandeling aan te gaan bij het Traumacentrum. Helaas is er een wachtlijst. Binnen het Optimaal Leven team Emmen hebben we dit besproken, want het lijkt wat beter te gaan met mevrouw en we willen in dit moment meer stappen met haar zetten. Ze staat hier nu voor open. We hebben voorgesteld om alvast een behandeling aan te gaan bij de verpleegkundig specialist van het team. Mevrouw heeft hierdoor het gevoel dat er toch iets gebeurt.

Inmiddels heeft ze een aantal gesprekken gehad met de verpleegkundig specialist. Het is opgevallen dat mevrouw erg veel medicatie gebruikt. In het verleden wilde ze niet dat daar iets in zou veranderen. Echter, na een paar gesprekken met de verpleegkundig specialist staat mevrouw open om naar haar medicatie te kijken. Van een euthanasie wens (die op de achtergrond nog steeds aanwezig is) kijkt ze weer iets meer naar de toekomst. Ze voelt zich erg gezien en begrepen door het Optimaal Leven team Emmen. Mevrouw geeft aan dat ze weer een beetje hoop voelt."

Een chronisch depressieve vrouw gaat samen met haar casemanager op zoek naar een dagactiviteit die bij haar aansluit. Na een zoektocht komt ze uit bij Old Fellows. “Ik ben meer dan alleen mijn depressieve klachten”, geeft mevrouw aan. Samen hebben we dit gevoel bekeken vanuit de vier fasen van herstel. Mevrouw zegt: “Dit lijkt meer op leven voorbij de aandoening”.

Sommigen hebben daar tijd voor nodig, klanten zijn het ook niet gewend om op een andere manier naar zichzelf te kijken wanneer ze al 10-20 jaar in zorg zijn. Er zijn nu al wel meer mensen die zich bewust zijn van hun fase of situatie en die actiever nadenken over wat ze nog wel kunnen. Assen: *“We zijn daar zelf als team ook nog in aan het ontdekken en experimenteren. De I.ROC en het herstelplan helpen ons daarbij.”*

5.1.1 INVESTEREN IN HERSTEL ONDERSTEUNENDE ZORG

Het Herstelplan was al ontwikkeld voordat de teams van start gingen. In vorige praktijkevaluaties hebben we kunnen lezen wat de teams als reden hebben aangegeven om niet met het herstel ondersteuningsplan (HOP) te werken. De redenen varieerden van ‘te druk’ tot aan ‘niet evidence based’. We hebben afgelopen half jaar actief geïnvesteerd in het vertalen van herstel ondersteunende zorg naar de praktijk. Naast een doorontwikkeling van het herstelplan, onder andere door het organiseren van een gezamenlijke actie leersessie over herstel ondermijnende reflexen met Tom van Wel en Geraldien van Dijk.

Actieleersessie over herstel ondermijnende reflexen | Tom van Wel en Geraldien van Dijk
Geraldien is ervaringsdeskundige. Ze woont in gemeente De Wolden en is tevens in zorg bij Optimaal Leven. Ze woont in een BW. Tom van Wel is psycholoog met jarenlange ervaring aan beide kanten van de zorg: cliënt én hulpverlener. Beiden weten als geen ander hoe herstel ondermijnend hulpverleners zich kunnen gedragen. Hier hebben ze onze teams op een donderdagmiddag confronterend op gewezen.

Geraldien geeft aan dat het om de vraag gaat wat een cliënt nodig heeft en wil. Mogelijk met extra of andere ondersteuning heeft iemand wel baat bij een behandeling. Herstel ondermijnende reflexen van hulpverleners zit het stellen van onbevooroordeelde vragen dikwijls in de weg.

We hebben verschillende soorten reflexen, leert Tom van Wel ons:

- Afschuifreflex: ‘We hebben alles geprobeerd, nou weet ik het ook niet meer…’
- Beter-weten reflex: ‘Zou je dat nou wel doen? …’
- Verantwoordelijkheid ontnemen reflex: ‘…dat is slecht voor je…’

Deelnemer: “We kwamen erachter dat we het (herstel ondermijnende reflexen) allemaal wel doen.”

Helma Festen: “Bijvoorbeeld door te denken dat iemand geen realistisch doel heeft, dat ook zo labelen en dan een ander doel aanpraten.”

Judith Meerstra: “Ik had een conflict met Cosis hulpverleners van een woonvorm over medicatie verstrekking. Het leek hen handig, maar ik wilde dit niet doen. Later bedacht ik me dit aan de cliënt zelf te vragen. Ik vroeg of hij dat handig vond. Dat bleek van wel. Toen heb ik wel medicatie voorgeschreven.”

Michel van den Oever: “Vaak wordt gezegd: ‘is al een keer gedaan, dus heeft geen zin’. Terwijl het niet gezegd is dat een 2e of 3e keer EMDR o.i.d. niet werkt.”

“Er wordt regelmatig iemand aangemeld die als uitbehandeld wordt gekenmerkt. Hier word ik pissig van. Het gaat dan altijd om onmacht van de hulpverlener.”

Medewerker team De Wolden/Hoogeveen: “Het zou mooi zijn om cliënt en hulpverlener beter te matchen. Hoe dit te organiseren is nog een puzzel omdat onze casemanagers zo vol zitten.”

Geraldien benadrukt het belang om te delen dat je het soms ook niet weet. “Erken wat iemands somberheid met je doet. Deel je twijfel met de cliënt, wanneer je even niet weet wat je moet doen. Dat helpt de cliënt en het helpt de gelijkwaardigheid in het contact. Voorkom wel hulpeloosheid bij de cliënt. Zeg wel wat je gaat doen om wel tot een plan te komen, zoals overleggen met collega’s.”

Tom van Wel vult aan dat de ‘beter weten cultuur’ ook in de cliënten zit. “Ze gaan zitten, dit is mijn probleem, los het maar op.”

De teamleden bespreken dat het om een verandering gaat bij de hulpverleners en ook bij de cliënten. “We moeten hier constant de dialoog over voeren. Het hier met elkaar over hebben. En ook met de cliënt. Alleen dan verandert er wat.” Tom van Wel: “Het gaat om een fundamenteel anders mensbeeld. Het is een interactie, daar gaat het om, daar zit het probleem en de oplossing. En er is geen gouden ingreep die alles oplost.”

Welke basisuitgangspunten van herstel ondersteunende zorg vinden de medewerkers de belangrijkste:

Luisteren zonder oordeel & werkelijke aandacht en aansluiten bij…

5.2 I.ROC EN HET HERSTELPLAN

5.2.1 I.ROC

De I.ROC is een middel om in gesprek te gaan met de cliënt om zijn herstel inzichtelijk te maken en doelen te destilleren. Daarbij is het van belang om de fasen van herstel samen met de cliënt te bepalen en het liefst in het bijzijn van een naastbetrokkene.

De I.ROC is ontwikkeld in 2007 door ggz-hulpverleners en cliënten[7] verbonden aan de Schotse ggz-aanbieder Penumbra. Het bestaat uit twaalf vragen gebaseerd op twaalf indicatoren van herstel die zijn onder te verdelen in vier domeinen Home, Opportunity, People, and Empowerment; HOPE. De vragen worden gescoord op een 6-puntschaal van 1 (nooit) tot 6 (altijd). Bijzonder aan de I.ROC is dat het is ontwikkeld om de dialoog over herstel te initiëren. Het kan helpen bij het formuleren van persoonlijke hersteldoelen die richting geven aan de zorg die wordt geleverd. De resultaten van de I.ROC worden in een spinnenweb weergegeven. Het maakt inzichtelijk waar de individuele krachten en onvervulde behoeften zitten. Wanneer de uitkomst van een vervolgmeting van I.ROC wordt toegevoegd worden de individuele veranderingen over de tijd zichtbaar. Dit helpt de cliënt en de hulpverlener in het samen werken aan het herstelproces.

[7] Ion R, Monger B, Hardie S, et al: A tool to measure progress and outcome in recovery. BJMHN, 2013 2:211-215

5.2.2 HERSTELPLAN

Vanaf medio 1019 is het Herstelplan (het HOP werd dit in vorige praktijkevaluatie genoemd) samen met de kwaliteitsmedewerker van VNN aangepast. Hier is een werkgroep voor ingericht waar ook kwaliteitsmedewerkers van Cosis en GGZ Drenthe in vertegenwoordigd waren, naast duo's uit ieder team. We hebben feedback van alle Optimaal Leven teams meegenomen over wat prettig was aan het herstelplan en wat minder goed werkte. De kwaliteitsmedewerker heeft samen met de ervaringsdeskundige projectmedewerker gekeken vanuit het perspectief van ervaringsdeskundigheid en cliënten wat in het herstelplan aanwezig moest zijn. Er is toen door de werkgroep besloten de I.ROC als basis te nemen. Dit hebben de kwaliteitsmedewerker van VNN en een medewerker uit Optimaal Leven De Wolden/Hoogeveen als duo actief opgepakt en op basis hiervan is het plan aangepast. De medewerker heeft iedere keer na een aanpassing samen met een cliënt het plan ingevuld. Aan de hand van deze praktijkervaring volgde een terugkoppeling binnen de werkgroep over de toepasbaarheid van het plan. Hieruit is een volgende (voorlopig definitieve) versie ontstaan. Op basis van de afronding van het plan en de toepasbaarheid volgde het inzicht een handleiding te ontwikkelen over de manier waarop het plan ingevuld kan worden.

Medewerker De Wolden/Hoogeveen: "In het team van Hoogeveen heb ik uitleg gegeven over het plan en gevraagd of verschillende disciplines van verschillende moederorganisaties dit plan willen gaan invullen met hun cliënt en feedback aanleveren. Wat mij hierbij opviel is dat men enthousiast was over het plan en zo op het eerste oog de eenvoud van het plan, maar dat het daadwerkelijk de tijd nemen om dit samen met een cliënt in te vullen wat achterwege bleef. Bij navraag was het meest gehoorde argument werkdruk, maar zelf vermoed ik ook dat het aangaan van een nieuwe manier van vragen stellen en het gesprek met de cliënt hier omheen indelen een onderdeel is van de moeite die ervaren wordt om eraan toe te komen. Enkele collega's vullen het plan in met cliënten en vragen feedback van mij. Wat mij hierbij opvalt is dat het plan nog heel erg wordt gebruikt als 'beschrijving van de situatie' en dat het formuleren van doelen vanuit de I.ROC minder gebeurt. Zelf ben ik enthousiast over het HOP en hoe het team hier nu mee aan het werk is. Ik hoop en denk dat het zal bijdragen aan het voeren van een gezamenlijke taal en visie. Bedankt dat ik een onderdeel van de werkgroep mag zijn."

5.2.3 INVOEREN I.ROC EN HERSTELPLAN

Vanaf februari is de testfase met de structurele invoering van de I.ROC en het nieuwe herstelplan gestart. Vanuit onderzoek is extra aandacht komen te liggen bij de invoering van de I.ROC, de werkgroep HOP en het projectteam brengen het nieuwe herstelplan continu onder de aandacht.

	I.ROC	Herstelplan
Maart 2020	Aantal	Aantal
Assen	77	2
Emmen	30	30
De Wolden/Hoogeveen	9	4 afgerond 24 in ontwikkeling

Aantallen ingevuld in februari en maart 2020

De invoering van beiden vindt binnen de teams op verschillende manieren plaats en ook in een tempo dat past binnen dat team. In Assen is de eerste stap dat men begonnen is om I.ROC's met cliënten in te vullen. In Emmen loopt de invoering van de I.ROC en het Herstelplan gelijk op, geeft de projectleider aan. In De Wolden/ Hoogeveen ligt de nadruk echter op het opstarten van het herstelplan. Een medewerker uit het team De Wolden/Hoogeveen: "Ik heb nog geen I.ROC's afgenomen bij cliënten. Daartegenover ben ik wel begonnen met herstelplannen in te vullen. Zo gauw een begeleidingsplan (Cosis) van een cliënt afgelopen is en een nieuwe gemaakt moet worden, stap ik over op een HOP. Ben nu met vier cliënten begonnen met het HOP. Medewerkers en klanten ervaren een heel ander gesprek bij het maken van het HOP. Dit is heel erg leuk om te merken en te horen. Vooral voor de klanten levert het moeilijke momenten op. Veelal weten klanten niet 'wie ze zijn'. Wel wat ze hebben en waar ze problemen mee hebben, maar niet 'wie ze zijn'.

Dat de invoering van het herstelplan nu pas van de grond komt, heeft volgens medewerkers in De Wolden/ Hoogeveen vooral te maken met tijdgebrek en het besef dat dit onderdeel van je werk moet worden en niet iets wat er ook nog bij komt. *"De feedback welke nu terug komt, is motiverend om met het HOP aan de slag te gaan. Liefst echt samen met de klant. In de Corona crisis gebeurt het nu via beeldbellen en digitaal."*

De reden dat in Assen veel I.ROC's zijn ingevuld, is omdat men het belang van onderzoek steeds meer ziet, evenals de meerwaarde voor klanten. De invoering van het herstelplan is tot op heden door de werkdruk blijven liggen, geven de teamleden aan. Ook al staat dit onderwerp op de agenda van de beleidsvergadering, zal dit nog meer herhaald moeten worden en mogelijk ook op de agenda van de methodiek behandeling een plek krijgen. Projectleider: *"Inmiddels hebben de teamleden allemaal de laatste versie van de HOP ontvangen en wordt er een voorzichtige start gemaakt met het invullen. Men mag zich realiseren dat niet alleen de casemanager het herstelplan met de cliënt kan invullen maar dat andere collega's dit ook kunnen doen."*

In Emmen loopt de invoering van de I.ROC en het herstelplan gelijk op. Op de vraag 'Wat is nodig om dit aantal te laten toenemen?' kwam de volgende reactie: "Voldoende medewerkers en minder mutaties van medewerkers. Daar hebben we last van bij onze inhoudelijke ontwikkeling." Hier werd nog op aangevuld dat "ondanks dat er een verbeterde versie van het HOP is, cliënten het lastig blijven vinden om deze vragen te beantwoorden. Dit proces past goed in het traject om tot doelen te komen voor de begeleiding en behandeling." Hiermee geeft de medewerker iets belangrijks terug: de invulling van de I.ROC en het herstelplan maken deel uit van het begeleidings- en behandelingsproces. Wanneer medewerkers zich dit realiseren, dan is het wellicht makkelijker om het een plek te geven in het traject met een cliënt omdat het niet op zichzelf staat.

"De I.ROC vind ik een mooi instrument om met de klant in gesprek te komen en zijn toekomstwensen te inventariseren. De HOP daarnaast is wat mij betreft een mooie manier om deze wensen te vertalen in een behandelplan. Ik vind het niet handig om de vragenlijst pas af te gaan nemen na de intake of het adviesgesprek. Ik vind het HOP een document wat (over het algemeen) langzaam tot stand komt en vaak ook een vertrouwensband eist tussen hulpverlener en klant."

Een mooie vervolgstap kan Peer Group Open Dialogue zijn. Hierbij wordt uitgegaan van de kracht van het netwerk om tevredenheid bij de cliënt te verhogen. Annemarie Grubbe (De Wolden/Hoogeveen): *"Deze methode sluit goed aan bij de Optimaal Leven visie. En zoekt vooral de kracht in het eigen netwerk van de klant. Hier zouden we in april mee aan de slag maar ook deze staat door de Corona crisis in de wacht."*

5.3 ZORGAANBOD

Naast de ontwikkeling van herstelgericht werken, krijgen de medewerkers binnen de teams steeds meer inzicht in de toegevoegde waarde van de verschillende disciplines, functies en organisaties binnen de teams. Hierdoor komt het de doorstroom binnen het team en richting de moederorganisaties beter op gang. Dit hebben we in hoofdstuk 4 al kunnen lezen.

Zo worden in Emmen herstelgroepen vormgegeven en wordt het aanbod afgestemd op cliënt. Het plan is (maart 2020) in concept klaar met een vragenlijst naar cliënten om te onderzoeken hoe zij herstelgroepen en dagbesteding zouden willen. En in De Wolden/Hoogeveen wordt een module geschreven voor klanten welke op de wachtlijst staan, om contact te leggen en om alvast aan de slag te kunnen met een I.ROC en een HOP.

Naast de uitwerking van het beschikbare zorgaanbod in de praktijk, op herstelgerichte wijze en in toenemende mate over de organisatiegrenzen heen, is het verfijnen van het zorgaanbod en het inzetten hiervan in de praktijk nog in volle ontwikkeling. *"Persoonlijk vind ik dat GGZ allerlei behandelingen kan aanbieden, maar er nog veel meer op de 'markt' is wat van toepassing zou kunnen zijn binnen de behandeling. Ik zou graag meer maatwerk willen waarin ook ruimte is voor methoden die wellicht niet tot het standaardpakket horen. Nu is er voor zingeving bijvoorbeeld niets. Zelf ben ik ervaringsgericht psychosociaal therapeut en zou ook graag aan de gang willen met bijv. bio-energetica, dromen, gestallt, etc. Ik zou kiezen voor meer maatwerk en dan hoeven we niet alleen binnen de eigen werkkring te kijken maar juist waar de behoefte van de cliënt ligt. Maar allereerst wat hebben we zelf in huis? Daar is in de eerste drie weken van OL goed aandacht voor geweest maar later is dit verzand of mag het niet volgens de GGZ-richtlijnen."*

We werken met de teams aan een totaaloverzicht van het zorgaanbod. In bijlage 2 is de eerste versie van een totaaloverzicht terug te lezen. Dit is een overzicht van het zorgaanbod dat in Hoogeveen is ontwikkeld. De eerstvolgende stap is om deze verder uit te breiden met aanvullingen uit praktijkervaring en beschikbare expertise van de drie teams en wat beschikbaar is binnen de teams. Hierbij zal het gesprek over wat we wel/niet aanbieden geagendeerd worden. Dit thema zal komend half jaar middels de verschillende actie-leersessies uitgewerkt worden om te komen tot één gezamenlijk zorgaanbod. Dan zal ook de uitwerking van de koppeling van functies aan het zorgaanbod (bijlage 3) verder uitgewerkt worden.

Hier zal naar verwachting wel een aantal (stevige) knelpunten naar boven komen. Zo weet een medewerker uit een team een specifiek knelpunt al goed te verwoorden: *"Het verschil tussen behandeling en begeleiding is een grijs gebied. Dit maakt het soms lastig af te spreken wie wat doet. Een verpleegkundige kan behandelaar zijn en heeft expertise op het gebied van verpleging. Een begeleider kan expertise hebben binnen de IRB en nog veel meer gebieden waarin ze is getraind. Zelf merk ik dat wij, als begeleiders, ook oog hebben voor medicatie. Wij komen regelmatig in huis bij de cliënt en zien daardoor vaak meer. Ik kan het verschil tussen een verpleegkundige en begeleider soms moeilijk duiden. We gaan allebei mee met een beoordeling met psychiater, we gaan mee met een depot geven met tenminste een verpleegkundige, we halen allebei medicatie voor een cliënt als nodig is, onze gespreksinhouden zijn veelal gelijk. De benaderingswijze verschilt. Een verpleegkundige vertrekt vanuit het medische model en wij begeleiders vanuit het sociale model."*

5.4 NAASTENBETROKKENHEID

Ook op het gebied van naasten betrekken hebben de drie teams het afgelopen half jaar concrete stappen gezet. Er is aandacht aan besteed binnen actieleersessies en in contact met onderwijs. Dit heeft geresulteerd in het brede besef dat naasten hun rol in de triade (cliënt, naastbetrokkene en hulpverlener) kunnen versterken; dan leidt dit tot meer tevredenheid bij zowel cliënten als hun naasten. Ook naasten maken een herstelproces door en gaan door de fasen van herstel. Naasten kunnen waardevol zijn bij het delen van informatie, aanvullend op de informatie die de cliënt zelf deelt. Vaak doen cliënten een beroep op hun naasten. Het is belangrijk dit binnen de triade bespreekbaar te maken. Hulpverleners zijn tijdelijk betrokken bij cliënten en naasten vaak hun hele leven. Mits de relatie (goed) blijft. Om deze basis een stap verder te brengen wordt vanaf februari 2020 door twee aandachtfunctionarissen uit Optimaal Leven Assen en twee studenten van de Hanze Hogeschool Groningen nagedacht hoe de betrokkenheid van naastbetrokkenen duurzaam vorm te geven. Dit doen ze in nauwe afstemming met de andere teams.

Concreet betekent dit dat ze met aandachtfunctionarissen uit de andere teams samen nadenken over de vraagstukken. De studenten zijn ‘gepositioneerd’ in Assen zodat we de structurele begeleiding tijdens hun stage duidelijk konden borgen.

In Assen wordt in meer dan 25% van de contacten met cliënten naasten betrokken. De maatschappelijk werker in het team spreekt naasten die daar behoefte aan hebben apart van de klant, met medeweten van de klant. Hiervoor is zelfs een wachtlijst ontstaan. Naasten hebben daar dus zeker behoefte aan. In bijlage 4 is de inventarisatie die gebruikt wordt in Assen terug te vinden.

Het team van Emmen maakt onderscheid tussen familie enerzijds en vrienden, buren, hulpverleners van andere organisaties anderzijds. 20% van de cliënten betrekt familie bij hun zorg(vraag). En nog eens in ongeveer 60% van de andere gevallen worden buren, vrienden of andere hulpverleners betrokken. De mate van betrokkenheid kan variëren van meegaan naar een intake, in gesprek met de buren (als psycho-educatie) tot aan altijd samen op gesprek komen bij de psychiater.

Ze worden bij het intakeproces betrokken en bij de inventarisatie van de I.ROC en het herstelplan worden de naasten ook al betrokken en bevraagd. Dit moet leiden tot deze betrokkenhuid bij de cliënt. Zo ontstaat een natuurlijk proces van ‘samen optrekken’. In bijlage 5 is een voorbeeldbrief voor het uitnodigen van cliënten voor een eerste gesprek opgenomen. Hierin is terug te vinden dat naasten vanaf het begin welkom zijn, wanneer de cliënt dit wil.

De behandelaar heeft gesprekken met naasten meestal om de partner psycho-educatie te geven en ondersteuning zodat de cliënt in een thuissituatie ook ondersteund wordt in de behandeling die afgesproken is. Ook wordt via de geïdentificeerde cliënt geprobeerd om huisgenoten (volwassen kinderen) te bereiken om zorg te accepteren. Juist familie van mensen met EPA hebben ondersteuning nodig. Bij cliënten met kinderen is er regelmatig sprake van thuiszittende jongeren die kampen met onbehandelde depressie, verslaving en angst. Juist de familie van deze groep is gebaad bij ondersteuning. Zij zijn de ingang naar mensen die anders ongezien blijven.

Een Chinese mevrouw die met behulp van een tolk geholpen wordt om haar twee psychotische kinderen te benaderen, maar vooral ook om meer afstand te krijgen. De twee kinderen zijn in zorg bij Optimaal Leven, de moeder niet. Het is belangrijk om haar te ondersteunen omdat het anders voor haar niet is vol te houden. De problematiek binnen dit gezin bestaat al vele jaren en dat doorbreken kost veel tijd en aandacht.

Een sterk getraumatiseerde man met allerlei grote ideeën, waarbij hij de buren graag wil betrekken (zoals zonnepanelen op het dak), komt door zijn enthousiasme bedreigend over bij de buren. De buren gaan hem directief benaderen of vermijden. Hij raakt dan onzeker en teleurgesteld. Verliest de controle over zijn eigen emoties en de situatie escaleert. De politie is regelmatig betrokken geraakt bij dit soort situaties en de verhuurder overweegt de cliënt uit huis te zetten vanwege de gebeurtenissen.

De cliënt heeft gevraagd aan de begeleider om hem te helpen in deze situatie en samen zijn zij bij verschillende buren langs gegaan en hebben uitgelegd wat de bedoeling van de cliënt is en hoe moeilijk hij het vindt dat het hem niet lukt zijn bedoeling goed uit te leggen. Hij ziet zijn eigen rol niet zo goed. Door hier met elkaar over te praten, ontstaat wederzijds begrip. Hierdoor ontstaat (voorlopig) rust in de situatie zowel bij de cliënt, de buren, politie en woningcoöperatie. Wanneer nu de behandeling van zijn trauma ook aanslaat, is dit een goed resultaat. Vooral een mooie prestatie van deze cliënt zelf. Ook omdat hij groeit in vertrouwen richting de begeleider. Dat is voor hem ook een grote stap, anderen vertrouwen.

In De Wolden/Hoogeveen worden naasten ook al zoveel mogelijk betrokken. Veelal gebeurt dit nu in actuele situaties waar naasten bij betrokken zijn. Ongeveer de helft van de klanten heeft naastbetrokkenen waar ze contact mee hebben. Met hen zijn gesprekken vanuit verschillende disciplines. Ook wordt hier waar nodig systeemtherapie voor ingezet, afhankelijk van de vraag/wens van de klant. Sommige klanten willen niet dat naasten betrokken worden. Anderen juist wel. In de situaties waar kinderen/ partners in het systeem zitten, worden ze altijd betrokken. Betrokkenen kunnen aanwezig zijn bij gesprekken met verschillende disciplines. Ook zijn er disciplines die vooral de naasten ondersteunen. Dit gebeurt telefonisch, face to face en via de mail.

“Ik ben gevraagd om een jongeman te gaan begeleiden, om weer naar zijn eigen huis terug te kunnen gaan. In deze casus spelen de ouders een hele belangrijke rol. Ik heb de ouders al een paar keer gesproken, zij zijn heel erg begaan met hun zoon.”

De bijeenkomsten voor naastbetrokkenen waren zo goed als klaar om (weer) gegeven te worden. *“Ik ben samen met collega’s bezig om bijeenkomsten voor naastbetrokkenen te plannen. Helaas door het coronavirus hebben we moeten besluiten dit te verschuiven naar de zomervakantie. We hebben de module zo goed als klaar en hadden al data in gedachten.”*

5.5 ATTITUDE VAN DE MEDEWERKER (wat is je behandel & begeleidingsbeleid?)

Cliënten over de attitude van de medewerkers tijdens lunchbijeenkomsten in Assen en Emmen
In het afgelopen half jaar hebben lunchbijeenkomsten met cliënten plaatsgevonden in de drie teams. In De Wolden/Hoogeveen is dit opgezet door de ervaringsdeskundige uit het team en in de andere twee teams heeft de betrokken ervaringsdeskundige Peter Smit, de organisatie voor zijn rekening genomen. Het doel van de twee bijeenkomsten in Assen en Emmen was om van cliënten te horen hoe ze de zorg ervaren en wat ze beter zouden willen. Het doel van de lunchbijeenkomsten in De Wolden /Hoogeveen is herstel van de cliënten bevorderen. Hieronder staan de voornaamste uitkomsten van de bijeenkomsten beschreven.

Sinds de start van het Optimaal Leven project is de bereikbaarheid van de hulpverlener er sterk op vooruit gegaan. Zo is het lijntje tussen cliënt en hulpverlener een stuk korter geworden. Hierdoor krijgen cliënten sneller zorg en op het juiste moment. Deze bereikbaarheid wordt door vele aanwezigen opgemerkt en wordt als zéér positief ervaren. In het verlengde van de bereikbaarheid wordt opgemerkt dat er meer tijd is voor gesprek. Deze tijd wordt ervaren als 'aandacht' en 'interesse'. De aanwezigen geven aan dat dit helpt in het opbouwen van een band met de hulpverlener waardoor de gesprekken sneller tot de kern doordringen. Niet iedereen is het eens met het argument van 'meer tijd'. Sommigen vinden één keer 45 minuten per week te weinig en zouden liever eens per drie weken een gesprek van 1.5 uur willen. Dan hebben ze meer tijd om zich uit te drukken.

Opvallend is de hoeveelheid aanwezigen die zich uitlaten over de veranderende attitude van de hulpverlener. Zo wordt er met hen meer gesproken over medicatie en de wensen hierin. Ook wordt er minder over problemen en onmogelijkheden gesproken. In plaats daarvan gaat het vooral over mogelijkheden, wensen en toekomst. Iemand merkt op: "Ik krijg na zo'n positief gesprek weer een beetje hoop."

Er wordt zéér positief op de locatie gereageerd. Het wordt als minder stigmatiserend ervaren om een buurthuis in te lopen dan bijvoorbeeld een gebouw van het GGZ of VNN. Daar komt bij dat de 'zorg in de wijk' voor veel mensen gemakkelijker is. Het is dichterbij huis en de meesten kunnen met de fiets of bus. Niet iedereen is blij met de keuze van een buurthuis. Een aantal geeft aan dat zij in hun privétijd gebruik maken van hetzelfde buurthuis. Zij komen dan hun psychiater of hulpverlener tegen. Iemand merkt op: "Op maandag heb ik een gesprek met mijn hulpverlener en dinsdag ben ik daar aan het klaverjassen, ik heb het gevoel dat iedereen nu weet dat ik problemen heb."

Naast alle positieve veranderingen worden er ook kritische opmerkingen gemaakt over de locatie en de inrichting van de buurthuizen zelf. Zo zou er een gebrek zijn aan rustige en ingerichte spreekkamers. Zijn de gebouwen over het algemeen druk bezet door allerlei andere activiteiten en komt het allemaal wat rommelig over. Iemand merkt op: "Ik krijg specialistische zorg en soms spreek ik mijn hulpverlener in een grote gymzaal aan een tafel waar overal ramen zijn en niks voor hangt. Dat praat niet makkelijk". Een ander merkt op: "Het mag allemaal wel iets professioneler ingericht worden, de gebouwen zijn niet mooi ingericht, het is allemaal erg praktisch vorm gegeven".

Opvallend is hoeveel aanwezigen het lotgenotencontact missen. Ze zouden graag meer in contact willen komen met andere mensen uit de regio die ook zorg van Optimaal Leven ontvangen. Iemand merkt op: "Het is makkelijker om contact te maken met mensen die in hetzelfde bootje zitten." Een ander geeft aan: "Misschien kan ik nog wel wat van diegene leren of kan ik hem/haar wat leren".

Aanwezigen geven aan dat er altijd wordt gevraagd naar het betrekken van de naasten. Dit wordt als positief ervaren aangezien hierbij het gevoel van 'inspraak' (eigen regie) los komt. Zo merkt iemand op: "ik kan zelf heel goed beslissen of mijn naasten betrokken dienen te worden en waarbij." Of de naasten in de praktijk ook daadwerkelijk worden betrokken is erg verschillend en hangt af van de situatie. Het is opvallend hoeveel aanwezigen aangeven dat de band met hun naasten beschadigd is en in sommige gevallen niet eens meer bestaat. Ook wordt het woord 'schaamte' veel gebruikt. Meerdere aanwezigen geven aan dat schaamte richting de naasten een grote rol speelt in het niet betrekken. Zo merkt iemand op: "Ik zou heel graag mijn naasten willen betrekken, maar ik schaam me gewoon te veel".

Er wordt zéér positief gereageerd op Optimaal Leven. Attitude, eigen regie, toekomst, wensen en hoopgevend zijn duidelijke sleutelwoorden. Al is het ook duidelijk dat op een aantal punten vooruitgang geboekt kan worden. Zoals het met elkaar in contact komen, themagroepen (herstelgroepen), inrichting en professionalisering van de locatie.

In paragraaf 5.3 geven we een kijkje in de ontwikkeling van het zorgaanbod binnen de teams. Bij aanvang van de proeftuinperiode, anderhalf jaar geleden, verwachtten we dat er snel inzicht zou ontstaan in het zorgaanbod en wat daarin allemaal mogelijk is omdat we samenwerken met meerdere organisaties in een team. Zo heeft het echter niet gewerkt. Nu, na anderhalf jaar, hebben we een basisoverzicht dat nog verder afgestemd en uitgewerkt wordt door de drie teams. De teams maken duidelijk een ontwikkeling 'van binnenuit' door. Dit is een andere route, waarmee we wel uitkomen bij het doel dat we voor ogen hadden.

Vanuit de projectorganisatie en het kernteam hebben we de teams continu de ruimte gegeven om zelf de werkwijze te ontwikkelen, gebaseerd op de visie die we met elkaar vooraf hebben vastgesteld. Het was en is aan de teams om deze werkwijze met elkaar te ontwikkelen. De verwachting was dat dit veel sneller zou verlopen dan het geval is. In de verschillende praktijkevaluaties is terug te lezen welke belemmerende factoren de teams zijn tegengekomen. En toch zien we het afgelopen half jaar de eerste vruchten van deze bottom-up benadering zichtbaar worden. Veel ervan is beschreven in voorgaande hoofdstukken en paragrafen. Hier gaan we dieper in op de ontwikkeling 'van binnenuit'. Dat gaat namelijk over de attitude van de hulpverlener. De persoonlijke ontwikkeling van de medewerker en de gezamenlijke ontwikkeling van het team en de verschillende teams.

Het blijkt een essentieel ingrediënt van deze proeftuin dat de medewerkers in de teams voldoende tijd hebben om met elkaar stil te staan bij wat ze aan zorg leveren, maar nog belangrijker hoe ze de zorg leveren. Optimaal Leven Emmen: *"Wat je precieze aanbod is, maakt in feite minder uit. Het gaat erom met welke insteek je de zorg levert. Zet je de klant centraal zoals we beloven te doen? Dan gaat het allereerst om vragen zoals: wie bent u, wat kunt u goed? Wat houdt u op de been? Wie is uw netwerk? U zegt een probleem te hebben, wat heeft in het verleden gewerkt? Wat kunt u nu toepassen?"*

De vraag die binnen het projectteam dikwijls is gesteld het afgelopen half jaar, is hoe we medewerkers in staat stellen om zo te handelen. Daar hebben ze om te beginnen ruimte (=tijd en/of geld), vertrouwen en training voor nodig. De Wolden/Hoogeveen: *"Wat zijn je herstel ondermijnende reflexen? En kun je elkaar hierop aanspreken? Mag dat? En dan weer verder? Tijdens een actieleersessie in Emmen ontdekten we dat het stellen van herstel ondersteunende vragen bij de intake door de medewerkers al jaren gebeurt. Dat vond men 'toch normaal'. Is de manier waarop we ons opstellen naar cliënten, door het stellen van andere vragen en door vanuit gezamenlijkheid als team en cliënt het proces aan te gaan, wel zo vanzelfsprekend als sommige medewerkers binnen de teams denken? De teams ontdekken zeer zeker de meerwaarde van de verschillende perspectieven die continu met elkaar gedeeld worden. Daardoor wordt men 'gedwongen' om stil te staan bij vraagstukken en na te denken met elkaar hoe iemand anders benaderd kan worden waardoor weer openingen in behandeling of begeleiding mogelijk blijven. Herstel krijgt vorm binnen de teams.*

Optimaal Leven Emmen: "Wanneer medewerkers zich zo gedragen en met klanten omgaan, zal het zorgaanbod zich vormen naar de vraag. Of de manier waarop je die zorg aanbiedt. De attitude van de medewerkers moet de vorm krijgen die in de visie van Optimaal Leven past. Daar zijn de projectleiders voor; het faciliteren van dit proces. De projectleiders hebben de organisaties nodig om hen hierbij te ondersteunen en deze ontwikkeling te stimuleren."

Theo Toering, projectleider Assen: *"En hier speelt een dilemma van de medewerker, namelijk het leidinggeven aan herstel. Het dilemma waar de medewerkers in (lijken te) zitten betreft het 'last hebben van bestaande kennis en ervaring' wat het 'mede vormgeven van het herstelpad van de cliënt' in de weg zit. Bij het laatste help je de klant gebruik te maken van de kennis die hij /zij heeft en dus niet van de kennis die je zelf hebt. Dat vraagt om een andere houding: niet alleen maar de expert zijn in relatie tot de klant, maar je ook kunnen opstellen in een rol als co-expert, begeleider (ook binnen een behandeling), beheerder of toeschouwer."*

Organisaties, medewerkers en klanten zijn dit niet of minder gewend, geven de projectleiders aan tijdens een tweemaandelijks overleg. *"Gechargeerd zijn we in de hulpverlening nog steeds gewend te draaien als de cliënt vraagt. Natuurlijk doen we dat uit ons vakgebied, uit ons specialisme. Daar is niets mis mee. Maar wanneer dit het enige is wat we doen, dan ontnemen we de klant de eigen keus en het 'zelf verantwoordelijk' zijn. Het maakt afhankelijk. Daarvan zien we veel voorbeelden bij onze cliënten. Bijvoorbeeld wanneer ze ontevreden over hun leven of de zorg zijn. Als de klant tevreden is, moeten we blijvend kritisch kijken hoe we actief de zelfregie stimuleren. Dit is lastig wanneer we onder druk staan van veel werk."*

Theo Toering: *"Werken vanuit de herstelgedachte vraagt (meer dan werken vanuit medisch model) om andere keuzes, andersoortig overleg en afweging met klanten, collega's en (medewerkers van) ketenorganisaties.*

De wens om herstel ondersteunend te werken en hier ruimte voor te hebben en de (werk)druk om productie te blijven draaien, zorgt voor dagelijkse frustratie bij medewerkers." Dit spanningsveld tussen 'het oude' en 'het nieuwe' staat het tempo van de vernieuwing in de weg.

HERSTELGERICHTE ATTITUDE IN EMMEN

Het dilemma wat we zien in de benaderingswijze van onze cliënten voor ons team is dat de wens van de cliënt en veel aandacht en inzet niet altijd werkt. Verantwoordelijkheid voor eigen handelen van de cliënt staat bij onze zorg op de voorgrond. Voor het merendeel van de cliënten is onze werkwijze van nabijheid, laagdrempeligheid en betrokkenheid van veel toegevoegde waarde. Het brengt ze vertrouwen, rust en het gevoel gezien te worden als persoon. Dit komt een behandelrelatie ten goede.

Medewerker uit een team: “Wat ik veel hoor van cliënten is dat ze zich erg gezien en gesteund voelen door ons team. We zijn makkelijk bereikbaar en cliënten geven aan dat er meer tijd en aandacht is voor hun wensen voortkomend uit hun klachten. Het voelt minder afstandelijk en dingen worden snel geregeld.”

Een klein gedeelte van de cliënten is minder gebaat bij deze benadering. Er valt te zien dat zij meer behoefte hebben aan structuur en richtlijnen van betrokken behandelaars. Omdat we ook deze cliënten individueel beoordelen en bespreken, kunnen we hier een meer vast kader inbouwen, zodat er duidelijkere richtlijnen opgesteld kunnen worden die verhelderend werken voor de cliënt.

Op deze manier is ons vertrekpunt in de zorg een meer organische benadering en wanneer het nodig is, dan werken we naar een meer gestructureerde benadering toe. Dat doen we altijd in samenspraak met de cliënt.

Interessant om te zien, is dat wij als team ondanks het aanbieden van een meer gestructureerd kader toch per individuele cliënt blijven kijken naar de behoeften, immers niet iedereen is gebaat bij dezelfde vorm van structuur. Het lukt ons dus om ook daarin op maat zorg te leveren.

Deze minderheid van onze cliënten is op zoek naar onze nabijheid, maar haalt de nabijheid niet altijd uit onze betrokkenheid maar juist uit onze grenzen. Het is dan ook op dat moment belangrijk dat wij als medewerkers ons dit beseffen en hier passend op anticiperen. Dat betekent dat we dan niet de contacten in een select kleine groep met de cliënt aangaan, maar dat iedereen weet welke grenzen we trekken. Dan kan de begrenzing ook daadwerkelijk goed uitgevoerd worden. Dit vergt een grote mate van afstemming binnen het team en een consequente houding van alle hulpverleners. Mogelijk zelfs op een manier die de hulpverleners niet gewend waren voordat ze binnen Optimaal Leven kwamen werken.

Een andere interessante ontwikkeling welke we in Emmen zien, is dat door het diverse aanbod van disciplines en moederorganisaties cliënten in beeld komen die anders nergens terecht hadden gekund. Met name de combinatie verslaving en psychiatrie zorgt in veel gevallen dat de casus als “te complex” wordt ervaren, terwijl dit zo’n veelvoorkomende situatie is. Binnen Optimaal Leven kunnen wij ondersteuning bieden vanuit zowel VNN als GGZ Drenthe en ook hierin desgewenst op- en afschalen naar begeleiding/welzijn al naar gelang de actualiteit. Vaak is er bij verslaving sprake van onderliggende psychiatrische problematiek. Ook hier kan per individuele cliënt de vraag gesteld worden waar de prioriteit ligt.

Een mevrouw van 45 jaar kampt met een alcoholprobleem, waardoor ze haar kinderen al geruime tijd niet thuis heeft. De kinderen wonen bij haar ex-man. Ze spreekt ze telefonisch twee keer per week, maar ziet ze in principe niet. In het verleden is een aantal keer geprobeerd het contact met haar kinderen weer te herstellen. Doordat mevrouw veel last had van terugvallen, werden deze trajecten steeds voortijdig stopgezet. In het Optimaal Leven team hebben we gekeken naar wat wij kunnen betekenen in de hernieuwde omgang met haar kinderen. Een traject die niet wordt stopgezet bij terugval. Er is een kennismaking georganiseerd met mevrouw, ex-man, een collega van Cosis (die haar begeleidt) en ervaringsdeskundige. Tijdens deze kennismaking zijn duidelijke afspraken gemaakt over hoe om te gaan met terugval in alcoholgebruik:

- De ervaringsdeskundige wordt ingezet voor de momenten dat mevrouw haar kinderen ziet. Ze is aanwezig bij de bezoeken.
- Wanneer er een terugval is, wordt contact opgenomen met haar ex-man om te overleggen.
- Mevrouw krijgt ondersteuning om met haar terugval om te gaan en om de situatie weer te keren.
- Wanneer dat weer gelukt is, gaan de bezoeken met de kinderen direct weer van start.

De eerste ontmoeting heeft 2 weken geleden plaatsgevonden. Drie dagen daarna verviel mevrouw in alcoholgebruik. Ze trok redelijk snel aan de bel waardoor er direct gehandeld kon worden. Haar ex-man is op de hoogte gebracht. En zoals het er nu naar uitziet kan de tweede ontmoeting volgende week gewoon doorgang krijgen.

ONTWIKKELINGEN IN DE WOLDEN/HOOGEVEEN

In september ben ik als projectleider begonnen. Tijdens de kennismaking kwam ik onder andere het volgende tegen:

- Vanuit de verschillende moederorganisaties is een blikveld waarbij blinde vlekken zijn.
- De gezamenlijkheid ontbrak op verschillende vlakken.
- Ook werd de term samenwerken verschillend beleefd. Hierbij zat een verschil tussen: “in het belang van de klant” of “in het eigen belang van de medewerker”. Een volle caseload werkte ondermijnend in het leren samenwerken.
- De medewerkers ervaarden niet de tijd en ruimte om zorg anders te organiseren.
- Men kende elkaars mogelijkheden niet.

Kortom, elkaar leren kennen, werkwijzen leren kennen, kwaliteiten kennen en weten wat de verschillende werkgebieden inhouden was een groot leerpunt. Dit is een van mijn voornaamste focussen binnen het team. Zo was er een keer iemand die thuisondersteuning nodig had. De medewerker zei: “ik leg het daar neer, zij regelen alles verder. We stemmen af en toe af.” Op mijn vragen: ‘Hoe werkt de thuisondersteuning? Welke methodiek gebruiken ze? Hoe en wat stemmen jullie af? Hebben jullie dan met de klant dezelfde doelstellingen?’ bleek dat men toch nog wel erg van elkaar verwijderd stond.

Iedereen doet zijn eigen ding en voor de klant blijven de werelden van de verschillende vormen van zorg gescheiden. Een ander voorbeeld is hoe men omgaat met mensen die in crisis binnenkomen. We doen alles om te stabiliseren. Met medicatie, huisbezoeken, behandeling. Wanneer iemand dan stabiel is, zetten de medewerkers de zorg op 'behouden'. Vanuit mijn optiek begint de zorg dan pas weer? Dan kan iemand onderzoeken op welke leefgebieden ontwikkeling mogelijk is, waar iemand kan participeren, et cetera. Hier ga ik dan vragen over stellen en stimuleren om samen in op te trekken met elkaar. Veel cliënten zijn jarenlang in zorg. Zij hebben gehoord dat ze 'altijd' in zorg mogen blijven. Nu zegt Optimaal Leven dat dit niet het geval is. Hierover hebben we hele gesprekken: hoeveel en welke kansen ontnemen we mensen wanneer we ze de kans niet geven om "ons" los te laten. Dit hoeft niet in één keer maar kan stapsgewijs.

Bovengenoemde voorbeelden illustreren de gesprekken die we binnen het team zijn gaan voeren. De opdracht is om gericht op herstel samen te werken in het belang van de klant. Wat we beginnen te zien binnen dit team is de meerwaarde van (het kennen van) elkaars mogelijkheden. De samenwerking wordt steeds meer gevonden waardoor de zorg en ondersteuning voor de klant echt een eenheid wordt op alle levensgebieden. Door de start met het herstelplan komt de integrale samenwerking nog een stap dichterbij. De klant maakt samen met de hulpverlening echt één plan. Dit gaat gepaard met het meer bewust inzetten van de vier herstelfasen. Welke stappen hebben we te zetten met elkaar. Hierin is de inbreng van de ervaringsdeskundigen essentieel. Het loslaten is een proces dat we elkaar en de klant moeten gunnen.

De opdracht is om gericht op herstel samen te werken in het belang van de klant

6 MANAGEMENT EN ORGANISATIE

Binnen Optimaal Leven maken we gebruik van verschillende manieren om managementinformatie te verzamelen. Naast het verzamelen van informatie omdat we een proeftuin zijn en het gebruiken voor onderzoek, is het ook belangrijk om de strategie en richting te kunnen bepalen en voortgang te bewaken. Dit kan alleen in afstemming met het management en directie van de moederorganisaties, zoals dit is vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst en het Plan van Aanpak. Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben kunnen lezen moeten medewerkers heel goed op elkaar ingespeeld zijn om eenduidig grenzen aan te geven richting cliënten. Ook binnen het management van dit programma en in samenwerking met de moederorganisaties is het essentieel om goed met elkaar af te stemmen zodat de strategische ontwikkeling van de som en de delen op elkaar aansluiten. In de eerste praktijkevaluatie is verbetering in deze afstemming als aandachtspunt genoemd. Hoe staat het hiermee? Dit hoofdstuk gaat over (de wijze waarop) we de informatie verzamelen, de wijze waarop we richting geven, hoe de samenwerking verloopt, wat goed gaat en wat beter kan.

6.1 MANAGEMENTINFORMATIE

Binnen Optimaal Leven maken we gebruik van het cliëntvolgsysteem (CVS) welke in vorige praktijkevaluatie is toegelicht en als bijlage terug te vinden is. In hoofdstuk 2 is veel informatie te vinden die we uit het CVS kunnen halen. Het bijwerken en bijhouden van dit CVS vraagt veel discipline van de medewerkers, in het bijzonder van de secretariële ondersteuners. Daarnaast hebben we het afgelopen jaar met zogenaamde urenstaten gewerkt. In deze urenstaten zijn alle niet-cliënt gerelateerde activiteiten opgenomen. Ieder team heeft op individueel medewerkersniveau bijgehouden waar een medewerker zijn/haar tijd aan heeft gespendeerd. Met andere woorden, wat doen medewerkers binnen de tijd die ze niet met cliënten aan het werk zijn? In welke mate draagt dit bij aan de ontwikkeling van de werkwijze? Waar heeft de nadruk op gelegen dit jaar? Ook hier is informatie over terug te vinden in hoofdstuk 4. In bijlage 1 vindt u het format dat we hebben gebruikt terug.

Het invullen van het CVS en de urenstaten is een administratief proces dat moeizaam op gang kwam. Vanaf januari is hier bijzonder aandacht aan besteed door de projectleiders. Ze hebben allen afspraken gemaakt met hun secretaresses en het lijkt nu geïmplementeerd. Veel van de informatie in hoofdstuk 4 komt uit deze twee overzichten. De wijze van invullen lijkt in de regio's nog te verschillen.

Beide documenten zijn aanvullingen op de managementinformatie die we uit de systemen van de afzonderlijke organisaties kunnen halen. In overleg met afdeling control, hebben we ontdekt dat de informatie in de integrale verantwoordingen niet altijd correleert met de werkelijkheid. De controllers geven aan dat de leerpunten die hieronder beschreven zijn naar boven komen bij Optimaal Leven doordat we met een loep naar het proces en de ontwikkelingen binnen/van Optimaal Leven kijken. Het zijn leerpunten die breder in de organisaties aandacht behoeven en niet specifiek betrekking op Optimaal Leven hebben.

Welke aandachtspunten komen we zoal tegen:

1. Informatie in systemen komt niet overeen met informatie uit CVS
2. Registratie gaat in de drie regio's op een andere manier en is niet duidelijk. Daarnaast is de output niet eenduidig vast te stellen.
3. Registratie van cliënten wordt niet op kostenplaats OL gedaan maar op andere plekken, of helemaal niet. Het werk wordt wel vanuit OL geleverd (geldt niet bij GGZ Drenthe).
4. Er moet vooraf bekend zijn welke cliënt bij Optimaal Leven hoort. Controllers moeten maandelijks een lijst krijgen van bij Optimaal Leven aangemelde cliënten en vanuit welke organisatie aangemeld. Zij kunnen dan op die manier nagaan of er ook uren worden geregistreerd op deze cliënten.
5. Aantal FTE in systemen komt niet overeen met de informatie uit de praktijk. Wijziging in FTE-inzet wordt vanuit de moederorganisatie niet of niet tijdig doorgegeven om dit in de systemen te wijzigen.
6. Informatie vanuit verschillende hoeken en niet congruent.
7. Overhead van Optimaal Leven komt niet overeen met de werkelijke overhead binnen de organisaties.
8. Registreert iedereen wel op de juiste manier?

Daarnaast heeft deze werkgroep een aantal (voorzichtige) conclusies getrokken uit de analyse van de beschikbare informatie en het gelopen proces in de periode oktober 2018 tot en met december 2019:

- Doordat de informatie incompleet is, blijft het moeilijk om op basis van de integrale verantwoording (alleen) uitspraken te doen over de financiële gezondheid van de afzonderlijke teams.
- We hebben ontdekt dat de financiële groei in Emmen – ondanks verwachting daartoe – uitblijft en hebben hier acties op gezet.
- We hebben ontdekt dat registratie bij VNN niet goed gebeurt, hier is actie op gezet, verloopt langzaam.
- We hebben ontdekt dat het er vooralsnog op lijkt alsof een verschuiving van middelen naar VNN en Cosis niet verloopt in het tempo dat we vooraf wenselijk achtten.
- Er moet meer dan tot nu toe de relatie worden gelegd tussen de FTE-inzet van medewerkers binnen OL en hun productie in uren voor OL.

* "Mijn beleving is dat er aan de voorkant niet tot nauwelijks afspraken zijn gemaakt over volledigheid van de productieregistratie en dat hierdoor verwarring bestaat danwel de ruimte (niet gewenst) wordt gegeven over het hoe en wat registreren."
* Nog onvoldoende bekend om zoveel mogelijk directe tijd op een cliënt te scoren.
* Tijdsbesteding van controllers ligt hoog in verband met bovenstaande punten.
* Het lijkt erop alsof persoonlijke voorkeuren voor of tegen Optimaal Leven bovenstaande processen beïnvloeden.

Bovenstaande punten maken het lastig voor de projectorganisatie om ook de managementinformatie mee te nemen in het ontwikkelproces en hier gepast richting aan te geven. Ook al is dit wel een continu punt van aandacht binnen het projectteam. Het afgelopen half jaar zijn stappen gezet om hier verbetering in aan te brengen. De projectleiders hebben sinds een half jaar toegang tot het dashboard van GGZ Drenthe. Tot dan toe waren ze afhankelijk van de afstemming met de locatieteammanager om de informatie in te zien van het GGZ Drenthe deel (grootste percentage van de geleverde zorg).

Hier was geen structurele afstemming over op gang gekomen. In het afgelopen half jaar hebben circuitmanagement en locatiemanagement samen een sessie gehad om zich te verdiepen in het dashboard. De projectleiders konden vragen stellen en de locatiemanagers lichtten toe. Vervolgens heeft de afdeling control nog een-op-een overleggen met de projectleiders gehad om ze verder wegwijs te maken in het dashboard. Op het moment dat de projectleiders vragen hebben, kunnen ze bij de locatieteammanagers terecht. Voor de informatie uit de systemen van Cosis en VNN blijft de projectorganisatie afhankelijk van locatiemanagement en control van de twee moederorganisaties. Daarom zijn na de stuurgroep vergadering van oktober de projectleiders ook aangeschoven bij het maandelijkse control overleg dat de programmamanager met de drie controllers heeft. Dit overleg heeft als doel om de integrale verantwoording met elkaar door te nemen om te zorgen dat het kloppend is en tevens om bijzonderheden te duiden. Informatie over de integrale verantwoordingen van het 3e half jaar zijn in paragraaf 7.1 terug te vinden. Daarnaast heeft het projectteam ingezet op goed registreren door de medewerkers. Dit is begin 2020 goed op gang gekomen binnen het GGZ Drenthe deel. Het leek in het najaar alsof het registreren door VNN in Hoogeveen ook goed van de grond kwam, maar dat blijft een grillig patroon houden (zie inhoudelijke verantwoordingen). In Emmen ontdekten we dat het noteren op de juiste kostenplaats van Cosis niet goed verliep. Dit is actief door de projectleider met de achterban binnen Cosis uitgezocht en uitgewerkt.

Vanaf februari zijn de afdeling control van GGZ Drenthe en de programmamanager begonnen om bovenstaande aandachtspunten, naast andere financiële vraagstukken, gericht op te pakken, uit te werken en waar het kan te vereenvoudigen.

6.2 FINANCIËLE KNELPUNTEN

In het afgelopen half jaar heeft het projectteam samen met de teams en een ervaringsdeskundige 14 financiële knelpunten voortkomend uit de praktijk geïnventariseerd, benoemd wat het de cliënt oplevert wanneer dit opgelost wordt en oplossingsrichtingen bedacht. Dit totale document is terug te vinden in bijlage 6.

Over het algemeen betreft het knelpunten voor cliënten (eigen bijdrage of reiskosten die te hoog zijn), knelpunten om niet-geïndiceerde zorg te financieren (consultatie, psycho-educatie, voorzorg of nazorg) en knelpunten waardoor iemand niet de juiste zorg krijgt. In deze paragraaf besteden we aandacht aan het laatstgenoemde item. De andere twee zijn hieraan gelieerd.

In hoofdstuk 2 zijn we uitvoering ingegaan op de doelgroep die we bedienen. We kunnen kort en krachtig zijn: de financiering van de zorg voor deze doelgroep sluit onvoldoende aan bij wat de doelgroep nodig heeft.

Er is namelijk altijd sprake van *chronische psychiatrische kwetsbaarheid* wat soms de kop op steekt en soms stabiel is. Sommige mensen volgen een *grillig patroon van in en uit zorg gaan* en hier moeten de medewerkers zich iedere keer voor verantwoorden richting zorgverzekeraar of gemeente. De geleverde zorg wordt niet vergoed. Echter, dit gedrag hoort bij het beeld van deze mensen. De medewerkers kunnen er meestal niks aan doen dat deze cliënten dit gedrag vertonen. Binnen Optimaal Leven heeft men met elkaar afgesproken wel zorg te leveren aan deze mensen, ook wanneer er geen middelen voor binnenkomen. Dit kan natuurlijk eigenlijk gewoon niet waar zijn. Het alternatief is om deze personen zorg te weigeren. Dit gebeurt in de praktijk in Nederland dan ook op heel veel plekken.

Daar zijn juist deze mensen enorm de dupe van en in het verlengde de maatschappij (en dus ook andere financieringsstromen, zoals voor openbare orde en veiligheid of voor de zorg aan dak- en thuislozen).

In de vignettenstudie van 2015 hebben we opgenomen dat er 4090 mensen bekend zijn (2013) binnen de 3 betrokken organisaties. Ook hebben we geleerd dat dit slechts een klein deel is van de doelgroep in Drenthe, wanneer we uitgaan van het landelijke percentage mensen met een ernstige psychiatrische stoornis. Geschat wordt dat 281.000 mensen in Nederland een ernstige psychische aandoening hebben, dat is ongeveer 1,7 % van de bevolking.[8] Dit betekent theoretisch dat in Drenthe ongeveer 4500 mensen die tot de EPA doelgroep behoren, niet gezien worden. Een aanzienlijk deel valt niet onder de doelgroep die de zorg van Optimaal Leven nodig zou hebben. Er zal nog steeds een aanzienlijk deel zijn voor wie de zorg van Optimaal Leven wél kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven en welbevinden. Dat is de motivatie geweest van de stuurgroep om richting de wijk te gaan en deze mensen te vinden in de verwachting dat de maatschappelijke kosten afnemen.

Wanneer we kijken naar de financiering van deze zorg dan maakt het voor de medewerkers niet uit dat de maatschappelijke kosten afnemen (als dit zo is). Ook voor een zorgverzekeraar maakt dit, vanuit financieel oogpunt, niet uit. Voor de gemeenten is dit interessant. Maar medewerkers en zorginstellingen ‘kopen hier niets voor’.

Het *grillige patroon* maakt ook dat een cliënt binnen een of meerdere organisaties gebruik maakt van verschillend zorgaanbod. Dit wordt binnen Optimaal Leven nog eens versterkt, omdat de andere blik in het team kan leiden tot andere diagnoses. Aanbod dat bij andere afdelingen wordt aangeboden, wordt dan ingezet. Dan kan bijvoorbeeld gedacht worden aan traumabehandeling, behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, ASS of crisisopname. We gaan nu niet in op de wachttijden die hiermee gepaard gaan. Wel betekent dit wederom een administratieve handeling bij deze doelgroep of overschrijven naar een andere afdeling. Dit terwijl het voor deze doelgroep vaak van belang is om het lijntje te houden, iemand rust en vertrouwen te blijven geven of zorgen dat terugkomst soepel verloopt. Dit lijntje houden wordt niet vergoed terwijl het aansluit bij de doelgroep waar we ons voor inzetten.

Het is ook vaak zo dat er sprake is van *(complexe) multi-problematiek* bij onze doelgroep. Wanneer er sprake is van verslaving en GGZ problematiek dan kunnen er nog twee DBC’s geopend worden met een andere voorliggende diagnose. Echter, wanneer er sprake is van een licht verstandelijke beperking dan komt een andere financiering op gang dat niet te combineren valt. Bij de doelgroep die Optimaal Leven bedient hebben we bij aanvang (de dialoogsessies in 2017) vastgesteld dat bij benadering de helft van de doelgroep licht verstandelijk beperkt of zwakbegaafd is. Hier kunnen de teams echter onvoldoende aandacht aan besteden omdat dit niet vergoed wordt. Ook zijn de teams hiervoor onvoldoende toegerust, want kennis over verstandelijke beperking is nog steeds weinig voorhanden binnen de GGZ. Het specialisme is ook niet structureel in de teams te borgen omdat er een andere financiering onder ligt. Daardoor komen sommige cliënten te kort en hebben sommige behandelingen niet het effect dat men zou willen.

[8] http://www.kenniscentrumps.nl/ernstige-psychiatrische-aandoening

Tot slot is het zo dat de problematiek eigenlijk altijd gepaard gaat met *vraagstukken uit andere domeinen* (financiën, wonen, werk, dag invulling, relatie/netwerk). Dit weten we natuurlijk al langer. Het overbruggen van zorg en ondersteuning op meerdere domeinen is één van de pijlers waar Optimaal Leven op rust. Het blijft moeilijk om een dakpannenconstructie (vloeiend op elkaar laten aansluiten) van de financiering te organiseren waarin de samenwerking, doorstroom en uitstroom makkelijk geregeld is zonder niet-betaalde investering vanuit de zorgorganisaties. Dit laatste levert druk op bij de medewerkers en het staat de afstemming tussen lijnmanagement en projectmanagement in de weg. Hier is in deze evaluatie meerdere malen op teruggekomen.

De projectleiders hebben verschillende oplossingen aangedragen. Sommigen zijn pragmatisch van aard, sommigen worden reeds uitgevoerd en sommige zaken worden financieel niet opgelost maar wel gedaan. Allemaal handelingen waarmee de kern van het probleem niet wordt opgelost. Dit zijn dus geen duurzame oplossingen. Het betreft dan bijvoorbeeld:

1. Lijntje houden via ambulante begeleiding en/of ervaringsdeskundigheid
2. De voorbereiding om twee uur per week per team VG-consultatie vanuit Cosis te ontvangen wordt getroffen

De eerste mogelijkheid wordt nog niet heel veel ingezet omdat het veelal een crisis of behandeling betreft, blijft een casemanager betrokken. Wat wel een mooie ontwikkeling is, is dat in Assen in de WMO-pilot (zie vorige praktijkevaluatie) en in De Wolden/Hoogeveen en Emmen indicaties steeds sneller en makkelijker worden afgegeven. Dit biedt aan deze oplossing ruimte.
Het derde voorbeeld betekent een investering vanuit Cosis waar geen vergoeding tegenover staat.

De oplossingsrichtingen die aangedragen zijn en van duurzamere aard, zijn onder andere:

1. Vastleggen van consultatie (waaronder ook valt: psycho-educatie in het netwerk, naastenprogramma's, voorzorg, tussenzorg, nazorg) in een betaaltitel (op basis van kennis van de landelijke dialoog)
2. Organiseren van lumpsum financiering met gemeenten
3. Organiseren van overbruggingsbudget met zorgverzekeraars

Op het eerste punt (consultatie) zijn we in paragraaf 4.7 uitvoerig ingegaan op basis van informatie uit de praktijk. Hier benadrukken we dat deze zorg tot maart 2020 voor de duur van een jaar (deels) middels subsidie vergoed is, maar dat dit vanaf april niet meer gesubsidieerd wordt. We volgen de landelijke ontwikkelingen nauwgezet en hebben in maart geleerd dat de landelijke oplossing (voorlopig) nog niet voorhanden is. Wie is hier de dupe van wanneer de zorginstellingen besluiten andere keuzes te maken? De cliënt!

Zorginstellingen komen hierdoor in een lastige klem terecht. Dit levert weer druk vanuit management op de uitvoering en zo is het cirkeltje weer rond.

Punt twee en drie zijn oplossingsrichtingen die binnen het vastleggen van een betaaltitel voor consultatie zouden passen. Toch zijn deze ook los te organiseren, menen we in het projectteam en in de supportgroepen.

Het afgelopen half jaar is samen met gemeente Assen, Emmen en Hoogeveen gewerkt aan plannen voor lumpsum financiering. Punt 3 is nog niet aan de orde geweest. Daarom laten we een toelichting achterwege.

LUMPSUM FINANCIERING DE WOLDEN/HOOGEVEEN

In oktober 2019 is wethouder Erwin Slomp samen met beleidsmedewerkers Arthur Overgoor en Susan Douma op bezoek geweest in het team. Het gesprek heeft duidelijk gemaakt dat de aanvragen van de WMO-beschikkingen lang duren en voor de klant veelal bezwarend zijn. Mede hierdoor loopt op- en afschalen van de zorg moeizaam. In dit gesprek is het voorstel voor een lumpsum financiering naar voren gekomen. Met enthousiasme bij iedereen is afgesproken de mogelijkheden te verkennen. Er is vervolgens een inhoudelijk plan geschreven welke in afstemming met het team, de programmamanager en het marktcentrum van Cosis is opgesteld. Hierna is het plan besproken met Arthur Overgoor. Inhoudelijk zijn we het met elkaar eens. Vervolgens is de fase gekomen om verschillende scenario's te beschrijven hoe dit vorm te geven, inclusief een financieel plaatje bij de verschillende scenario's. Hier wordt sinds maart 2020 aan gewerkt.

"Een positieve bijkomstigheid is dat de aanvragen voor WMO-beschikkingen steeds beter en sneller in orde komen. Soms zelfs telefonisch!"

LUMPSUM FINANCIERING EMMEN

Ook in Emmen is het gesprek gevoerd over de meerwaarde van lumpsum. Er is een plan geschreven welke eind maart 2020 besproken is. Op basis daarvan gaat de projectleider terug naar de tekentafel om e.e.a. verder uit te zoeken en uit te werken. Het akkoord op WMO-indicaties lijkt ook in Emmen wat sneller te komen. Dit is echter niet zo nadrukkelijk benoemd als in De Wolden/Hoogeveen het geval is.

WMO-PILOT ASSEN

Binnen deze pilot is een X-aantal personen die per direct een indicatie krijgen, zodat per direct begeleiding geboden kan worden en waarbij de aanpak verschilt van voorheen. De uitkomsten worden gevolgd om te zien of deze aanpak tot verbetering van de zorg leidt. Aangezien dit voor een aantal cliënten geldt en de middelen voor hen gereserveerd zijn, kunnen we spreken van een variatie van lumpsum. De inhoudelijke effecten zijn interessant en veelbelovend. De WMO-pilot is in maart ruim 4 maanden jong. We kunnen daardoor alleen van voorzichtige resultaten spreken. Wat tot op heden opvalt, is de prettige samenwerking met de gemeente. Met name de WMO-consulenten van de gemeente Assen worden intensiever bij het zorgproces betrokken. Daardoor lijkt er meer begrip te ontstaan en komt er bij de WMO-consulenten ook meer inzicht in onze inspanningen. Daarnaast is het prettig dat de zorgverlener nu zelf het intakeverslag schrijft samen met de cliënt. De cliënt krijgt daarmee veel meer regie over zijn eigen zorgproces. Hij of zij bepaalt concreter wat het doel is waarmee aan de slag wordt gegaan. Cliënt hoeft nu maar één keer zijn verhaal te doen. In de vroegere situatie was dat wel drie keer: eerst tegen de WMO-consulent van de gemeente, dan tegen de cliënt-consulent van Cosis en dan tegen de persoonlijk begeleider ambulant. De begeleider is in deze pilot gelijk vanaf de start betrokken en door het gezamenlijk invullen van het start formulier wordt er een begin gemaakt met het opbouwen van een band.

Voor tenminste één van onze klanten maakt dat een groot verschil, zij voelt zich gezien. In plaats van drie doelen die door anderen worden bedacht en die voelen als opgedrongen, zijn er nu drie doelen waarvan de klant de prioriteit en volgorde bepaalt. Gebruik van de I.ROC geeft voor de klant helder de gebieden aan waar nog winst behaald zou kunnen worden. Door dit als startpunt te nemen, kun je heel zichtbaar maken waarom bepaalde ondersteuning gewenst is en maakt de klant een duidelijk plan hoe hier invulling aan gegeven kan worden. Een ander effect dat al merkbaar is, is de reikwijdte van ons team. In een casus waarbij onze klant een gezin heeft, beschouwen we naast de doelen vanuit de WMO-indicatie ook de systemische krachten en belemmeringen. Hierdoor wordt er snel een positief resultaat behaald. Er worden meer uren zorg ingezet, maar dit kan kort en is op elkaar afgestemd; ondersteuning voor structuur/orde en steun moeder door ambulant begeleider, zorg voor het systeem door onze familiecoach, aandacht voor individuele problematiek van vader door casemanager, zorg voor werk door trajectbegeleider. Begeleider: “Ik zet bij moeder vooral heel erg in op de krachten van moeder ‘wat kun je al’ en ‘wie mag je zijn’. Voor haar zo belangrijk doordat ze ondergesneeuwd is geraakt door partner en diens problematiek. Als ik hier alleen in het gezin zou komen voor deze moeder zou er minimaal resultaat komen doordat er ook problemen zijn in de relatie, met partner, werk enz. Ik vind het grote voordeel dat ik begrijp waar dingen aan liggen. En doordat meerdere zaken direct aangepakt worden, ben ik ervan overtuigd dat er een steviger fundament komt voor de toekomst.”

Samenvattend zien we dat de samenwerking met de WMO-consulenten wederzijds begrip voor elkaars werkzaamheden oplevert. Dit verhoogt de handelingssnelheid en mogelijkheden binnen het team. Daarbij stellen we door minimale inzet vanuit andere disciplines in ons team, de klant in staat duurzamer resultaat te halen op de samen opgestelde doelen. Dankzij deze belangrijke vernieuwingen, in combinatie met het beschikbare aanbod (I.ROC en de individuele rehabilitatie begeleiding methodiek (IRB)) ontstaat er meer regie bij de klant. Het resultaat dat we willen bereiken.

6.3 SPANNING TUSSEN INHOUD EN FINANCIËN

De projectleiders geven aan dat het nog steeds lastig blijft om vanuit de gemaakte afspraken binnen Optimaal Leven leiding te geven, omdat de organisaties er eigen afspraken op nahouden, welke doorgaans voor hen leidend zijn. Dit spanningsveld heeft betrekking op de (strategische) afstemming van het projectteam en het management/directie van de moederorganisaties en over de verdere afstemming binnen het projectteam en binnen de moederorganisaties. Knelpunten welke in voorgaande evaluaties uitvoerig aan bod zijn gekomen. Het lijkt erop alsof we hier een stap verder in komen. Dit wordt aan de hand van onderstaand voorbeeld toegelicht.

Een goed voorbeeld met betrekking tot afstemming in het laatste half jaar, betreft het proces van groei van de teams. Dit heeft het afgelopen half jaar veel aandacht nodig gehad. Vanaf september hebben de teams aangegeven dat er uitbreiding in de teams nodig is, de werkdruk werd zo hoog dat het onhoudbaar werd. De stand van zaken wat betreft de teamformatie is terug te lezen in paragraaf 4.9. In oktober is in de stuurgroep akkoord gegeven op de ontwikkelplannen van de drie teams. Wanneer FTE vanuit Cosis nodig is, vanwege groei of ziekte, dan wordt een vacature gesteld en worden mensen aangenomen. In dit proces zit geen vertraging en er zijn voldoende kandidaten die solliciteren. In de praktijk bleek de afspraak lastiger te realiseren met en vanuit VNN en GGZ Drenthe. Dit heeft verschillende oorzaken. In Assen zijn we al vanaf het begin op zoek naar geschikte (regie)behandelaren. Op uitstaande vacatures wordt niet gereageerd. Er wordt binnen GGZ Drenthe niet besloten om iemand ‘te verplichten’ naar Optimaal Leven te komen. Dit zou ook niet aansluiten bij de visie van Optimaal Leven. Soms lijkt de nood zo hoog dat dit wel wenselijk zou zijn, wordt weleens gesuggereerd.

De locatiemanager van Assen heeft (voor zijn vertrek) actief meegedacht in oplossingsrichtingen en suggesties bij de projectleider en behandelcoördinator aangegeven. Een structurele oplossing blijft eind maart nog steeds een uitdaging. In Assen hebben we ook te maken gehad met vertrek van de VNN-medewerker vanaf 2020. Zij heeft nog wel haar cliënten behouden voor de duur van de overgang naar nieuwe medewerkers. Er zouden twee nieuwe medewerkers vanaf medio maart beginnen. Door de intelligente lock down is dit vertraagd en komen ze pas in mei. In alle drie de teams is uitbreiding van casemanagement vanuit GGZ Drenthe nodig, zoals de basis business case uit paragraaf 4.9 laat zien. Er is akkoord gegeven op voorinvestering. Deze informatie is echter niet meegenomen in het opstellen van de begroting van 2020. Het opstellen van de begrotingen voor de Optimaal Leven teams is eenzijdig door de locatiemanagers gebeurd. Alleen in De Wolden/Hoogeveen heeft de projectleiding actief meegewerkt. De uiteindelijke versie week echter af van datgene waar men in een voorgaand stadium gezamenlijk over tot overeenstemming was gekomen. Dit is tussentijds niet aan de projectleider teruggekoppeld. De definitieve versie was opeens vastgesteld tot grote verbazing van de projectleider in De Wolden/Hoogeveen. Ze hadden voor dat team al op basis van de voorgenomen overeenstemming een vacature uitgezet waar drie (externe) geschikte kandidaten op hadden gereageerd. De sollicitaties stonden gepland voor begin van het jaar en zijn op het laatste moment afgezegd. Binnen het team heeft men zich hier heel vervelend over gevoeld. “We voelden ons belazerd en niet gezien en niet gehoord.” Projectleider: “Iedere organisatie heeft zijn eigen afspraken waar we, wanneer we niet heel alert zijn, aan gehouden worden. Terwijl er andere afspraken gemaakt zijn binnen Optimaal Leven. Ik merk dat wanneer we niet alert genoeg zijn, we financieel moeten gaan sturen wat ten koste gaat van de inhoud. En juist de inhoud maakt Optimaal Leven.” De begrotingen van Assen en Emmen zijn tevens vastgesteld binnen GGZ Drenthe. Het projectteam heeft de begrotingen voor 2020 pas in maart ontvangen via afdeling control. De beschreven knelpunten in proces en afstemming zijn ontdekt dankzij de gerichte samenwerking tussen de afdeling control en programmamanager. Hoe dit proces te verbeteren, vormt sindsdien een actief onderwerp van gesprek tussen directie, circuitmanagement en programmamanagement, binnen het projectteam en binnen de stakeholdersbijeenkomst dat management van GGZ Drenthe en van Optimaal Leven ieder kwartaal houden.

De werkdruk is in de teams enorm toegenomen omdat er gebrek is aan regie behandelaren en/of casemanagement. Dit heeft invloed gehad op het ontwikkelproces van de nieuwe werkwijze. Zo was er in januari een actieleersessie in Emmen met als thema de ontwikkeling van een gezamenlijke intake. De hele sessie hebben de medewerkers hun ongenoegen met de situatie geuit. Men gaf aan geen ruimte te ervaren om met ontwikkeling bezig te zijn, totdat het team in formatie is toegenomen. In Assen hebben vooral de regie behandelaren een toegenomen werkdruk ervaren waardoor het voor hen moeilijk is om enerzijds te behandelen (coördinator wil graag meer ruimte hiervoor) en anderzijds te participeren in de ontwikkeling van de werkwijze en de primaire processen. Dit heeft een frustrerend effect op de rest van het team. Ook de afwezigheid van de VNN-medewerker heeft die samenwerking geen goed gedaan. In Assen is een belangrijke bijkomstigheid dat in november twee wijken (en +50 cliënten) bij het team zijn aangesloten. Hierdoor is het team qua caseload ‘op sterkte’. De teamsamenstelling is er nog niet op gevormd. Projectleider: “Nu heb ik het idee dat we maandelijks uitleggen welke informatie uit de integrale verantwoording moet, wat we missen aan teamformatie en wat qua registratie niet goed is opgenomen en dat op de vragen die wij maandelijks stellen geen antwoord wordt gegeven. Dit gaat ten koste van: vooruitkijken, ontwikkelen, ruimte maken, etc.” De gezamenlijkheid bij het ontwikkelen is niet vanzelfsprekend.

In De Wolden/Hoogeveen heeft men van de nood een deugd gemaakt. De schaarste in verpleegkundigen heeft de mogelijkheden tot samenwerking met de medewerkers van Cosis, VNN en welzijn gestimuleerd. Tijdens de actiesessie van februari 2020 werd meer gesproken over doorstroom, samen optrekken en uitstroom dan voorheen. Het aantal nieuwe aanmeldingen vraagt echter nog steeds om casemanagement. Door de ontstane schaarste vanwege de vertraging in dit proces hebben we ook geleerd dat het aantal aanmeldingen in de drie teams toeneemt. Dit is in hoofdstuk 4 ook beschreven op basis van de beschikbare managementinformatie uit het CVS. Een laatste nadelige ontwikkeling is dat vanaf maart het kernteamlid bedrijfsvoering vanuit GGZ Drenthe weer van persoon is veranderd. Ieder nieuw kernteam lid heeft tijd nodig om zich Optimaal Leven eigen te maken wat besluitvormingsprocessen vertraagt. De besluitvorming over groei van casemanagement heeft daarom eind februari/maart nog niet plaatsgevonden. Het stroperige verloop van het proces van groei in teamformatie is het afgelopen half jaar continu punt van aandacht geweest. De programma-eigenaar en programmamanager hebben veelvuldig verkend wat precies alle oorzaken zijn van dit knelpunt en dit is tussentijds veelvuldig met (divers) management en de teams afgestemd en onderzocht. Onderstaande oorzaken lijken er aan ten grondslag te liggen:

1. Afspraken van groei teams zijn niet opgenomen in begroting van 2020 van moederorganisatie.
2. Projectteam neemt geaccordeerde plannen als uitgangspunt en GGZ Drenthe de ‘eigen opgestelde begrotingen’.
3. Gezamenlijkheid in ontwikkeling is op regioniveau onvoldoende.
4. Aantrekken van personeel (regie behandelaren) is moeilijk.
5. Ziektevervanging of vervanging bij vertrek is lastig in verband met kleine teams waarbinnen geworven kan worden (VNN).
6. Doorstroom, samenwerking en uitstroom binnen de teams en naar andere afdelingen/organisaties komt langzaam op gang.
7. Vertrek van management en inwerken nieuwe ‘collega’s’ zorgen voor vertraging.

Concrete acties die het afgelopen kwartaal zijn ondernomen om dit te doorbreken, zijn:

a) Aannemen projectmedewerker zorgregistratie (nieuwe functie) over de drie organisaties heen.
b) Gerichte inzet vanuit afdelingen control, waardoor knelpunten in FTE en caseload inzichtelijk gemaakt zijn.
c) Onderwerpen agenderen binnen diverse overleggen binnen Optimaal Leven, zoals het projectteam en het kernteam, met GGZ Drenthe specifiek, zoals bij de stakeholderbijeenkomsten, en bij de supportgroep overleggen waar de locatie managers en beleidsambtenaren van de gemeenten aansluiten.
d) Onderwerpen van doorstroom en uitstroom zijn door projectleiders tijdens wekelijks overleg structureel geagendeerd.
e) Aanpassing van samenstelling van actie leer sessie ‘projectleiders en behandelcoördinatoren’ naar actie leersessies voor ‘alle regie behandelaren’.
f) De nieuwe samenstelling van deze actieleersessie valt nu onder leiding van de manager behandelzaken (inhoudelijk kernteam lid van GGZ Drenthe) en programmamanager.
g) Uitzetten van vacatures in Assen.

In april 2020 heeft dit allemaal tot besluitvorming binnen GGZ Drenthe geleid. Maar daar gaat deze praktijkevaluatie niet over.

Eigenlijk gaat deze paragraaf over het complexe spanningsveld tussen de inhoud en financiën. In vorige praktijkevaluaties stond dit spanningsveld beschreven in de hoofdstukken over samenwerking tussen projectorganisatie en lijnorganisatie. We zijn stappen verder in deze zoektocht. De spanning tussen inhoud en financiën is, net zoals de spanning tussen de praktijk en het systeem uit vorige paragraaf, een spanningsveld dat voorbij de grenzen van Optimaal Leven aan de orde is. Een organisatie dat zorg levert, wil doorgaans de beste kwaliteit leveren tegen een schappelijke prijs.

Het Triple Aim Principe is dan ook een van de leidende principes voor Optimaal Leven. De zoektocht waar we vervolgens het afgelopen jaar mee terecht zijn komen, betreft de volgende vragen:

- Wat is leidend: de inhoud of de financiën?
- Op welke wijze geven we richting aan de gelijktijdige ontwikkeling van inhoud en financiën?
- Hoe ga je zelf en met elkaar om met het spanningsveld?
- Welke keuzes worden gemaakt en door wie?
- Hoe kun je dit proces het beste met elkaar lopen?

Het proces is af en toe taai en leek bij tijd en wijle ondoorgrondelijk.
De programma eigenaar (Hilda van der Hek, directeur GGZ Drenthe) zegt dan altijd: “Het is complex, we gaan gewoon door en we komen hier wel uit met elkaar.”

6.4 DE DOORBRAAK MET BETREKKING TOT HET GEZAMENLIJKE DOSSIER

Ook het proces om te komen tot een gezamenlijke dossiervoering is taai en complex. In de vorige praktijkevaluatie stond uitvoerig beschreven wat de uitkomsten van de ingelaste doorbraaksessies waren om tot een gezamenlijke dossiervoering en rapportage te komen. Dit heeft haar vruchten afgeworpen. De juristen van de drie organisaties hebben een addendum opgesteld waardoor voor alle Optimaal Leven medewerkers in de teams het werken vanuit het EPD-systeem van GGZ Drenthe mogelijk is gemaakt. Er is een werkgroep opgestart met behandelaren van de drie teams en kwaliteitsmedewerkers uit de drie organisaties. Samen ontwikkelen ze een handboek waarin verplichte procedures, protocollen en werkafspraken zijn opgenomen. Deze zullen worden aangevuld met Optimaal Leven informatie dat relevant is voor de teams. Dit zal een ‘handboek in continue ontwikkeling’ worden, want dat sluit aan bij Optimaal Leven.

Naast de juristen, zijn de geneesheer-directeuren van VNN en GGZ Drenthe betrokken bij de afstemming omtrent de professionele statuten. De vraag ligt eind maart voor of hier een addendum voor opgemaakt dient te worden of dat er volstaan wordt met een aanvullende notitie waarin de verschillen opgemerkt zijn.

Er is tevens akkoord op het gebruik maken van het herstelplan als dé plek waar de praktijkuitvoering rapporteert. Hier wordt vanuit de afgesproken behandel- en begeleidingsovereenkomsten aan gerefereerd. Het herstelplan is reeds gekoppeld aan het EPD middels een sjabloon. Er wordt nog gewerkt aan een overeenkomst met welzijn zodat ook zij de mogelijkheid hebben binnen het EPD-systeem te kunnen werken. Financiële registratie blijft via de afzonderlijke moederorganisaties lopen. Er worden nog juridische afspraken ontwikkeld met betrekking tot aansluiten van welzijn.

Helaas heeft de realisatie van de oplossing vertraging opgelopen door Corona. Hierdoor is de ICT-afdeling van GGZ Drenthe vanaf maart bijna 24/7 bezig geweest met de invoering van Karify zodat beeldbellen met cliënten mogelijk is. Het technisch inregelen van de gemaakte afspraken loopt daardoor vertraging op.

6.5 SAMENWERKING MET HET ACHTERLAND

Vanuit alle moederorganisaties is merkbaar dat er wordt gekeken met een blik vanuit de eigen organisatie. De schotten in de samenwerking zijn aanwezig, terwijl Optimaal Leven van de drie moederorganisaties is. Dit levert binnen de teams weleens verbazing op. Veel collega's binnen de moederorganisaties weten eigenlijk niet wat men doet binnen Optimaal Leven, maar hebben er wel een mening over. Kennisdeling over Optimaal Leven binnen de moederorganisaties kan veel beter, wat de beeldvorming ten goede kan komen. Tegelijkertijd realiseren de teams zich ook dat het grote organisaties zijn waarin alle afdelingen elkaar beter mogen vinden. Aan dit proces wordt gewerkt. Optimaal Leven kun je binnen alle drie de organisaties als zo'n 'afdeling' beschouwen maar wordt nog onvoldoende zo gezien. Optimaal Leven heeft met een verantwoordelijkheid richting meerdere organisaties van doen om hier verandering in te brengen.

Ook hier betreft het centrale knelpunt wederom een breder knelpunt dat ook buiten de grenzen van Optimaal Leven bestaat: het besef van de mogelijkheden van de ander is er niet altijd. Projectleider: "Het vergt veel uitleggen vanuit Optimaal Leven met als doel: beleef wat wij binnen het team aan mogelijkheden zien, geef ons de ruimte en laten we samenwerken waar nodig en mogelijk." Kennisuitwisseling en samenwerking tussen de Optimaal Leven teams en andere medewerkers binnen de organisaties kan beter. Dit draagt bij aan wederzijdse positieve beeldvorming, het delen van inzichten en mooie oplossingen en helpt de beweging van ambulantisering verder.

Het proces om tot dit inzicht te komen heeft ook een tijd geduurd. Vanuit Optimaal Leven is het eerste jaar veel aandacht geweest voor de interne teamontwikkeling, dat resulteerde in een interne gerichtheid. Men wilde zich hierbij ondersteund voelen door de moederorganisaties, zoals vooraf was afgesproken. Dit betekende twee zaken: faciliteren en ruimte geven. Globaal gezien had men over het algemeen vooral 'last' van de moederorganisaties aangezien men zich niet altijd gefaciliteerd heeft gevoeld. Ook heeft men niet altijd voldoende ruimte ervaren om deze ontwikkeling door te maken. Dit heeft zo nu en dan geresulteerd in een defensieve, soms recalcitrante houding vanuit het Optimaal Leven programma. Laat staan dat men ruimte voelde om deze ontwikkeling in gezamenlijkheid met het achterland van moederorganisaties te verkennen. Dat zou de ontwikkeling van de identiteit van de teams, de gezamenlijkheid binnen de teams en het vormgeven van de inhoudelijke werkwijze hebben kunnen verstoren. De Optimaal Leven teams stonden immers nog niet en dat was in het eerste jaar het belangrijkste.

In het afgelopen half jaar brokkelt deze defensieve houding steeds meer af en komt er meer ruimte voor interactie en samenwerken vanuit Optimaal Leven. Er staat nu ook een basis op grond waarvan je met elkaar het gesprek aan kunt gaan en een zoektocht kan ondernemen. Hilda van der Hek ziet deze uitwisseling ook voor zich: “Het gaat niet alleen om wat de FACT-teams van Optimaal Leven kunnen leren, maar ook andersom.”

De blik meer naar buiten en naar interactie en uitwisseling geeft ruimte om vanuit Optimaal Leven al het goede dat de moederorganisaties te bieden hebben te gaan verkennen ten gunste van de cliënt. Deze positieve ontwikkeling van samenwerken in de praktijk staat in hoofdstuk 4 beschreven. Ook dit onderwerp is het afgelopen half jaar aan verschillende tafels besproken. In januari vond een projectteam overleg plaats waar met elkaar is afgesproken om de deuren meer te openen. “We kunnen dit aan en zijn nu stevig genoeg. Laten we kijken wat het iedereen brengt wanneer wij ons anders gaan opstellen. En hier nemen we de teams in mee.”

Met Cosis is afgesproken om stakeholderbijeenkomsten te gaan vormgeven waarbij de verbinding steviger gelegd zal worden tussen de moederorganisatie en de Optimaal Leven teams. Het doel is om van elkaar te leren, elkaar gerichter te kunnen bereiken om doorstroom en samenwerking te verbeteren en draagvlak voor Optimaal Leven te vergroten.

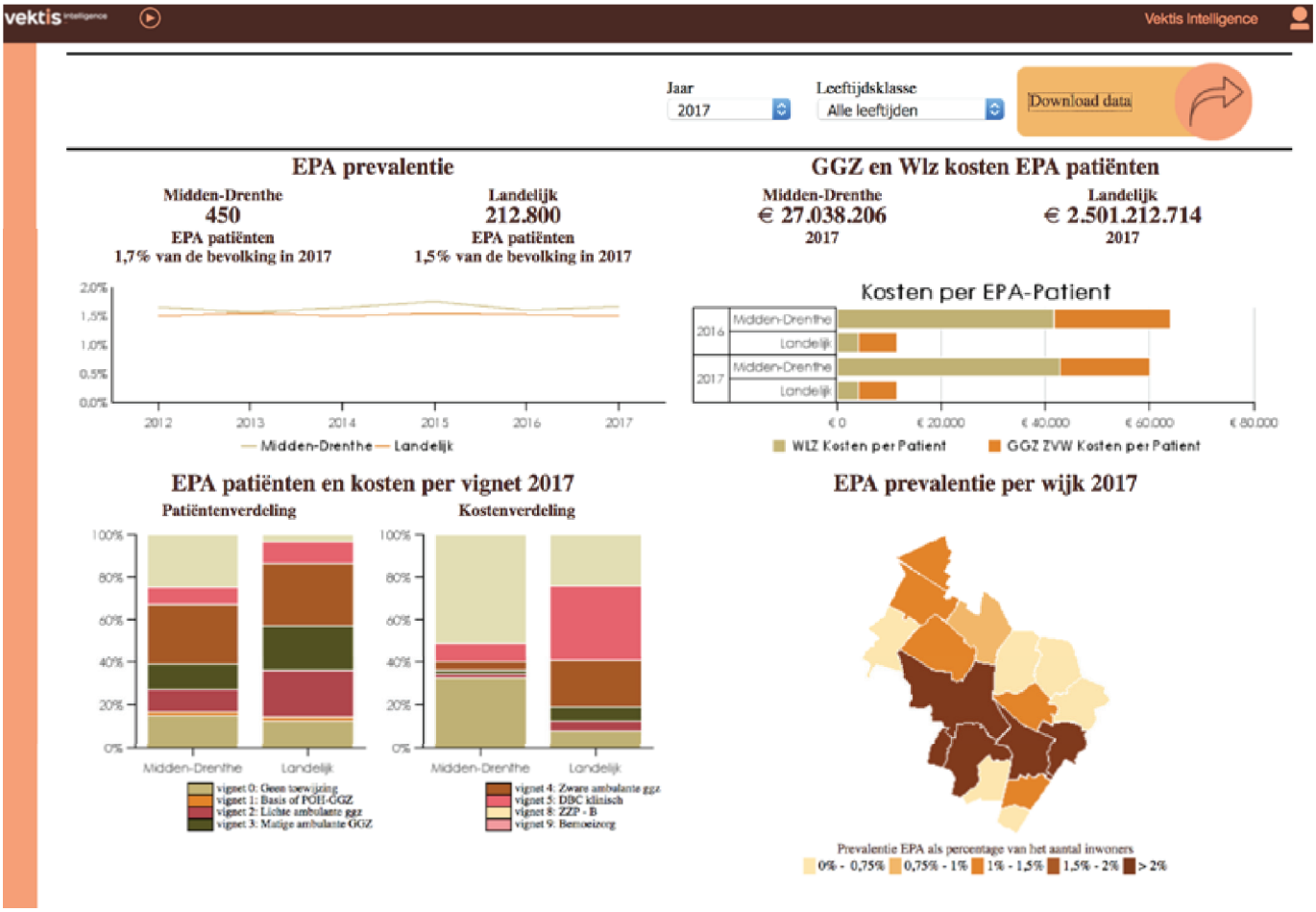
Binnen VNN zijn het afgelopen half jaar een paar interne bijeenkomsten geweest m.b.t. Optimaal Leven. Projectleider Theo Toering komt van origine uit VNN en was ook voor deze bijeenkomsten uitgenodigd. Hij leerde binnen die bijeenkomsten dat er aan de beeldvorming gewerkt kan worden. Dit staat op de agenda van het kernteamlid en de programmamanager en wordt tevens binnen het projectteam besproken.

6.6 OPSTARTEN MIDDEN - DRENTHE

Het grote voordeel voor Midden-Drenthe is dat in de voorbereiding kan worden voortgebouwd op alle opgedane kennis en ervaring. Sommige hobbels zijn al genomen wat spanning in het toekomstige team kan schelen. Andere processen zullen ook binnen Midden – Drenthe ontstaan, omdat dit nu eenmaal bij een transformatie hoort.

Het opstarten binnen deze gemeente heeft lange tijd geduurd. Na de zomer van 2019 is een projectleider, mevr. L. Poppinga, vanuit de gemeente aangesteld. Een jonge vrouw met ervaring in zowel het zorgdomein als het gemeentelijke domein. Zij is in september 2019 begonnen en heeft met veel enthousiasme dit halve jaar gewerkt aan a) een plan van aanpak voor de voorbereidingen om tot b) een definitief voorstel te komen en aan c) de voorbereidingen daartoe.

Dankzij de gemeentezorgspiegel, is inzage in de aantallen mensen met een EPA in Midden-Drenthe voorhanden. De wethouder heeft hier het afgelopen half jaar veelvuldig gebruik van gemaakt om zichzelf van kennis te voorzien. In de gemeente Midden-Drenthe blijkt een behoorlijke EPA-populatie te zijn, waar de samenleving wel een bepaald beeld van heeft. Daarom heeft de gemeente een speerpunt gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg. Als wethouder wil de heer Bouwman graag de vaart houden in de voorbereidingen.

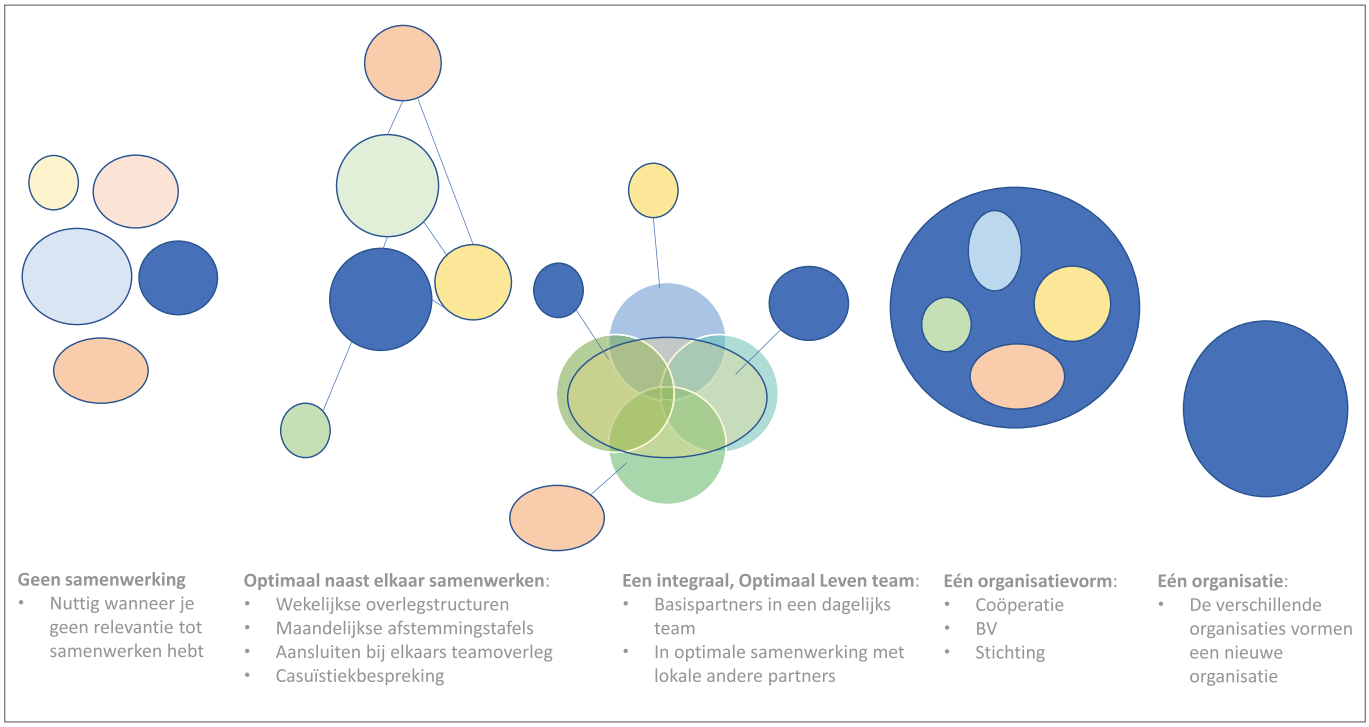


Eén van de belangrijkste aandachtspunten vanuit het perspectief van de zorginstellingen is het aantal cliënten in relatie tot de samenstelling van een team. Men vraagt zich af of een team haalbaar is binnen deze gemeente, of er wel voldoende cliënten zijn. Tegelijkertijd leeft ook nog een andere vraag, namelijk: wanneer er voldoende cliënten zijn – en de data uit de gemeentezorgspiegel neigen daarnaar – hoe kunnen we een team vormen zonder dat we andere regio's te kort gaan doen? Hier ligt weer een andere vraag achter, namelijk de vraag op welke wijze je de dekking van heel Drenthe met ambulante zorg kan blijven waarborgen wanneer de teams zich meer lokaal gaan oriënteren? Is dit überhaupt wel haalbaar voor Drenthe, met de spreiding van de bevolking? In paragraaf 5.2 gaan we dieper in op de ontwikkelingen van Optimaal Leven op de langere termijn. Bovenstaande vragen maken hier een belangrijk onderdeel van uit. Dankzij Midden-Drenthe is dit het afgelopen half jaar al onderwerp van gesprek geweest op strategisch en bestuurlijk niveau.

In de stuurgroep vergadering van februari 2020 heeft wethouder D. Bouwman het plan van aanpak toegelicht: "Het is nog in de voorbereidende fase en gebaseerd op de andere Optimaal Leven plannen. De businesscase komt aan de orde in het voorbereidende onderzoek. Het is belangrijk om uit te zoeken wat wel kan en in samenwerking met de partijen op zoek te gaan naar een passende constructie." Hij benadrukt dat het opzetten van een Optimaal Leven team geen doel op zich is, maar het inzetten van de Optimaal Leven gedachte wel. De projectleider gaat met enthousiasme aan de slag met de volgende stappen in het proces, de kennismaking met locatiemanagement van GGZ Drenthe, VNN, Cosis, welzijnswerk Midden-Drenthe en Icare. Ook schuift ze maandelijks aan bij het projectteam overleg en stemmen programmamanager en projectleider (zeer) regelmatig af. Helaas blijkt medio maart dat de projectleider ernstig ziek is. Haar activiteiten voor Optimaal Leven komen dan stil te liggen.

7. ONTWIKKELINGEN OP STRATEGISCH NIVEAU

Deze praktijkevaluatie laat zien dat de groei en ontwikkeling binnen de teams steeds meer vorm krijgen. Ook hebben we een aantal voorbeelden gelezen in voorgaand hoofdstuk waaruit het belang blijkt van de afstemming in de lijnen en tussen de lijnen om verder te komen en oplossingen te vinden voor knelpunten die we binnen en dankzij Optimaal Leven inzichtelijk krijgen. Optimaal Leven is een programma dat aansluit op alle niveaus van het leveren van zorg en de bedrijfsvoering binnen de betrokken organisaties. Onderstaande illustratie maakt in een oogopslag duidelijk waarom dat zo is.



Aangezien men zich in de stuurgroep heeft gecommitteerd aan het ene registratiesysteem en het kernteam samen met juristen en de afdeling ICT is blijven zoeken naar duurzame oplossingen, hebben we een variant gevonden waardoor het echt mogelijk is om over de organisatiegrenzen heen met elkaar vanuit één systeem te gaan werken. Dit is een mooi voorbeeld van de wijze waarop knelpunten zich binnen Optimaal Leven openbaren en wat er gebeurt wanneer alle betrokkenen zich scharen achter het (blijvend) zoeken naar een best fit oplossing. De verwachting is uitgesproken dat dit proces van adresseren van knelpunten voorspoediger kan verlopen wanneer de strategische ontwikkelingen van de moederorganisaties en die van Optimaal Leven beter op elkaar afgestemd worden. In de eerste praktijkevaluatie was deze conclusie reeds getrokken. Tegelijkertijd laat de huidige evaluatie zien dat Optimaal Leven hier in het eerste jaar eigenlijk nog niet helemaal aan toe was. De teams hadden vooral tijd nodig zichzelf uit te vinden en van binnenuit te ontwikkelen op basis van de visie en de eigen praktijkervaring. Verzoeken vanuit moederorganisaties om met vraagstukken mee te denken werden als belemmerend en storend ervaren door zowel medewerkers als projectteam. Nu de basis staat, zijn de teams er ook aan toe om meer de samenwerking op te zoeken. Dit is niet alleen nodig op operationeel niveau, maar ook op tactisch en strategisch niveau. Op dat laatste niveau gaan we hier verder in.

7.1 SAMENWERKEN & VERBINDEN

Om op deze wijze met elkaar samen te werken zijn stabiliteit en continuïteit belangrijke factoren in de proeftuinperiode. Het heeft namelijk tijd nodig om te begrijpen wat Optimaal Leven inhoudt en om de ontwikkeling te kunnen waarnemen. Ook de personele instabiliteit heeft in dit 3e half jaar doorgezet. De aantal wijzigingen waren wel minder dan in het half jaar ervoor.

Binnen GGZ Drenthe is vanaf maart een nieuwe circuitmanager ambulante zorg, Pieter Hakvoort, gestart. Hij is vanaf medio maart in het kernteam toegetreden naast de zorginhoudelijke manager/kernteam lid die vanaf het begin bij dit programma betrokken is, Johan Arends. Verder is de locatieteammanager/ het supportgroep lid van GGZ Drenthe voor Assen vertrokken. Hij is niet opgevolgd door iemand anders. De nieuwe circuitmanager is de hiërarchisch verantwoordelijke voor de medewerkers van GGZ Drenthe in het Optimaal Leven team van Assen. Vanwege operationele vragen is de afstemming tussen programmamanager, circuitmanager en projectleider snel op gang gekomen. Daardoor kan de circuitmanager goed meedenken met de projectleider wanneer het hiërarchische zaken betreft waar de lijn eindverantwoordelijke in is. Wel mist de projectleider een aanspreekpunt vanuit GGZ Drenthe op lokaal niveau. Iemand die ook in de supportgroep toetreedt en meedenkt bij de lokale vraagstukken.

Vanuit Cosis hebben we het afgelopen half jaar een interimmanager ambulante zorg gehad tijdens de interne overgang van een aansturingsmodel met breed management naar een aansturingsmodel met minder management en een vierkoppige directie. De interimmanager heeft een actieve rol gespeeld binnen het kernteam en heeft zich sterk gemaakt voor de realisatie van het werken in één systeem.
In februari is de nieuwe directeur ambulante zorg, Michel Hovinga, begonnen. Deze directeur is een bekende van meerdere betrokkenen bij Optimaal Leven. Dat maakt het aansluiten op het proces makkelijker. Zo is in februari bijvoorbeeld besloten dat er ook binnen Cosis stakeholderbijeenkomsten opgezet zullen worden (zie paragraaf 4.5). Ook heeft hij aangegeven rond de zomer zijn beeld van de ambulante zorg binnen Cosis en de koers voor de komende periode naast de koers van Optimaal Leven te willen leggen om te zien op welke wijze die zo goed mogelijk bij elkaar kunnen komen. Dit is een goed voorbeeld van het verbinden van de strategische ontwikkelingen van de betrokken partijen om ervoor te zorgen dat beide ontwikkelingen zo goed mogelijk bij elkaar komen.

Het komend half jaar zal deze route in samenwerking met alle drie moederorganisaties meer vorm dienen te krijgen om zo de structurele borging van Optimaal Leven binnen de organisaties en in het veld te kunnen realiseren. Dit onderwerp is sinds februari onderwerp van gesprek op bestuurlijk/directie- en kernteamniveau.

Beleidsontwikkeling met betrekking tot Corona binnen Optimaal Leven

En toen was de kogel door de kerk. Op 16 maart 2020 heeft Rutte ons land 'op slot gezet'. Er werden tal van regels uitgesproken over wat wij wel en niet mogen en hoe we ons dienen te gedragen. Al enkele weken voordat Rutte zijn uitspraken heeft gedaan, zijn de verontrustende ontwikkelingen onderwerp van gesprek binnen de teams, in het projectteam en binnen het kernteam. VNN heeft al maatregelen getroffen voordat Rutte zijn uitspraken heeft gedaan. GGZ Drenthe en Cosis volgen snel. Op vrijdag 17 maart komt het projectteam, voor de laatste keer live, bij elkaar. Het belangrijkste thema op de agenda is de vraag hoe wij ons aan de afspraken gaan houden terwijl we met drie (of vier) organisaties te maken hebben die allemaal hun eigen crisisbeleid ontwikkelen. Hoe brengen we de verschillende crisisstrategieën bijeen tot een werkende strategie binnen Optimaal Leven? In de basis spreken we het volgende met het kernteam af: we ontwikkelen een passende strategie binnen Optimaal Leven op basis van de verkregen informatie uit de verschillende organisaties. Wanneer het maar enigszins erop lijkt dat Corona ons 'inhaalt' dan volgen we de lijn van GGZ Drenthe omdat dit de grootste partij is. Gelukkig is het nieuwe kernteamlid tevens de voorzitter van de crisisafdeling voor Corona binnen GGZ Drenthe. De lijnen zijn kort. VNN anticipeert vanaf het begin strak op de maatregelen en Covid-19 Corona en heeft de regels al scherp ingevoerd voordat landelijke uitspraken zijn gedaan. In het beleid van Cosis komt de klantgerichte houding sterk naar voren en wordt gezocht naar wijzen waarop intramuraal en ambulant de zorg zo goed mogelijk door kan gaan. Het beleid van GGZ Drenthe bevindt zich tussen de twee aanpakken van VNN en Cosis in. Voor de klinieken worden strenge maatregelen getroffen. De ambulante zorg krijgt ook regels, maar de verantwoordelijkheid zich aan de landelijke regels te houden, ligt vooral bij de cliënten zelf. In deze beweegruimte ontwikkelt Optimaal Leven haar crisisstrategie en beleid. Wanneer er iets nodig blijkt te zijn dan vragen we dit bij de relevante organisatie na. Er valt dan te denken aan het beschikbaar komen van beschermingsmaterialen of een veilige ruimte waar gebruik van gemaakt kan worden.

Het projectteam maakt de volgende afspraken:

- Op iedere locatie zijn twee, maximaal drie, medewerkers op gepaste afstand van elkaar aanwezig.
- De andere collega's werken vanuit huis.
- Er wordt zoveel mogelijk digitaal afgestemd, via (beeld)bellen en groep chats.
- Een cliënt mag gezien worden wanneer hij/zij dreigt te decompenseren.
- Dit kan in een grote ruimte op afstand van elkaar.
- Ieder team belt zelf haar cliënten uiterlijk op 19 maart om contact te hebben en aan te geven hoe het contact zal zijn de komende periode.
- Binnen Optimaal Leven starten we een app groep waar ook de regie behandelaren in opgenomen zijn.
- Ieder team beschikt over een of twee sets beschermingsmaterialen. (Het duurde lang voor dit geregeld was.)
- Wanneer nodig dan kan men gebruik maken van de veilige ruimte binnen een van de locaties van GGZ Drenthe.
- Wanneer iemand zich niet lekker voelt dan blijft hij/zij thuis. Ook wanneer contact met anderen (buiten het werk om) noodzakelijk is, zoals bij verzorging van familie, dan werkt men alleen maar vanuit huis.

- Bij koorts wordt dit gemeld en dan kijken we of er andere tekenen zijn en zo nodig vragen we om een test. (Dit bleek moeilijk geregeld te kunnen worden in de situaties die we hebben meegemaakt.)
- Wanneer iemand ziek (b)lijkt dan wordt dit aan kernteamlid van betreffende organisatie gemeld.

In Emmen wilde men bij aanvang het liefste gewoon nog met z'n allen bij elkaar komen. De projectleider is consequent en duidelijk in de lijn; dat doen we voorlopig niet meer. Men moet wennen aan de digitale MDO's. Het beeldbellen gaat als volgt: Er is besloten dat de ervaringsdeskundige projectmedewerker, die ook veel ICT-ervaring heeft, hen gaat helpen de digitalisering verder in te voeren. Zodat ook het beeldbellen met cliënten beter van de grond kan komen. In bijgaand artikel kunt u precies lezen hoe Optimaal Leven zich organiseert in deze tijden van Corona. Het artikel is eind maart ontwikkeld en in april uitgegeven.

https://www.movisie.nl/artikel/optimaal-leven-coronatijd

7.2 OPTIMAAL LEVEN NA DE PROEFTUINPERIODE

In december 2019 zijn de voorbereidingen opgestart omtrent de 'toekomst' van Optimaal Leven. De kernvraag is of men door wil met de teams na de proeftuinperiode. Wanneer een stuurgroep lid dit wil, dan is de vraag welke informatie nog nodig is om hier een gedegen besluit over te nemen. Bijgaande notitie uit de stuurgroep vergadering van februari 2020 geeft een overzicht van de vraagstukken waar men graag antwoord op zou willen hebben. Met andere woorden: de stuurgroep leden willen door.

Verschillende gemeenten hebben aangegeven dat het voor hen evident is dat Optimaal Leven doorgaat. Sterker nog, Emmen en Assen willen dat de teams een structureel karakter krijgen in het aanbod en hun hele gemeenten over Optimaal Leven teams gaan beschikken in de (nabije) toekomst.

Ook de zorgpartijen geven aan de vraag 'hoe wij verder gaan' te willen verkennen. Johan Arends merkt op dat transitie tijd en geld kost om de beweging mogelijk te maken.

Vanuit de zorgverzekeraar Zilveren Kruis geeft men tijdens de stuurgroep vergadering aan dat transformatie tijd kost. De uitkomsten zijn nog niet echt helder met betrekking tot wat Optimaal Leven oplevert voor de burgers; we moeten meer ín het systeem werken en niet áán het systeem en er is tijd nodig om het herstelplan te laten dalen. De gemeente benadrukt de verwachting te hebben dat de maatschappelijke kosten middels de Optimaal Leven samenwerking (op den duur) zullen afnemen.

De stuurgroep leden staan achter continuering van de proeftuin om beter inzicht te krijgen in de meerwaarde voor de cliënt, de kosten van de zorg en om te onderzoeken op welke wijze Optimaal Leven structureel vorm kan krijgen. De verdere verkenning van deze richting heeft in maart vanwege Corona vertraging opgelopen.

Notitie 6.0

Vraagstukken te beantwoorden om tot goede besluitvorming te komen over voortzetting Optimaal Leven

Onderstaande vraagstukken en aandachtspunten zijn aan de hand van de vraag teruggegeven:

Cliëntniveau

1. Leveren we nu echt kwalitatief betere zorg? En zo ja, wat is dat dan? En waar komt dat door?
2. Wat is tot nu toe de (meetbare) meerwaarde van OL voor de cliënt?
3. Aantal cliënten waarbij tegelijkertijd wordt gewerkt aan medisch en maatschappelijk herstel.
4. Wijze waarop wordt gewerkt aan maatschappelijk herstel plus aantallen.
5. Succes van maatschappelijk herstel: behaalde doelen + tevredenheid van de cliënten.
6. Wat zijn nu de concrete resultaten qua uitstroom? Wat levert OL de inwoner op?
7. Voldoende behandelcapaciteit – is dit er voldoende om OL uit te rollen naar andere gebieden?
8. Afspraken over het melden van calamiteiten – dit n.a.v. de calamiteit in september – de route moet helder zijn.

Teamniveau

9. Facilitaire zaken moeten geregeld zijn – denk aan het werken vanuit een uniform systeem, maar ook geschikte locaties en ICT-voorzieningen.
10. Opbouwen van een eigen identiteit van OL – uit de 2e evaluatie blijkt dat er nog onvoldoende een gevoel van saamhorigheid is.

Bedrijfsvoering

11. Welke efficiency slag is er gemaakt m.b.t. de organisatie omtrent de EPA-doelgroep?
12. Verschuiving van Wlz en Zvw naar Wmo.
13. Verschuiving van Wmo naar welzijn.
14. Heldere afspraken over financiering – op welke wijze gaan we dit wegzetten en borgen?

Vervolgafspraken bij voortzetting en/of uitbreiding Optimaal Leven

15. Welke rol wordt verwacht van de gemeenten bij continuering van OL?
16. De wijze waarop we OL gaan borgen binnen de al bestaande structuur van het sociaal domein (hoofdaanbieders – toegang).
17. Hoe wordt voorkomen dat we een ‘monopoliepositie’ gaan creëren voor aanbieders?
18. Hoe kunnen we bij uitbreiding naar heel Drenthe een gezonde financiering realiseren?
19. Wat voor projectorganisatie is nodig om de uitbreiding te realiseren?
20. Kunnen we hier een plan voor drie jaar voor maken?

Ze hadden een jaar geleden niet durven dromen op deze manier weer contact met hun zoon te kunnen hebben

8 FINANCIËN

In Midden-Drenthe en Emmen is de gemeentezorgspiegel actief en de eerste data zijn te zien. Het betreft data tot 2017. Tot dan zijn de Vektis gegevens zichtbaar. Het gaat dus om een periode voordat de proeftuin is gestart. De gemeentezorgspiegel kan ons pas iets leren over de ontwikkelingen binnen Optimaal Leven wanneer de daaropvolgende jaren (2018, 2019, 2020) beschikbaar zijn. Dit zal nog wel even duren. Het zal moeilijk zijn om de kosteneffectiviteit (zie de wens in paragraaf 7.2) middels de gemeentezorgspiegel in kaart te kunnen brengen.

Er is in februari besloten om tot een budgetwijziging van de subsidies over te gaan, zodat onderzoek naar de kosteneffectiviteit en maatschappelijke opbrengsten mogelijk is. Voor een onderzoek naar de kosteneffectiviteit is programmamanagement een gesprek met het Trimbos instituut aangegaan in maart. Zij zijn bereid hier onderzoek naar te doen. Wel hebben ze aangegeven dat ze zich afvragen of het al mogelijk is om bruikbare informatie beschikbaar te krijgen op basis van de korte periode dat dit programma loopt.

8.1 INTEGRALE VERANTWOORDINGEN

Wanneer we naar de integrale verantwoordingen kijken en de knelpunten lezen (paragraaf 6.2) die de controllers aangeven, dan kan het zo zijn dat het moeilijk is om valide informatie uit de systemen te halen. Informatie die aansluit op de (ervaren) praktijk. Iedere maand leren we iets uit het control overleg waarmee we óf aan het registratieproces kunnen werken (medewerkers), óf iets in een van de systemen moeten onderzoeken (waar komen uren terecht?), óf een wijziging in de (realisatie van) integrale verantwoordingen dienen door te voeren (aantallen wijken af van de praktijk?).

Toch zullen we hier inzage geven in de integrale verantwoordingen van de periode september 2019 tot en met maart 2020, omdat dit een deel van de managementinformatie is die we in de proeftuinperiode verzamelen. In verband met late maandafsluiting bij een van de instellingen lopen we met de verantwoordingen altijd 6 weken achter op de praktijk. In de vorige evaluatie hebben we september niet meegenomen, daarom hier wel.

Sep-19	De Wolden/ Hoogeveen	Assen	Emmen	Totaal
Aantal cliënten	194	148	79	421
Aantal FTE	17,4	9,4	9,1	35,9
Opbrengsten	109.712	65.470	44.587	219.769
Uitgaven	121.747	61.884	68.731	128.594
Resultaat, exclusief subsidie	-11.762	3.586	-24.145	-32.321
Resultaat, inclusief subsidie	-4.824	8.965	-15.645	-11.504

Okt-19	De Wolden/ Hoogeveen	Assen	Emmen	Totaal
Aantal cliënten	194	157	87	438
Aantal FTE	16,7	9,4	8,4	34,5
Opbrengsten	135.682	67.509	42.344	245.535
Uitgaven	174.670	71.527	69.400	315.597
Resultaat, exclusief subsidie	-38.987	-4.018	-27.056	-70.061
Resultaat, inclusief subsidie	-29.238	1.490	-18.556	-46.304

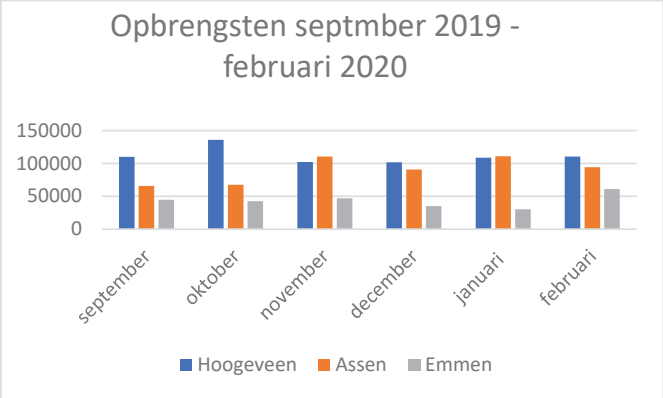
Nov-19	De Wolden/ Hoogeveen	Assen	Emmen	Totaal
Aantal cliënten	201	170	86	457
Aantal FTE	16,5	10,6	8,4	35,5
Opbrengsten	102.072	110.505	46.875	259.452
Uitgaven	138.162	81.024	64.786	283.972
Resultaat, exclusief subsidie	-36.090	29.481	-17.911	-24.520
Resultaat, inclusief subsidie	-27.746	34.989	-9.411	-2.168

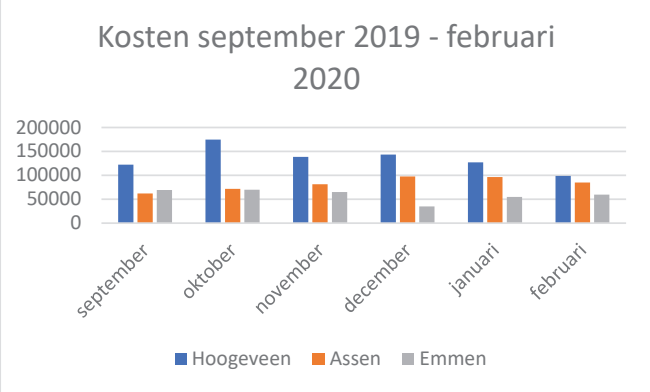
Dec-19	De Wolden/ Hoogeveen	Assen	Emmen	Totaal
Aantal cliënten	207	186	90	483
Aantal FTE	15,9	12,2	8,6	36,7
Opbrengsten	101.586	90.583	34.879	227.048
Uitgaven	143.000	97.335	33.823	274.158
Resultaat, exclusief subsidie	-41.414	-6.752	1.056	-47.110
Resultaat, inclusief subsidie	-11.411	-2.314	13.896	171

Jan-20	De Wolden/ Hoogeveen	Assen	Emmen	Totaal
Aantal cliënten	194	179	89	462
Aantal FTE	16	12,7	7,9	36,6
Opbrengsten	108.725	110.755	30.106	249.586
Uitgaven	126.986	96.353	54.708	278.047
Resultaat, exclusief subsidie	-18.260	14.402	-24.603	-28.461
Resultaat, inclusief subsidie	-10.854	18.760	-18.243	-10.337

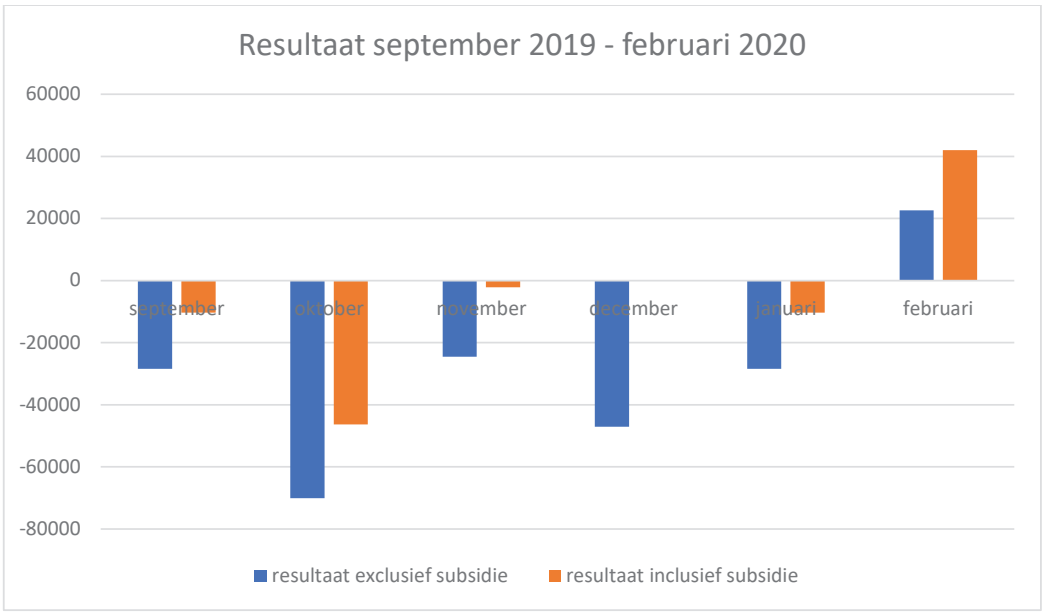
Feb-20	De Wolden/ Hoogeveen	Assen	Emmen	Totaal
Aantal cliënten	198	179	93	470
Aantal FTE	15,2	13	7,9	36,1
Opbrengsten	110.403	94.171	60.649	265.223
Uitgaven	98.211	84.883	59.528	242.622
Resultaat, exclusief subsidie	12.193	9.288	1.121	22.602
Resultaat, inclusief subsidie	20.244	13.646	8.081	41.971

Ondanks het afsluiten van zorgtrajecten is er een lichte groei van aantal cliënten zichtbaar. Het aantal medewerkers blijft nagenoeg gelijk. Dit is inclusief de projectleider en secretariële ondersteuning. Zij zijn ook in de onderstaande grafieken meegenomen.





In de opbrengsten is terug te zien dat het team in Assen in november twee wijken erbij heeft gekregen. De opbrengsten zijn nagenoeg gelijk aan die van De Wolden/Hoogeveen. Wanneer we hier de kosten naast zetten, dan zien we dat de kosten in Assen veel lager liggen dan de kosten in De Wolden/ Hoogeveen. Dit heeft met twee voorname zaken te maken: personeel en huisvesting. Te zien is dat Emmen lage opbrengsten heeft ten opzichte van relatief hoge kosten.



Wanneer we naar het resultaat kijken, dan vallen twee dingen op: de maand februari en het verschil tussen exclusief en inclusief subsidie.

FEBRUARI TEN OPZICHTE VAN VOORGAANDE MAANDEN

In de evaluatie is beschreven dat de medewerkers beter dienen te registreren (uren schrijven). Hier hebben de projectleiders sinds een aantal maanden veel aandacht voor in de teams. Ook is genoemd dat de projectleiders zijn toegetreden tot het controllers overleg. Daar hebben we deze opvallende ontwikkeling aan de orde gehad. De projectleiders duiden deze ontwikkeling ook als een uitwerking van het herhalen van het belang van goed schrijven binnen de teams. Zoals bij andere aandachtsgebieden binnen Optimaal Leven hebben ook hier medewerkers een aantal maanden nodig voordat een activiteit 'inslijt'. De concept verantwoording van de maand maart laat dezelfde ontwikkeling zien. De projectleiders zijn benieuwd of deze trend zich (eindelijk) doorzet. Echter, de komst van Corona zal ook in deze cijfers wel weer terug te zien zijn.

VERSCHIL EXCLUSIEF EN INCLUSIEF SUBSIDIE

De kosten van de projectleiders zijn opgenomen in deze overzichten. Zij worden gesubsidieerd. De subsidie voor de medewerkers is hier niet in opgenomen, aangezien dit pas in april verwerkt wordt. Wanneer we die subsidie hieraan toevoegen dan zal het beeld 'inclusief' subsidie in de meeste maanden positief uitvallen. Bovenstaand overzicht geeft echter een realistischer beeld van het resultaat in de teams.

We kunnen opmaken dat de teams voldoende volume (qua FTE en caseload) moeten hebben om een gezonde business case te draaien.

De uitkomsten van Assen zijn ook in voorgaande praktijkevaluaties (het meest) positief. Wanneer we de business case uit paragraaf 4.9 hiernaast leggen, dan valt op dat in Assen relatief weinig behandelaren zijn en relatief voldoende casemanagers. De opbrengsten vallen hoog uit vergeleken met de gemaakte kosten. Echter, op teamformatie wijkt dit team het meeste af van de voorgenomen business case.

We kunnen voorzichtig concluderen dat transformatiebudget noodzakelijk is om deze beweging over een langere periode stevig van de grond te kunnen krijgen en de ontwikkelingen binnen de proeftuin, zowel inhoudelijk als financieel, te kunnen volgen.

De uitkomsten van Assen zijn ook in voorgaande praktijkevaluaties (het meest) positief

9. ACTIESESSIES & ONDERZOEK

9.1 ACTIESESSIES

9.1.1 WIJZIGINGEN BEGELEIDING ACTIESESSIES

De begeleiding van de actiesessies is tot januari 2020 gedaan door het duo lector ambulante zorg Charlotte Wunderink en programmamanager OL Willemijn Kemp. Vanaf januari heeft Charlotte Wunderink een andere baan waardoor haar bijdrage als actiesessie begeleider komt te vervallen.

De actiesessie met de behandelcoördinatoren en projectleiders hebben daardoor een andere vorm gekregen. In februari 2020 is gestart met maandelijkse actiesessies met de regie behandelaren van de drie teams. Johan Arends, psychiater en manager behandelzaken GGZ Drenthe en Willemijn Kemp begeleiden deze bijeenkomsten. Belangrijk onderdeel van deze actiesessies is het opstellen en verder brengen van een ontwikkelagenda, het opzetten van het Optimaal Leven Handboek. Zie hoofdstuk 5 voor meer informatie.

Voor de actiesessies met de afzonderlijke teams is een carrousel opgezet voor het te vormen duo. Dit betekent dat de actieleersessies in 2020 op inhoud worden voorbereid en dat afhankelijk van het thema een inhoudelijke expert uit de partnerorganisaties (of daarbuiten) wordt gevraagd om dit thema samen met de programmamanager OL te geven. Zo bieden we de partners de ruimte om bij te dragen en op een andere wijze met de teams kennis te maken. En we voeden de teams met gespecialiseerde expertise op de vooraf inhoudelijk (kan ook op het gebied van werkprocessen zijn) vastgestelde thema's. De thema's worden door het projectteam voorbereid. In de praktijk heeft dit geresulteerd in actieleersessies per team waar de programmamanager samen met de onderzoeker Wout Diekman de sessies heeft begeleid. De vraag die de onderzoeker op dit moment gesteld wilde vanuit zijn onderzoek, sloot aan bij het moment waarop de teams zijn in hun proces. De kernvraag luidt: wat zou Optimaal Leven in een ideale situatie betekenen voor de cliënt?

Hieruit volgt de vraag wat de teams kunnen doen om deze ideale situatie te realiseren: Wat loopt goed in je team? Wat kan beter? Wat is ervoor nodig om verbetering aan te brengen? Wie is hier verantwoordelijk voor? Wat kan jij doen? Als hulpverlener en als team?

9.1.2 WAT HEBBEN WE GELEERD IN DE ACTIESESSIES?

Veel van de leereffecten hebben we door deze praktijkevaluatie heen kunnen lezen. Hier gaan we in op de sessies met Wout Diekman omdat die informatie als een goede thermometer voor dit moment gezien kan worden. Hieronder beschrijft de onderzoeker zijn bevindingen.

ACTIESESSIES FEBRUARI EN MAART

Aan de hulpverleners is gevraagd de doelen op te schrijven die zij hebben met de Optimaal Leven proeftuin om zo bij de kern van hun motivatie te komen. De vijf niveaus (cliënt, omgeving/naaste, medewerker, proces en organisatie) die ook in het onderzoek worden gehanteerd zijn daarbij als leidraad gegeven. Door de individuele doelen vervolgens met het team te bespreken, te verduidelijken en thematiseren, is een beeld ontstaan van hoe het team de proeftuin evalueert: wat loopt goed en wat moet verder worden ontwikkeld? Deze aanpak leverde in alle drie de teams een levendig gesprek op. Aan de vervolgstappen, het per niveau evalueren van doelstellingen en het maken van plannen hoe daar te komen (korte en lange termijn acties) zijn we in één sessie niet toegekomen. Deze worden in volgende sessies opgepakt. Dit valt buiten de scope van deze praktijk evaluatie.

DE IDEALE SITUATIE:

"We zijn niet meer nodig, we hebben ons overbodig gemaakt. Mensen vinden voldoende ondersteuning vanuit de eigen omgeving (of in de basis zorg) en/of zijn zodanig hersteld dat we niet meer nodig zijn." (*Hoogeveen/De Wolden*)

"De cliënt ervaart volledig eigenaarschap over het eigen herstelproces en de zorg en ondersteuning die wij bieden" (*Assen*)

Uit de bespreking van de doelen in de drie teams ontstaat een duidelijk beeld van een gezamenlijke visie op de zorg. De belangrijkste elementen van deze visie, zie het schema op pagina 71, komen overeen met de doelen bij de start van de proeftuinen. Men blijft daar achter staan. Gesterkt door de positieve ervaringen die inmiddels zijn opgedaan, de positieve effecten die het op cliënten heeft, op naasten en lokale samenwerkingspartners in de wijk.

De lokale verschillen worden zichtbaar in de mate waarin de visie in de praktijk kan worden gebracht. Verschillende hulpverleners benoemen hierbij de samenhang tussen de ontwikkeling van de cliënt en die van het team, die gekenmerkt wordt door een verschuiving van het eigenaarschap van het herstelproces van behandelaar naar de cliënt en waar niet de diagnose maar de mens centraal staat. Een persoonlijk proces dat bij de cliënt en bij de hulpverlener grillig kan verlopen.

De teams geven aan dat het samenwerken met collega's met verschillende disciplines en van verschillende instellingen oplevert dat je perspectief wordt vergroot. Naast de functionele bundeling van expertise levert het ook een algemene houding op waarbij meer wordt open gestaan voor de visie en behoeften van de cliënt en naasten.

"Door het werken in het Optimaal Leven team is het mij duidelijk geworden dat ik voorheen veel meer vanuit mijn eigen koker werkte dan ik dacht." (*Emmen*)

Het kennen en benutten van elkaars expertise blijft een ontwikkeling die tijd nodig heeft. Een belangrijke belemmering hierbij is dat de bijdrage van elke instelling niet continu op orde is geweest en er in anderhalf jaar veel personele wisselingen zijn geweest. De teams geven aan dat het van belang is om er voor elkaar te zijn als collega's en dat ze willen blijven investeren in de teamontwikkeling op dit vlak.

DE WOLDEN/HOOGEVEEN

Het team heeft het afgelopen halfjaar belangrijke stappen gezet in de vorming van de identiteit als team. Vanaf de start van de proeftuin heeft het zwaartepunt, wat betreft de bezetting en de caseload, bij GGZ Drenthe gelegen. Dit heeft de ontwikkeling van een gezamenlijke werkwijze en gedeelde caseload in de weg gezeten. Er is nu een gevoel ontstaan dat men aan dezelfde doelstellingen werkt en dat de zorg niet automatisch vanuit bestaande werkprocessen ingericht moet worden. Het in gezamenlijkheid verder ontwikkelen van een "optimaal leven" werkwijze wordt door het team met een nieuwe bevlogenheid opgepakt. Als belangrijkste belemmering van deze doorontwikkeling wordt het gebrek aan voldoende en stabiele bijdrage van hulpverleners vanuit de drie zorginstellingen benoemd. Een logische voorwaarde om casuïstiek gezamenlijk op te kunnen pakken en integrale zorg te bieden. Een ander knelpunt dat wordt genoemd is dat dit team nog geen locatie in de wijk heeft. Dit wordt ervaren als een beperking van de mogelijkheden om de laagdrempeligheid en gastvrijheid te bieden zoals men dat wil. Het leggen van contacten met de lokale samenwerkingspartijen zoals huisartsen, sociaal team en de wijkagenten is niet per definitie afhankelijk van de locatie in de wijk, maar dat heeft nog onvoldoende de aandacht kunnen krijgen als gevolg van de start met een volle caseload.

EMMEN

In dit team zijn de doelstellingen vrij snel helder. De benadering en werkwijze van het team is erop gericht om maximaal in te spelen op de persoonlijke situatie en behoefte van de cliënt. Dat is leidend, niet de structuur van het zorgaanbod. Een belangrijke kernwaarde voor het team is dat de cliënt erop kan vertrouwen dat het team er voor hem of haar is. Men geeft aan dat er een goed beeld is van de doelgroep in de wijk. Veel is geïnvesteerd in de contacten in de buurt zoals met buurtbewoners, huisartsen, sociaal team, wijkagent en POH. Hulpverleners geven aan dat deze investering veel oplevert in kennisuitwisseling en onderlinge vertrouwen. Er ontstaat een nieuwe dynamiek die preventief werkt, doordat het team eerder wordt betrokken vanuit de 0e en 1e lijnzorg. Andersom werkt dit ook: het team betrekt sneller lokale partijen bij de zorg en ondersteuning van cliënten. In de beoordeling in hoe ver het team is in de ontwikkeling, vallen individuele verschillen op. Dat komt ook naar voren bij het gesprek over de behoefte aan meer planmatig werken en het uitwerken van processen die aansluiten op OL. De vraag die wordt opgeroepen is: Op welke punten willen we verbeteren en welke werkprocessen ondersteunen deze verbetering in de praktijk?

ASSEN

In dit team wordt bij de vraag wanneer het Optimaal Leven team effectief is, vooral geredeneerd vanuit de eigen regie van de cliënt over zijn of haar herstelproces. Daar zijn al veel stappen in gezet, maar men wil dit verder uitbouwen. Het wordt belangrijk gevonden dat niet de labels, de diagnose, richting geven aan de zorg en ondersteuning, maar de doelen van de cliënt zelf. Onderdeel daarvan is ook dat de aandacht van het team voor cliënten waar het relatief goed mee gaat, die niet in een herstelfase van overweldiging zitten, toeneemt. Juist dan ontstaat de ruimte voor ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk herstel. Als belangrijk aspect bij deze ontwikkeling wordt aangegeven dat nog meer vanuit wat nodig is wordt geredeneerd en niet vanuit bestaande werkprocessen en regelgeving. Het gevoel dat de ontwikkeling stokt door onderbezetting en gebrek aan facilitering vanuit de zorginstellingen, wordt in Assen versterkt door de toevoeging van twee woonwijken aan het verzorgingsgebied zonder de evenredige toename van het aantal FTE's hulpverleners.

In alle drie de teams wordt aangegeven dat sprake is van onderbezetting en gebrek aan facilitering vanuit de zorginstellingen/stuurgroep. Dit heeft tot gevolg dat cliënten niet altijd kan worden geboden wat nodig is, dat kan gaan om specialistische behandeling zoals EMDR, maar ook om aanbod op het gebied van maatschappelijk en persoonlijk herstel of de contacten aangaan met naasten en de lokale samenwerkingspartijen in de wijk (HA, wijkagenten, sociale teams). Daarnaast komt de tijd en aandacht voor de ontwikkeling in de knel wanneer alle zeilen moeten worden bijgezet om basiszorg te leveren.

Schema Samenvatting doelen proeftuinperiode nav. actie sessie per team

Doelen van de OL teams voor de proeftuin periode

- Zijn wij een hecht zelfsturend team
- Met een eenduidige visie op de zorg die wij uitdragen en uitvoeren
- Weten we wat we nodig hebben om deze visie in de praktijk te brengen
- Hebben wij een goede verbinding met de wijk, incl een locatie in de wijk, in combinatie met een breed & bruisend aanbod van activiteiten, inloop enz.
- Hebben we voor ogen wat de (beoogde) effecten zijn van onze zorg op
  1. onze cliënten,
  2. naasten, omgeving/buurt
  3. samenwerkende zorgverleners en instanties
  4. onszelf als hulpverleners

Eenduidige visie op zorg

- De zorg is ondersteunend aan herstelproces
- Eigenaarschap en regie ligt bij de client
- Een breed geïntegreerd aanbod sluit daarop aan
- Eén herstelplan (HOP) staat centraal

Wat hebben we nodig om doelen te halen

1. Faciliteer ons
   a. voldoende (evenwichtige) bezetting
   b. 1 systeem en 1 EPD,
   c. voldoende tijd voor ontwikkeling
   d. voldoende tijd om te richten op naasten en partijen in de buurt (HA, POH, sociale teams)
2. Wees transparant (stuurgroep en zorginstellingen)
3. Zorg voor eenduidigheid in de aansturing
4. Luister naar de werkvloer
5. Zorg voor duidelijkheid over financiën/ voortbestaan Optimaal Leven
6. Durf lost te laten, maak ruimte voor ontwikkeling en geef vertrouwen
7. Zorg voor minder administratie

Wat doen we zelf

- Beter benutten van expertise die beschikbaar is in het team, leren van elkaar
- Intensiever samenwerken (teambuilding, uitwisseling van cases en intervisie)
- Meer methodiek ontwikkeling, werken aan een breed aanbod
- Meer inzet van ervaringskennis (oa groepen)
- Meer bewust onze visie uitdragen en in de praktijk brengen
- Duidelijke doelen stellen, evalueren en successen vieren
- Meer de verbinding zoeken met lokale partijen

De laatste actieleersessie met projectleiders en regiebehandelaren voordat deze doorontwikkeld werd naar een actieleersessie met alleen regie behandelaren, kernteam lid Johan Arends (psychiater/manager behandelzaken) en de programmamanager vond plaats op 30 januari 2020 onder het genot van een broodje en een kopje soep. De volgende uitkomsten voor de toekomst zijn uit dit overleg naar voren gekomen.

Waar staan we voor	
• Elke dag je nek uitsteken • Betrouwbaarheid • Aanwezig zijn • Luisteren	• Successen blijven zien, delen met elkaar • Echt aansluiten bij herstel • Behandelingen welke echt aansluiten bij de klant • Hoop uitstralen

Wat willen we	
• Gelijkwaardigheid binnen de teams: binnen het HOP past geen hiërarchie. Wel eigenaarschap, niet gelijk maar wel gelijkwaardig • Weten hoe de zorg eruit moet zien • Als projectleider mandaat hebben voor het team • Een volwaardig team met ontwikkelruimte, een echte proeftuin • Een support vanuit de locatieteammanagers, Kernteam en stuurgroep. • Vertragende factoren moeten verdwijnen in de financieringsschotten, het toewerken naar één EPD en uitbouw capaciteit van teams • Data gaan verzamelen. We zijn toe aan de onderzoekers en vragenlijsten.	• Vanaf modulereeksen inzichtelijk maken wat we hebben bereikt en wat we nog willen • Onze taakopvatting uitwerken en IPS en trajectbegeleiding vanuit de maatschappelijke opgave uitbouwen. • Stakeholdersanalyse in samenwerking met lokale partners • Sessies cliëntenraden en naasten organiseren met ervaringsdeskundigen. Wat moeten jullie weten van wat wij doen als Optimaal Leven team? • Het goed houden met elkaar. In gesprek blijven met elkaar. • Doorbreken van inefficiënt en ineffectief gedrag • Trots verhalen vertellen

Welke wensen hebben we	
• Meer proeftuintijd • Een fiets • Iedereen evenveel lef om Optimaal Leven uit te dragen, zowel binnen de teams als in het kernteam • Voldoen aan de herstelmogelijkheden van de klant	• Dat alle organisaties blijven meedenken in oplossingsrichtingen • Ondersteunende managers en behandelaren (zowel bedrijfsvoering als zorginhoudelijke) • Onderbehandeling inzichtelijk maken

9.2 STATUS ONDERZOEK

In januari 2020 is een nieuwe prioritering gesteld in de doelstelling van het onderzoek. De uitwerking van een meer jaren onderzoek is uitgesteld en de focus is meer gekomen op de evaluatie van de proeftuinperiode met als centrale vraag: Ontvangen cliënten betere zorg wanneer dit over de grenzen van de organisaties heen, integraal wordt geleverd? Het onderliggend doel is: inzicht krijgen in het aanbod dat door de teams wordt ontwikkeld en welke voorwaarden dat stelt aan medewerkers, organisatiestructuur en financiering.

De herziening sluit aan bij de behoefte van de stuurgroep Optimaal Leven. Bovendien is er meer balans aangebracht in de verwachtingen versus de beschikbare tijd en middelen om het onderzoek uit te voeren. Het gaat dan om de inzet van onderzoekers maar ook om dat van hulpverleners van de OL teams die een belangrijke rol hebben bij de periodieke metingen en vaak om een bijdrage wordt gevraagd om informatie aan te leveren over de dagelijkse praktijk (casuïstiek, praktijkanalyse enz.).

De oorspronkelijke opzet van een monitor op vijf niveaus: cliënt, medewerker, naaste/omgeving, proces en organisatie, blijft de basis vormen waarop gegevens worden verzameld.

Het actief gegevens verzamelen is het afgelopen jaar gebeurd door het invullen van periodieke metingen, zie hoofdstuk 1 voor de uitkomst van de eerste HoNOS metingen. De thema's op het niveau van de cliënt zijn: herstel, kwaliteit van leven, tevredenheid met de zorg, psychosociaal functioneren en participatie. Het streven is om aan het einde van de proeftuin periode van voldoende cliënten een nulmeting en minimaal één herhaalmeting na een jaar te hebben. In de komende maanden wordt ingezet om kwalitatieve data te verzamelen op het niveau van de cliënt, medewerker, omgeving en het proces. Waaronder interviews met cliënten, naasten en lokale samenwerkingspartijen.

Daarnaast is er enorm veel materiaal aan natuurlijk verzamelde gegevens, zoals verslagen van bijeenkomsten, ontwikkelde werkprocessen en financieringsoverzichten, die geanalyseerd moeten worden.

De drie speerpunten voor het onderzoek in 2020 zijn:

1. Interviews met cliënten, naasten, hulpverleners, betrokken organisaties en lokale samenwerkingspartners zoals wijkagenten, huisartsen en gemeenten
2. Analyse van natuurlijk verzamelde gegevens, waaronder een analyse van de kosten van de zorg
3. Het bevorderen van de afname van de periodieke metingen.

9.2.1 WIJZIGINGEN ONDERZOEKSGROEP

De organisatiestructuur van het onderzoek is gewijzigd om beter aan te sluiten op de hernieuwde onderzoeksopzet en als gevolg van het, per november 2019, stoppen van de projectcoördinator onderzoek (Eric Blaauw, lector verslavingskunde Hanzehogeschool Groningen).

De rol van voorzitter van de onderzoeksgroep is belegd bij Willemijn Kemp (programmamanager Optimaal Leven). Aan de onderzoeksgroep is een externe deskundige toegevoegd Hans Kroon[9]. De rol en verantwoordelijkheid van deze onderzoeksgroep is het toezien op voortgang en (wetenschappelijke) kwaliteit van het onderzoek en het faciliteren van onderzoekers (bijdrage leveren).

Daarnaast is een kerngroep onderzoek ingericht voor de aansturing dagelijkse uitvoering onderzoek, voorbereiding onderzoeksgroep en ontwikkeling onderzoek [10]. Aan de kerngroep wordt vanaf mei 2020 een onderzoek medewerker toegevoegd die primair gaat bijdragen op de drie eerdergenoemde speerpunten van 2020.

9.3 FINANCIËN VAN HET ONDERZOEK

Het blijft moeilijk om de financiën voor het onderzoek te realiseren. In overleg met de portefeuillehouder Onderzoek binnen Optimaal Leven, bestuurder Gabriël Anthonio van VNN, is besloten om de grootte van het onderzoek te verkleinen terwijl we wel de reikwijdte proberen te behouden. Vervolgens heeft de stuurgroep in februari besloten om in te stemmen met de subsidiewijziging waardoor het aantrekken van een onderzoeker mogelijk wordt. In maart is een vacature opgesteld en uitgezet.

9.3.1 TOEKENNING SUBSIDIES

Het Zorgondersteuningsfonds (ZOF) heeft een subsidie toegekend voor een tweejarig actie-onderzoek naar herstel ondersteunende zorg in de praktijk; wat wil de cliënt zelf?

Samen met de ervaringsdeskundigen uit de Optimaal Leven teams is een onderzoek naar het cliëntperspectief opgezet. De basis van het onderzoek bestaat uit interviews die ervaringsdeskundigen, in de rol van onderzoekers, gaan afnemen bij cliënten. Centraal staat de vraag hoe de cliënt de zorg (behandeling en begeleiding) ervaart, wat draagt bij aan het persoonlijke herstelproces en wat kan daarin beter. De informatie wordt direct gebruikt voor de ontwikkeling van de Optimaal Leven teams.

Het onderzoek start in april/mei ‘20. Bij de start van dit onderzoeksproject waren de volgende mensen betrokken Esther Sportel, Marcel Niezen, Johan Arends, Jolanda Plugge, Peter Smit, Peter Barendsen, Marjolie van Heijst, Gert van der Tuuk en Wout Diekman (projectcoördinator).

[9] Per kwartaal bijeenkomst onderzoeksgroep: Voorzitter onderzoeksgroep (Willemijn Kemp), senior onderzoeker vanuit de instelling (nu Johan Arends en Esther Sportel, GGZ Drenthe), coördinator onderzoek Optimaal Leven (Wout Diekman, GGZ Drenthe & VNN), onderzoek coördinatoren vanuit de zorginstellingen, vertegenwoordiger vanuit lokale projectleiders, ervaringsdeskundige en een onafhankelijke onderzoeker (hoogleraar Hans Kroon), begeleider studenten (Ellen Meijer, Hanzehogeschool)

[10] Maandelijks bijeenkomst kerngroep onderzoek: Voorzitter onderzoeksgroep (Willemijn Kemp), senior onderzoekers vanuit de instellingen (Esther Sportel, GGZ Drenthe, Margreet van der Meer, VNN en nog in te vullen, Cosis), coördinator onderzoek Optimaal Leven (Wout Diekman, GGZ Drenthe & VNN), begeleider studenten (Ellen Meijer, Hanzehogeschool Groningen), onderzoek medewerker (vacature)

ZonMW heeft een subsidie toegekend voor het volgen van de training Actieonderzoek ‘Regionale aanpak verward gedrag’ door Fontys Hogescholen, docenten Famke van Lieshout en Shaun Cardiff. Onderdeel van het actieprogramma lokale initiatieven mensen met Verward Gedrag van ZonMW.

Door deelname aan de training leert een projectmedewerker hoe hij/zij methodieken kan inzetten om bijvoorbeeld:

- Een cyclisch proces te doorlopen van probleemanalyse, ontwerpen van acties, implementatie, evaluatie en bijstelling;
- Samen te werken aan een praktijkprobleem en kennis te genereren;
- Vaardigheden op het gebied van ketensamenwerking te vergroten;
- Werkbare en duurzame oplossingen voor ervaren praktijkkwesties te vinden;
- Zich te professionaliseren, individueel, als team en mogelijk zelfs als organisatie.

Vaste deelnemer aan de training is Wout Diekman. Daarnaast zal van de mogelijkheid gebruik worden gemaakt om betrokkenen periodiek aan te laten sluiten, in ieder geval de onderzoek medewerker.

...er is een goed beeld van de doelgroep in de wijk

10. BLIK OP DE TOEKOMST

De vraag in december gesteld aan de stuurgroep over de toekomst van Optimaal Leven na de proeftuinperiode, is ook, in het kader van deze praktijkevaluatie, aan de teams en projectleiders gesteld. Hier hebben medewerkers als volgt op gereageerd:

“Ik zou graag een Optimaal Leven team hebben waar de zorg (de preventieve, intensieve en nazorg) wordt geregeld door een team die alle mogelijkheden uit de kast heeft gehaald om de cliënt zijn leven naar eigen tevredenheid kan leven. Dat wij niet (altijd) gebonden zijn aan regels maar mogen blijven pionieren hoe wij de zorg i.o.m. cliënt het beste kunnen neerzetten.”

“Na de proeftuinperiode hoop ik dat we vol trots verder mogen gaan als goede hulpverleners en de zaken goed en creatief verder kunnen ontwikkelen voor een nog betere samenwerking en ontplooiing. Ten gunste van de cliënt.”

“Ik zie Optimaal Leven voor me als een siertuin. Dat de teams een vaste basis hebben, goed kunnen werken om de herstelvisie en de doelen van Optimaal Leven levend te houden en uit te kunnen voeren. Dat de individuele doelen van de klanten daardoor behaald kunnen worden.”

“Het Optimaal Leven team is herkenbaar in de wijk en verbetert zichtbaar de kwaliteit van leven van de cliënten. Optimaal Leven is financieel onafhankelijk, waarmee ik bedoel ‘financieel gezond’ en is goed geoutilleerd om haar werk te kunnen doen.”

Op deze vraag, komt vanuit De Wolden/Hoogeveen een zeer uitgebreide reactie:

Aan het einde van de proeftuin

1. Zijn wij een hecht zelfsturend team
2. Hebben wij een eenduidige visie op de zorg en die dragen en voeren wij ook uit
   a. Visie op herstel ondersteunend werken
   b. Visie op betrekken van naasten
3. Weten we wat we nodig hebben om deze visie in de praktijk te brengen
   a. Een breed aanbod
   b. 1 herstelplan dat centraal staat, opgesteld samen met de cliënt
   c. Bieden wij snel en zonder drempels de zorg die nodig is (geen wachtlijst, ontschotting, snel op- en afschalen)
4. Hebben wij een goede verbinding met de wijk en ook een locatie in de wijk, in combinatie met een breed aanbod van activiteiten, inloop enz.
5. Hebben we voor ogen wat de (beoogde) effecten zijn van onze zorg op:
   a. Onze cliënten,
   b. Naasten,
   c. Omgeving/buurt
   d. Samenwerkende zorgverleners en instanties (nieuwe contacten, zicht op deels nieuwe doelgroep, meer preventief werken)
   e. En onszelf

We willen in De Wolden/Hoogeveen dan een volledige implementatie van het HOP, de I.ROC en de meetinstrumenten welke er nu liggen. We willen tevreden klanten. Een toestroom van klanten, doorverwijzingen. We zijn herkenbaar in Hoogeveen en in de Wolden. Verwijzers en klanten weten ons te vinden. We zijn dan ook verhuisd naar een passende locatie. We zijn een herstelacademie aan het oprichten (vanuit ervaringsdeskundigheid waarbij wij faciliterend zijn). We hebben onze methodieken uitgebreid met onder andere de Yucel methode en Peer Supported Open Dialogue.”

10.1 ZIT ER LIJN IN HET AFGELOPEN ANDERHALF JAAR?

Wanneer je door je oogharen naar de afgelopen anderhalf jaar kijkt, is er natuurlijk een globale ontwikkeling waar te nemen.

Het eerste jaar heeft men zich vooral gericht op de ontwikkeling van de teams. Leren samenwerken over de organisatie grenzen heen, elkaar leren kennen. Op basis van de inhoud (herstelgerichte zorg) hebben de teams hun identiteit opgebouwd. Ze hebben zich een nieuwe werkwijze (herstelgericht) eigen gemaakt en tegelijkertijd hun identiteit opgebouwd. En men is daarnaast de samenwerking in de wijk en met de moederorganisaties verder gaan uitbouwen.

Ook is in het eerste jaar veel tijd en aandacht gegaan naar het realiseren van bepaalde randvoorwaarden. Dit heeft in het afgelopen half jaar een positieve vlucht gekregen, waardoor de teams op het gebied van registratie en ontwikkeling van processen binnen het team meer lucht hebben gevoeld, wetende dat dit door de moederorganisaties geregeld wordt.

Tegelijkertijd vraagt de samenwerking met de andere afdelingen van de moederorganisaties ook de nodige aandacht. Het positieve van deze ontwikkeling is dat men nu over de organisatiegrenzen heen meer samenwerkt met de verschillende gespecialiseerde afdelingen van de moederorganisaties. Hierin spelen de moederorganisaties natuurlijk ook een belangrijke rol. Men weet elkaar steeds beter te vinden op uitvoerend vlak.

In het afgelopen half jaar heeft de ontwikkeling van de inhoudelijke werkwijze, dat in het eerste jaar gebeurde middels de teamontwikkeling, een vogelvlucht genomen. Deze investering in het eerste jaar, lijkt positieve vruchten af te geven. Hierbij kun je denken aan de ontwikkeling en invoering van het herstelplan, de I.ROC en de vier fasen van herstel welke gebruikt worden voor gesprek en reflectie met cliënten. Ook het cliëntvolgsysteem en de urencoderingen worden dit laatste half jaar – eindelijk – zo goed als kan ingevuld.

We ontdekken dat de continuïteit van de actieleersessies en herhaling van thema's bij deze leersessies een positieve invloed heeft op de internalisering van de nieuwe werkwijze. Tegelijkertijd hebben de medewerkers binnen de teams zelf volledig de hand in de ontwikkeling van de nieuwe werkwijze. De actieleersessies volgen en voeden namelijk de wensen van de teams.

Echter, door de toenemende bekendheid en inbedding van de teams in de lokale structuur en de inhoudelijke ontwikkeling om bepaalde complexiteit te kunnen dragen, zien we dat de toestroom van cliënten toeneemt. Dit is geheel volgens de verwachting voorafgaand aan de start van de teams. De teams van Assen en Emmen groeien echter het afgelopen half jaar niet in gelijk tempo mee met deze vraag. Let wel, de teams van Assen en Emmen zijn nog geen volwaardige teams met voldoende 'body' om flexibel met dit soort dynamieken om te kunnen gaan.

De situatie in het 3e half jaar van de proeftuinperiode zorgt voor een enorme toename in werkdruk, vertraging in het ontwikkelproces en teleurstelling binnen de teams. Medewerkers hebben hierdoor het gevoel niet te kunnen bieden wat ze willen. Mensen worden ziek of vertrekken. Er zijn gelukkig veel medewerkers die doorzetten, elkaar vasthouden, genieten van de successen die ze ervaren en hopen op een positieve beweging. In De Wolden/Hoogeveen gebeurt wat anders. Zij maken een inhoudelijke inhaalslag en beginnen 'op stoom' te komen. Hier zijn ze toe in staat omdat ze een groter en volwaardiger team hebben. Het lijkt erop alsof de verschillende wijzen waarop de teams gestart zijn na anderhalf jaar gelijk begint te trekken.

We beginnen steeds meer te leren over de wijze waarop de systeemwereld de leefwereld (inhoud) ondersteunen kan, maar ook in de weg kan zitten. Zo maken we in deze praktijkevaluatie inzichtelijk aan de hand van de praktijkinformatie waarom de huidige financieringsstructuur niet aansluit bij de specifieke doelgroep waar Optimaal Leven zich op richt.

Ook beschrijven we dat de immer aanwezige spanning tussen inhoud en financiën de onderliggende dialoog is bij aansturing van de teams in de samenwerking zoals deze binnen Optimaal Leven gekozen is. Tegelijkertijd zien we de hele proeftuinperiode dat samenwerken in het faciliteren van hulpverleners ongeacht waar die hulpverleners werken, voor management van moederorganisaties en projectorganisatie samen een hele opgave blijkt. Kortom, voldoende om op voort te bouwen komend half jaar.

10.2 VRAAGSTUKKEN VOOR KOMEND HALF JAAR

Er staat een fors aantal vraagstukken in deze evaluatie beschreven. Wanneer een uitdaging is overwonnen dan doet de volgende uitdaging zich alweer voor. Toch lijkt het alsof dit 3e half jaar iets rustiger is verlopen dan het eerste jaar van de proeftuinperiode. Dit is te zien aan de inhoudelijke ontwikkelingen die in hoofdstuk 3 staan beschreven. Ondanks de werkdruk hebben de teams toch de mogelijkheid gevonden om verder te gaan met de ontwikkeling naar herstelgericht werken vanuit het gezamenlijke. Dit heeft zich vooral in de praktijk geuit.

Beleidsontwikkeling of komen tot gezamenlijke afspraken binnen bijvoorbeeld het primaire proces, zijn nog niet op het gewenste niveau. Kortom, de ontwikkeling van de teams is nog in volle gang.

De uitgebreide reactie uit De Wolden/Hoogeveen aan het begin van dit hoofdstuk roept de vraag op of zij al toe zijn aan afronding van de proeftuinfase. Bij de laatste actiesessie van de projectleiders en behandelcoördinatoren op 30 januari 2020 (zie paragraaf 9.1.2.) heeft men aangegeven meer proeftuintijd te willen. Ook in de stuurgroep is dit op basis van deze vraag voorzichtig genoemd. Is men er al aan toe om de proeftuinfase los te laten en nu over te gaan op een structurele inbedding? Of zijn er nog te veel vragen waar een antwoord op gegeven moet worden voordat men tot structurele inbedding over kan gaan? Dit laatste lijkt het geval.

Helaas zorgt Corona voor vertraging en bemoeilijkt dit het antwoord geven op essentiële vragen. Er is gelukkig verlenging van drie maanden van zowel de subsidie als de proeftuinperiode afgesproken. Deze ruimte is echter onvoldoende om goed op de vragen antwoord te kunnen geven. Sommige vragen hebben nu eenmaal meer tijd nodig, geven zowel leden van de stuurgroep als van de teams aan.

De aandacht voor komend half jaar zal gericht dienen te zijn op de volgende zaken:

Uitvoerend en tactisch niveau

1. Verdere ontwikkeling van de inhoudelijke werkwijze.
2. Met bijzonder aandacht voor de ontwikkeling van het Optimaal Leven Handboek.
3. Inclusief ontwikkelen van een compleet overzicht van het zorgaanbod.
4. Ontwikkelen van gezamenlijk primair proces.
5. Realisatie van werken in 1 elektronisch patiëntendossier.
6. Stevig implementeren I.ROC en Herstelplan.
7. Uitgroeien tot volwaardige teams zodat ze kunnen functioneren zoals bedoeld is.
8. Verzamelen van (onderzoek) data.

Strategisch niveau

9. Uitwisseling en samenwerking tussen de teams en de moederorganisaties.
10. Volgen van de financiële ontwikkelingen van de teams, waarbij de kennis over de specifieke doelgroep meegewogen dient te worden.
11. Doorbreken van knelpunten en uitdagingen om de beweging verder op gang te brengen.
12. Afstemmen strategische ontwikkeling van de moederorganisaties en Optimaal Leven om te komen tot een toekomstbestendige samenwerking.
13. Ontwikkelen van scenario's voor een mogelijke verlenging van de proeftuinperiode.
14. Realiseren van middelen voor een mogelijke verlenging van de proeftuinperiode.

Bijlage 1 overzicht niet-cliëntgebonden activiteiten medewerkers OL

THEMA	SUB-THEMA
1.0 Samenwerking lokale structuur	1.1 wijkteams
	1.2 huisarts
	1.3 OGGZ
	1.4 Welzijn
	1.5 gemeente
	1.6 overige organisaties
	1.7 netwerken & presentaties
2.0 Leren & ontwikkelen	2.1 actieleersessies
	2.2 themadagen
	2.3 intervisie
	2.4 opleidingen
	2.5 ontwikkelen programma's
	2.6 structuur en werkprocessen
	2.7 overig
3.0 Consultatie	3.1 intern binnen OL
	3.2 Cosis (BW)
	3.3 Cosis dagbesteding
	3.4 Cosis thuisondersteuning
	3.5 VNN (specialisme)
	3.6 GGZ Drenthe (specialisme)
	3.7 overige organisatie
4.0 Doorverwijzen	4.1 Cosis (BW)
	4.2 Cosis dagbesteding
	4.3 Cosis thuisondersteuning
	4.4 VNN (specialisme)
	4.5 GGZ Drenthe (specialisme)
	4.6 overige organisatie
5.0 MDO	5.1 wanneer niet betrokken bij cliënt
6.0 Ziekte/vakantie	6.1 ziekte
	6.2 vakantie
7.0 Overig	7.1 invullen met toelichting

Bijlage 2 Matrix Behandeling, begeleiding, welzijn Optimaal Leven[11]

MATRIX BEHANDELING EN BEGELEIDING Optimaal Leven						
Interventie	**Ondersteuning op verschillende levensgebieden**					
	Wonen	**Dagbesteding/ Werk/Scholing**	**Sociale contacten**	**Vrije tijd**	**Financiën**	**Somatiek**
Screening	Verkennen IRB	Verkennen IRB	Verkennen IRB	Verkennen IRB	Verkennen IRB	Phamous Bloedonderzoek
Rehabilitatie	IRB	IRB IPS Trajectbegeleiding	IRB Systeemgesprekken Yucel / IRB in beeld	IRB Trajectbegeleiding	Ondersteuning bij beheer inkomsten en uitgaven	Leefstijlinterventies Psychofarmaca afgestemd op somatiek Overleg met en verwijzing naar diëtist/ huisarts
Begeleiding	Hulp bij indicatieaanvraag	Hulp bij indicatie aanvraag	Systeemgericht werken, KOPP		Ondersteuning bij bewindvoering of schuldhulp-verlening	Wegen, bloeddruk meten
	Steun en structuur, motivering, activering, ondersteuning bij contacten met instanties Contact met politie, huisarts of woningbouwvereniging					
Welzijn	Relatie woningcorporatie, zoeken naar geschikte woning, ondersteunen bij verhuizing, et cetera	Toeleiden naar inloopcentra of plekken om vrije tijd in te vullen	Toeleiden naar inloopcentra of plekken om vrije tijd in te vullen, maatjesprojecten	Meedenken welke sportclubs of hobby's mogelijk zijn en evt. Financiële middelen organiseren	Toeleiden naar curator, reclassering, gesprekken met gemeente ondersteunen, ondersteuning voor financiële zaken	Cliënt ondersteunen wanneer hij/zij dit wil met huisartsenbezoek of afstemming met somatische arts.

[11] De matrix is nog volop in ontwikkeling eind maart 2020.

MATRIX BEHANDELING EN BEGELEIDING Optimaal Leven									
Interventie	**Problematiek/aandachtsgebied**								
	Psychose	**Trauma**	**Stemming**	**Angst/ paniek**	**Dwang**	**Ontwikkelings-problematiek**	**Persoonlijkheid**	**LVB**	**Verslaving**
Screening	o.a. PQ-16	TSQ	o.a. BDI-II	Diversen	Y-BOCS	AQ, EQ, ADHD screeningslijst	SCID-II screeningslijst	SCIL 18+, WAIS	CAGE/CAGE AID
Diagnostiek	Intelligentie onderzoek, neuropsychologisch onderzoek, onderzoek naar ontwikkelingsproblematiek, persoonlijkheidsonderzoek, klachtgerichte diagnostiek (psychose, trauma, angst/stemming etc), functionele diagnostiek en diagnostiek omtrent DSM classificaties (SCID-I en II, SIDP-IV). Voor hele specifieke onderzoeken verwijzen we naar de specialistische poli's, zoals de slaapkliniek of de geheugenpoli, of het ziekenhuis. Hele team: CASE benadering in het kader van het inschatten van suïcidaliteit en de I-ROC, gericht op het meten van herstel. *In ontwikkeling: Yucel methode voor herstelgerichte diagnostiek en behandeling*								
Psychologische interventies	CGT (alle protocollen van Gedachten Uitpluizen), Psycho educatie	CGT, EMDR, Psycho educatie, Voor complex trauma wordt ook wel doorverwezen naar het TRTC in Assen	CGT, EMDR, Psycho educatie	CGT, EMDR, Exposure, Psycho educatie	CGT, EMDR Psycho educatie	CGT, Psycho-educatie, Assertiviteitstraining	CGT, VERS training, Individuele MBT, Voor schematherapie wordt verwezen naar de poli persoonlijkheid of het Centrum voor Dagbehandeling(CvD). Voor MBT dagbehandeling wordt verwezen naar het MBT team	Aangepaste CGT, EMDR, of verwijzing naar of consult van Cosis/CVBP/ Trajectum, Modules als 'weet wat je kan'.	CGT, motiverende gespreksvoering
	Op indicatie: psychomotore therapie (PMT) en systeemtherapie. *In ontwikkeling: peer group open dialogue* ***Binnen Optimaal Leven kijken we vooral naar: wat wil de klant, wat heeft iemand nodig en hoe bereikt de klant herstel op verschillende levensgebieden. Bovenstaande behandelingen zijn schematisch weergegeven. In de praktijk lopen verschillende onderdelen door elkaar, leveren we maatwerk en niet volgens protocol. Bovenstaande interventies worden binnen het MDO weggezet in de uitvoering onder de medewerkers bij wie dit passend is. Dit kan los staan van de discipline die iemand heeft.***								
Psychiatrische interventies	Psychofarmacabeleid volgens richtlijn.								Psychofarmaca gericht op zucht
	Crisisinterventies, psychiatrisch onderzoek en beoordeling, BOPZ, behandelevaluaties en indicatiestelling voor psychotherapie dan wel vervolgbehandeling binnen of buiten de GGZ, psychotherapie								

MATRIX BEHANDELING EN BEGELEIDING Optimaal Leven									
Interventie	**Problematiek/aandachtsgebied**								
	Psychose	**Trauma**	**Stemming**	**Angst/ paniek**	**Dwang**	**Ontwikkelings-problematiek**	**Persoonlijkheid**	**LVB**	**Verslaving**
Verpleegkundige interventies	Psycho-educatie, *CGTW**	Psycho-educatie, *CGTW**	Structurering en gedragsactivering, *CGTW**	Psycho-educatie *CGTW**	Psycho-educatie *CGTW**	Psycho-educatie	Psycho-educatie VERS onderdelen MBT benadering	Psycho-educatie, *SEO**	Psycho-educatie, IDDT, Liberman
	Casemanagement, observatie, crisisinterventies en diagnostiek suïcidaliteit (CASE benadering). I.ROC (meten mate van herstel). *Yucel methode*.* Diverse gespreksinterventies: steunend en structurend, oplossingsgericht, motiverend, activerend, ondersteunend, directief en ventilerend. IRB, Shared decision making. Presentiebenadering. Herstel & empowerment. Werken met signaleringsplan en signaleringsplan-app, terugvalpreventie- en suïcidepreventieplan. Begeleiding bij medicatie beheer, depot zetten. ** In ontwikkeling: opstarten I.ROC en Herstelplan. Verpleegkundige in opleiding tot CGTWer; voor hele team: Yucel methode voor minder verbale diagnostiek, behandeling en begeleiding op alle gebieden; training in afname SEO om zicht te krijgen op iemands sociaal emotionele ontwikkeling.*								
Trajectbegeleider	Psycho-educatie, IRB, IPS, VERS. Zowel individuele contacten in begeleiding/behandeling als trajecten gericht op werk. Ondersteuning bij zoeken naar werk, wsw aanvragen. Zoeken naar mogelijkheden. Werkt volgens de IPS en de IRB								
Maatschappelijk werk	Psycho-educatie. Ondersteuning bij beheer inkomsten en uitgaven. Ondersteuning van naasten.								
E-health/online behandelen	*Karify, Psychose psycho-educatie**	*Karify Psycho--educatie Module*	*Karify Depressie en bipolair psycho-educatie en behandeling**	*Karify Paniek psycho-educatie en behandeling**		Karify ASS psycho-educatie en vaardigheidstraining (ook voor naasten)	*Karify Persoonlijkheid psycho-educatie**	*Karify Weet wat je kan – omgaan met LVB**	*Toolbox gericht op middelengebruik – psycho-educatie en registratie**
	**In ontwikkeling: ehealth modules gebruiken bij behandeling uit de Toolbox Karify*								
Ervaringsdeskundige	WRAP, Herstellen doe je zelf, Werken met eigen ervaring, Cursus Verbondenheid, Vertelspel. Daarnaast individuele herstelgerichte trajecten, waaronder Levensverhaal. Ook langdurige intensieve trajecten in de begeleiding/behandeling.								
Systeem-interventies	Psycho-educatie aan naasten individueel en groep, systeemtherapie, relatietherapie, KOPP, signalerings- en suïcidepreventieplan waar naasten bij worden betrokken.								
Non-verbale interventies	Psychomotore therapie, ontspannings- en ademhalingsoefeningen.								
Woonbegeleiding/ Ambulante begeleiding	IRB, begeleiding op alle levensgebieden. I.ROC en HOP, structurerend, steunend, herstelgericht werken. Signalerende functie. Afname van de SEO								
Effectmeting/ ROM	MANSA, HoNoS, Klanttevredenheid (CQI), Psychosociaal functioneren, PANSS, bloedonderzoek, lichamelijk onderzoek, functionele remissie, Happiness Index								

Bijlage 3 Herstelfases en betrokken disciplines bij de behandeling[12]

Fase van herstel	Symptomatisch herstel	Fase van behandeling	Activiteiten/interventies om herstel te ondersteunen	Betrokken disciplines (op indicatie aan te vullen)
5. Leven voorbij	Geen symptomen, minder kwetsbaar, minder kans op terugval. Ruimte voor nieuwe doelen.	Leven weer opgepakt. Naderend afscheid	Afsluiten of overdragen zorg: BGGZ of POH-GGZ Farmacotherapie.	Verpleegkundige, Regiebehandelaar, IPS
4. Leven met	Symptomen naar de achtergrond, stabiliteit, kwetsbaarheid aanwezig. Angst wordt minder. Besef neemt toe dat met de aandoening kan worden omgegaan.	Leven weer oppakken. Herstelfase. Zoeken naar nieuw evenwicht	Afschalen van zorg. Evalueren, nameting, opstarten overstaphulp. Rehabilitatie en herstelgericht. Farmacotherapie.	Verpleegkundige, Ervaringsdeskundige, Regiebehandelaar, Psychiater, IPS, Systeemtherapeut
3. Worstelen met	Ergste symptomen verminderen, angst opnieuw overmand te worden door symptomen.	Gericht op leren omgaan met de aandoening	Bijstelling plannen en interventies. Van afname klachten naar gedragsverandering en terugvalpreventie. Behandeling volgens de richtlijn, met psychologische-, psychiatrische-, systeeminterventies. Rehabilitatie.	Psycholoog, Verpleegkundige, Psychiater, Systeemtherapeut, Ervaringsdeskundige, PMT, IPS, Rehabilitatie expert
2.Overweldigd zijn	Symptomen hebben grote invloed op psychisch en lichamelijk welbevinden. Staat open voor contact en behandeling.	Symptoomreductie	Screening, diagnostiek. 0-meting. Hulpvraag formuleren, doelen stellen en interventies kiezen. Plannen opstellen en uitvoeren. Zo nodig opgeschaalde zorg. Behandeling volgens de richtlijn, met psychologische-, psychiatrische-, systeeminterventies. Rehabilitatie.	Psycholoog, Verpleegkundige, SPV Psychiater, VS, Systeemtherapeut, Ervaringsdeskundige, PMT
1. Vroege fase	Weigert hulp, wordt overweldigd door de symptomen (event: levert gevaar en overlast voor zichzelf of omgeving).	Bemoeizorg	Crisisinterventies, contact maken. Contact zoeken met naasten, gemeente, politie of woningbouw. Presentie. Cliënt voorzien van informatie. CASE benadering. Farmacotherapie.	Verpleegkundige, zo nodig psychiater of psycholoog. Ervaringsdeskundige
	Vroege symptomen, de aanloop naar overweldiging door symptomen.	Vroeg interventie	Screening, diagnostiek. Motiveren en toeleiden naar behandeling. Psycho-educatie, screening en motiverende gespreksvoering. Farmacotherapie.	Verpleegkundige, psycholoog of psychiater

[12] De uitwerking van betrokken disciplines is nog volop in ontwikkeling eind maart 2020. Bron: 'Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz' (Trimbos, 2012)

Bijlage 4 Zorg voor naastbetrokkenen van cliënten Optimaal Leven

Bestaat uit de volgende aandachtsvelden:

- Uitnodigen bij het intakegesprek
- Informatie geven zodat naastbetrokkene weet waar hij/ zij terecht kan in geval van problemen, crisis of vragen
- Nagaan of zorgaanbod van Optimaal Leven duidelijk is en eventuele vragen beantwoorden
- Psycho-educatie geven indien daar behoefte aan is
- Informatieverstrekking: foldermateriaal geven (Fvp, Familiecoaching, etc.) of doorverwijzen naar websites.
- Met cliënt bespreken dat naastbetrokkenen belangrijk zijn voor het zorgproces/ nagaan wat wel /niet besproken kan/ mag worden (privacywetgeving kennen). Dit is een blijvend onderwerp van gesprek.
- Structureel gesprekken inplannen met naastbetrokkene (jaarlijks, op indicatie vaker), bij een Zorg Afstemming Overleg (ZAG).
- Naastbetrokkenenkaart invullen. Dit kan door casemanager of regiebehandelaar worden gedaan, maar ook gedelegeerd worden aan de maatschappelijk werker in het team.
- Wat hebben de naasten nodig om cliënt te (blijven) ondersteunen?
- Zorgafstemming; wat doen hulpverleners, wat doen naasten?
- Inzet Familie Ervaringsdeskundigen (Familie coaching) is mogelijk
- Aanbieden/ organiseren van de naastbetrokkenen module/ lotgenotencontact

Bijlage 5 Uitnodigingsbrief intake

Optimaal Leven Team Emmen
Wijkcentrum Angelslo, Statenweg 107, 7823 CW EMMEN
Tel: 088-8789630

Mevrouw/de heer … Emmen,

Geachte …,

U bent aangemeld bij Optimaal Leven Emmen. Hierbij willen wij u laten weten dat er een intake afspraak gepland staat met … voor:

- **Maandag 23 maart om 10.30 uur**

Mocht genoemde datum en/of tijdstip u niet schikken dan vernemen wij dat graag uiterlijk 24 uur voor de afspraak. Wij zijn op werkdagen van 08.30 tot 17.00 uur bereikbaar op telefoonnummer 088-8789630 of via mail secretariaat.optimaalleven.emmen@ggzdrenthe.nl.

Wilt u bij de afspraak uw legitimatiebewijs meenemen?

Hopende u voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Secretariaat Optimaal Leven Team Emmen

U mag te allen tijde een naaste meenemen naar het intakegesprek.

Bijlage 6 Knelpunten in de financiering binnen Optimaal Leven

Onderstaande knelpunten in de financiering worden binnen Optimaal Leven waargenomen. De belangrijkste punten staan beschreven. Vervolgens is door een ervaringsdeskundige benoemd wat opgelost wordt wanneer dit knelpunt geregeld is. Tot slot komt het projectteam met voorstellen hoe dit op te lossen. Er zijn oplossingen waar verschillende stuurgroep partners voor aan de lat staan, waar het kernteam besluiten over zou moeten nemen en waar de teams zelf hun verantwoordelijkheid in kunnen nemen. Er zijn ook oplossingen voorgesteld waarin het kabinet een rol dient te spelen.

Het oorspronkelijke doel van deze memo is een document opstellen om inzichtelijk te maken welke knelpunten de teams ervaren en wat we hiermee zouden kunnen, wanneer we deze knelpunten willen oplossen ten gunste van de cliënten.

Knelpunt 1

In- en uitstroom verloopt minder vlot dan we wensen of verwacht hadden. Dit komt mede doordat het op- en afschalen in de financiering moeilijk is.

Wat lost het op als cliënten gemakkelijker op- en afgeschaald kunnen worden?

Wanneer de intensiteit van de zorg op het juiste moment verhoogd kan worden (om crisis af te wenden) zullen cliënten minder hard onderuitgaan in hun herstelproces wat uiteindelijk minder herstel ondermijnend zal werken. Hetzelfde geldt voor het afschalen van zorg, hoe eerder afgeschaald kan worden hoe kleiner de kans op hospitalisatie zal zijn.

Wat lost het op als cliënten sneller in- en uit stromen?

Hoe langer iemand in zorg is, hoe groter de kans op hospitalisatie. Mensen die (te) lang zorg ontvangen, lopen de kans om te veel op de hulpverlening te gaan leunen waardoor ze steeds minder zelfvertrouwen krijgen. Door mensen sneller te laten instromen zorg je ervoor dat de (thuis)situatie niet zodanig verslechtert dat het op een crisis uitloopt. Hoe langer het duurt voordat iemand instroomt, hoe heftiger en ernstiger de problemen worden. Sneller instromen betekent dus ook sneller uitstromen.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Het ontschotten is ingewikkelder dan ik gedacht had. Dit ligt niet aan de medewerkers binnen de teams maar vooral aan de organisatieafspraken. De bureaucratie is groot. Richtlijnen zijn strak en het is moeilijk om vanuit organisaties het fiat te krijgen deze los te laten. Daarnaast is bulkfinanciering een oplossing. Of zelfs een persoonsvolgend budget.
Het is op te lossen door in het kernteam te besluiten de medewerkers binnen de Optimaal Leven teams hier daadwerkelijk de vrije hand in te gunnen, als een experiment/proeftuin en daarmee aan te tonen wat dat oplevert (naar verwachting: sneller hulp, korter behandelen/begeleiden) dit heeft mogelijk ook een stimulerende werking naar gemeentes en organisaties buiten (de drie moederorganisaties van) het Optimaal Leven team. Deze keuze vraagt om de financiering voor de Optimaal Leven teams in een ‘pot’ te gooien binnen de organisaties en dit los te koppelen van de andere interne geldstromen.
Afspraken maken met gemeenten (WMO) over procedure instroom-uitstroom en budgetvolgend dan wel bulkfinanciering. Binnen DBC-structuur zou gekeken moeten worden naar de financiële prikkels die het systeem geeft. Bijvoorbeeld meerdere malen per week langsgaan bij een cliënt heet opgeschaalde zorg/crisis terwijl het aandacht en ondersteuning is waardoor crises voorkomen kan worden. Natuurlijk kan dit uitgevoerd worden door Cosis-WMO maar voor de cliënt kan het prettiger zijn om dit van de bekende hulpverlener te krijgen. Financiële overwegingen zijn regelmatig leidend. Korte telefonische gesprekken (5 min) met bijvoorbeeld het netwerk kun je niet declareren terwijl dat wel veel voorkomt. Omdat schrijven heel belangrijk is in de aansturing wordt er door medewerkers prioriteit gegeven aan deze administratie en minder aan het schrijven van plannen. Financieel gezond betekent goede zorg en andere kwaliteit blijft moeilijk te meten….

Oplossing: mindset veranderen van de financiële organisatie bij Zorgverzekeraars en Gemeenten en bij de moederorganisaties.

Knelpunt 2

Dakpannen constructie in de financiering is lastig

Wat lost een financiële dakpannen constructie op?

Mensen krijgen de juiste zorg op het juiste moment van de juiste organisatie. Soms komt het voor dat iemand een kwetsbaarheid ontwikkelt die oorspronkelijk niet bij de huidige zorgorganisatie thuishoort. Als hier niet snel genoeg in geschakeld kan worden dreigen deze kwetsbaarheden uit te lopen op een grotere ontwrichting en misschien wel crisis.

Hoe kunnen we dit oplossen?

We zouden beter aan moeten kunnen tonen wat de meerwaarde is van welke inzet. Wanneer we op casus niveau ook resultaten kunnen overleggen helpt dit waarschijnlijk. Welke inzet met welk verwacht resultaat. Evaluaties aan vast knopen. Dit zal echter voor een enorme administratieve belasting zorgen.

Knelpunt 3

WMO-indicaties verkrijgen duurt lang, procedures zijn ingewikkeld en staan soms het één plan principe in de weg omdat hoofdaanbieder bepaalt welke zorgaanbieder de zorg gegund wordt. WMO-indicatie is tijdelijk, veelal met veel doelen welke niet realistisch zijn in de termijn die ervoor staat voor de doelgroep waar we ons voor inzetten.

Wat lost het op als de doelen die aan een WMO-indicatie gesteld worden realistischer van aard zijn?

De succesfactor van herstel hangt vooral samen doelen stellen. Herstellen gaat in kleine stappen. Dat houdt in dat doelen klein van aard dienen te zijn. Te grote en onrealistische doelen ondermijnen het herstelproces zodanig dat het een averechtse werking heeft. Doelen dienen tevens door de persoon zelf gesteld te worden en indien nodig in samenwerking met een hulpverlener. Doelen kunnen nooit door een andere partij gesteld worden. Intrinsieke motivatie speelt hier namelijk een grote rol in.

Wat lost het op als WMO-indicaties sneller verkregen kunnen worden?

Hoe sneller een indicatie wordt gegeven hoe sneller de zorg van start kan gaan. Hoe sneller de (juiste) zorg hoe korter het herstelproces zal duren. Situaties kunnen namelijk met de week verslechteren of soms in dagen omslaan in crisissituaties. Hoe sneller de zorg op de juiste plek wordt gegeven, hoe korter het herstelproces en hoe korter diegene in de zorg hoeft te verblijven (of hoe korter diegene intensieve zorg nodig heeft wanneer we spreken over EPA)

Hoe kunnen we dit oplossen?

De EPA doelgroep heeft langdurige zorg nodig en continuïteit in aanpak. Eén plan. Blijven uitleggen wat OL doet (voor ogen heeft) en welke opdracht OL heeft. Consequenties bespreken van de afspraken die in ons projectplan staan en inventariseren waar regelgeving botst met deze afspraken.
Vertrouwen vragen vanuit de gemeente en de consulenten. De vignettenstudie nog helderder uiteenzetten. Op voorhand met de consulenten bespreken aan welke doelen gewerkt kan gaan worden. Een selectie maken uit de afgesproken doelen. Hierop terug rapporteren.
Nauw samenwerken met (WMO-consulenten van) gemeenten. In gezamenlijkheid de klant geen onnodige (dubbele) gesprekken laten voeren, door diverse partijen die elkaars bestaan niet kennen t.a.v. een casus nader kennismaken. Vraagt meer regie van de gemeentes en sturing op de inzet en doelen. Evalueren.!

Knelpunt 4

Mensen willen niet in zorg, maar we bieden wel aandacht, dit is niet declarabel.

Wat lost het op als aandacht declarabel wordt?

De meeste mensen die niet in zorg willen, hebben geen vertrouwen in de zorg of hulp die geboden wordt. Een kleinere groep wil niet in zorg omdat ze vinden dat ze geen zorg nodig hebben. Voor de eerste groep is aandacht zeer belangrijk. De gegeven aandacht kan ervoor zorgen dat diegene weer vertrouwen krijgt in de aangeboden zorg. Contact is een key factor als we praten over het vertrouwen terugvinden in de te ontvangen zorg. Dit kost tijd, weken, soms wel maanden. Wanneer deze aandacht niet meer gegeven wordt, komen deze casussen later terug met een veel zwaardere indicatie. Dat uiteindelijk meer tijd en dus geld gaat kosten.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Bemoeizorg budget beschikbaar maken voor Optimaal Leven teams of hier budget voor inpassen bij bulkfinanciering.
EPA doelgroep heeft als kenmerk zorgmijding en zorgmijding strategieën. Dit accepteren en dit juist zien als kernpakket van OL., daardoor ben je laagdrempelig en zal de zorgmijding verminderen. OGGZ steeds meer integreren in OL en in de overgangsfase zou die wijze van financiering overgenomen kunnen worden en daarna gekeken hoe het beter weggezet kan worden. “OL-pakket betaling”.
Het credo lijkt hier: voorkomen is beter dan genezen. We kennen allemaal de voorbeelden met schulden die oplopen, omdat mensen beboet worden die de oorspronkelijke schuld niet konden betalen en meer in de schulden komen. Dit kost de maatschappij uiteindelijk meer dan die oorspronkelijke schuld. M.a.w..: investeer in mensen die niet in zorg willen. Schenk in eerste instantie aandacht zonder drang, tenzij gevaar dreigt. Schep vertrouwen door betrouwbaar te zijn. In de keten is dat heus wel declarabel te krijgen, en als een deel niet declarabel is dan hoeft dat niet de hoofdprijs te kosten en wordt het mogelijk op termijn wel gedekt. Zowel binnen de WMO, maar ook binnen DBC schijnen er mogelijkheden tot het declareren van bemoeizorg te zijn.

Knelpunt 5

Aanmelding via OGGZ moet binnen twee weken in zorg komen. In verband met het zorgmijdende gedrag van cliënten duurt in zorg nemen altijd langer. Hier zit een ‘gat’ in dat niet vergoed wordt.

Wat lost het op als OGGZ-medewerkers langer de tijd krijgen om personen in zorg te krijgen zonder gekort te worden op vergoedingen?

Mensen in zorg krijgen die niet in zorg willen of zien dat ze zorg nodig hebben kost veel tijd en inspanning. Los van de IBS-situaties krijg je iemand niet zomaar in zorg. Antwoord op knelpunt 5 is gelijk aan het antwoord van knelpunt 4.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Gewoon in zorg nemen dan wordt het probleem duidelijk (geen positieve begroting wel onderdeel van de wijk als laagdrempelige GGZ organisatie). Motiveert partijen om tot oplossingen te komen.
Een deel financiering zoals de SWW (welzijn) deze heeft, beschikbaar stellen?
Vanuit de OGGZ al beginnen met een intake zoals we die binnen OL ontwikkelen? Mensen willen met een reden vaak niet in zorg. Wanneer de OGGZ dit al kan uitfilteren is dit wellicht een betere start?
Ook de wachttijden moeten eruit. Evenals de bureaucratie van aanmeldingen, intakes, besprekingen et cetera. Deze kosten teveel tijd waar de cliënt niets aan heeft en door zorgmijdend gedrag is deze groep vaak al weer afgehaakt. Daarbij kunnen we doelen van de klant centraler stellen.

Knelpunt 6

Vervolgens komt men wel in zorg en weigert soms daarna weer zorg. Gevolg: uitschrijven weer inschrijven, uitleggen waarom de, door de financier, voorgeschreven doelen niet gehaald zijn.

Wat lost het op als mensen niet steeds onnodig hoeven te worden in- en uitgeschreven?

Mensen met een langdurige kwetsbaarheid hebben vaak al tientallen in- en uitschrijvingen meegemaakt. Ze dienen hier steeds hetzelfde verhaal te vertellen. Hoe vaker iemand zijn of haar verhaal moet vertellen, hoe korter het wordt. Mensen zijn het op een gegeven moment flauw om steeds hun verhaal te moeten doen (tijdens een intake bv). Mensen worden vaak steeds minder volledig in hun verhaal en dus de hulpvraag. Zo ontstaan meerdere verhalen en meerdere (of minder) hulpvragen. Door mensen minder vaak in en uit te schrijven blijft het verhaal meer constant en dus de hulpvraag.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Onze wetgeving zit ook zo in elkaar dat zorg geweigerd/gestopt mag worden. Daar gaat de klant zelf over. Ontschotten en bulkfinanciering zodat schakelen tussen hulpvormen niet gepaard gaat met verwijzen, afsluiten e.d. Daar kan het alleen maar fout mee gaan en frustrerend werken. Het hoort bij de doelgroep EPA dat er ambivalentie t.a.v. het aanvaarden van hulp optreedt. Dat is een gegeven. We houden klanten beter in het oog en op het spoor van herstel als we niet steeds de mallemolen van administratie door hoeven. Vervolgens kan er met de klant beter gekeken worden naar het vinden van de juiste doelen en middelen om daar naartoe te werken.
Wij kunnen dit vanuit onze kant uitleggen. Ik vind hier overigens ook dat we bij iedere uitschrijving door de klant iets te leren hebben. We hebben waarschijnlijk niet voldaan aan de wens/verwachting van de klant. Dit kan reëel en irreëel zijn.
Doordat we accepteren dat het onderdeel is van je opdracht - dus werk - om deze cliënten te benaderen, volgen en te blijven ontvangen zal de regelgeving moeten volgen.
(Zie ook de OGGZ-regeling)

Knelpunt 7

Bij een DBC na sluiting en wanneer die weer opent, moet een intake opnieuw plaats vinden. Dat is voor onze doelgroep niet functioneel

Wat lost het op wanneer cliënten niet opnieuw intakegesprekken hoeven te voeren bij het opnieuw openen van een DBC?

Mensen zitten vaak vol met verhalen, ervaringen en ergernissen wanneer ze psychisch op hun kwetsbaarst zijn. Een intakegesprek is vaak een moment opname van wat er op dat moment speelt en het meeste invloed heeft op de situatie. Vaak vergeten mensen bepaalde dingen te vertellen die in eerdere situatie een belangrijke rol hebben gespeeld die zeer waardevol kunnen zijn voor de hulverlener. Deze informatie komt niet altijd tijdens 'het zovéélste' intakegesprek naar voren. Mensen binnen de EPA doelgroep hebben vaak al tientallen intakegesprekken in hun leven gevoerd. Hier zijn ze een keer klaar mee. Het gevoel van: *nu moet ik wéér mijn verhaal doen, aan de zoveelste persoon/gezicht.*
Deze houding zorgt er vaak voor dat mensen niet volledig zijn in hun verhaal, ze raffelen het soms af om er snel mee klaar te zijn. Ze zijn het zat om hun verhaal steeds te moeten herhalen. Wat een inconsistent en niet samenhangend verhaal kan worden waardoor veel 'belangrijke' informatie verloren gaat en er een onduidelijk beeld ontstaat wat nu echt het probleem is. Door mensen niet steeds opnieuw intakegesprekken te laten voeren, blijft het verhaal van de persoon beter in beeld en kan diegene het verhaal (vorige intake/uitschrijving) eventueel aanvullen met nieuwe informatie. Diegene vult dus aan, i.p.v. het verhaal helemaal opnieuw te moeten voeren.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Dit is een voorbeeld van DBC regel die niet aansluit bij het gedrag van de EPA-cliënt.
Bij heropening van een DBC een HOP-bespreking met de klant voeren. Wat hebben we gedaan, hoe is dit afgerond, waar gaan we mee verder en dan de zorg weer oppakken en dan niet opnieuw een intake hoeven te doen. Hopelijk is dit een voorbeeld van een verkeerd geïnterpreteerde regel of stroomschema. Maar mogelijk bestaat dit knelpunt ook omdat je zonder toestemming van de klant een oude inschrijving niet mag inzien. Dan zou een intake opnieuw moeten. Dat komt dan door de cliënt zelf en dan kunnen we niks aan de herhaling doen. Dit is op te lossen door:

- De regel van oude inschrijvingen niet mogen inzien te schrappen. Zo lang dat niet zo is, getuigt het van goede zorg de intake herstel bevorderend te maken. M.a.w. de klant bevragen op wat hij nodig heeft om z.s.m. zonder hulp verder te kunnen.
- Bulkfinanciering zal bij dit soort situaties kunnen voorkomen dat bij het sluiten van een DBC ook de zorgrelatie wordt stopgezet.

Knelpunt 8

We hebben in de stuurgroep akkoord op het werken vanuit één plan voor de cliënt. Dit gebeurt niet/nauwelijks omdat men in de praktijk een eigen behandelplan moet hebben om aan de voorwaarden van uitkeren van financiering aan de organisaties van zorgverzekeraars en gemeenten te kunnen voldoen.

Wat is de meerwaarde van één behandelplan en de toegevoegde waarde van een herstelplan?

Cliënten vragen zich vaak af wat er over hem of haar in zijn persoonlijk dossier wordt geschreven na een gesprek met zijn hulpverlener. Het is voor cliënten fijn om vanuit huis met de hulpverlener mee te lezen. Of het nou een rapportage betreft of een interne verwijzing, het doel blijft hetzelfde. Het doel van het meelezen is om interpretatie- en communicatiefouten te filteren wanneer de hulpverlener over de cliënt schijft. Het is herstel bevorderend als de cliënt maar één plan hoeft te lezen en deze op zijn eigen tijd kan doornemen en er later op terug kan komen indien nodig. Elkaar begrijpen is namelijk een voorwaarde om een ander en jezelf goed te kunnen helpen en dus te herstellen. Door alles inzichtelijk te maken in één plan welke voor de cliënten beschikbaar is, geef je als organisatie ook aan: kijk, je mag alles zien, we hebben geen geheimen, het is jouw dossier en we nemen je serieus. Wanneer er meerdere plannen zijn, dan zal een cliënt minder eigen regie ervaren omdat het teveel kan zijn. Om cliënten echt onderdeel uit te laten maken van de behandeling en begeleiding, met zijn persoonlijk en uniek herstelproces, is het van belang dat de cliënt te allen tijde zijn persoonlijk dossier kan raadplegen op het moment dat het hem of haar uitkomt zonder hier een afspraak met een hulpverlener voor te maken.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Werken met het herstelplan. De dekking vanuit iedere moederorganisatie is dan voor de medewerkers van groot belang. Er is nu de angst om afgerekend te worden op beslissingen welke niet gedekt worden. De wil is er wel. Het lef is er niet.
Vanuit iedere moederorganisatie de opdracht krijgen om burgerlijk ongehoorzaam te zijn en gewoon vanuit het herstelplan te gaan werken en de andere plannen niet te schrijven/in te vullen.
Lef en initiatief tonen om de zorg beter te maken. We geven de verzekeraars (soms onterecht) te veel macht of dichten hen die toe. Kunnen hier geen afspraken over gemaakt worden met de zorgverzekeraars en gemeenten m.b.t. het herstelplan (HOP)?
HOP kwalitatief goed genoeg maken om goede herstelgerichte zorg te bieden en daarmee de zorgverzekeraars te bedienen in wat ze minimaal nodig hebben. Zorgverzekeraars vragen naar hun mening over de inhoud van een goed behandelplan.
Lef zou vooral moeten zitten bij de stuurgroep die het voor de medewerkers mogelijk maakt om de (beleefde) afspraken en regels los te laten. Geeft ons dan ook de mogelijkheid om medewerkers aan te spreken om volgens de OL visie te werken en niet van de moederorganisatie en de regels die gelden voor de oude werkwijze. Zo krijgen we de nieuwe werkwijze maar moeizaam van de grond.

Knelpunt 9

Onze doelgroep bestaat veelal uit mensen met chronische psychiatrische problemen. Zij zullen over een langere tijd zorg en/of ondersteuning nodig hebben. Daarmee maken ze kans onder de WLZ te vallen i.p.v. onder een DBC stroom. Hoe kunnen we hierop anticiperen?

Wat lost het op als mensen met chronische psychiatrische problemen onder de WLZ vallen?

Sommige mensen hebben voor altijd een bepaalde vorm van zorg nodig. Zonder dat hier een termijn aan verbonden wordt. Cliënten weten vaak zelf genoeg over DBC, behandelplannen en regelgeving om te weten dat bepaalde zorg niet 'oneindig' is. Weten dat de zorg op een gegeven moment kan ophouden (DBC is op) kan dat als een zwaard van Damocles boven iemand zijn hoofd hangen. Wetende dat de zorg op een gegeven moment kan stoppen, kan als zeer angstig ervaren worden en komt nooit het herstelproces ten goede. De angst alleen al kan voorkomen dat mensen überhaupt in beweging gaan komen en dus komt het herstelproces niet van de grond.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Het zou heel mooi zijn wanneer er binnen de WLZ een keuzepakket komt waarbij van alle disciplines gebruik gemaakt kan worden. Zowel behandeling, begeleiding, ondersteuning, bemoeizorg etc. gericht op langdurige zorg bij onze doelgroep. BW cliënten van Cosis worden namelijk langs een toetsingsprocedure gelegd.

Knelpunt 10

In een aantal gevallen moet de zorg/begeleiding gecombineerd met een passende woonvorm geboden worden. Ook tijdelijk (kortdurend) is vaak voor onze doelgroep ontoereikend. Hoe gaan we de zorg vanuit OL in combinatie met verschillende woonvormen vormgeven? En hoe verloopt dan de financiering?

Wat lost tijdelijke of kortdurende opname op?

Opname (open of gesloten) heeft vaak grote gevolgen voor diegene die wordt opgenomen, evenals voor zijn of haar omgeving. Opname of woonomgevingen zijn vaak voor langere tijd. Een opname is al gauw 3-6 weken en een woonvorm is al gauw voor 6 maand tot 2 jaar. Mensen die op deze manier worden opgenomen worden voor een groot deel uit de maatschappij gehaald (wat soms goed kan zijn, maar nooit voor lang). Door iemand langdurig uit de maatschappij te halen wordt het steeds moeilijker om terug te keren.
Mensen hebben vaak alleen de keus uit wel of niet opgenomen te worden. Een tussenoplossing lijkt er nooit te zijn. Wanneer mensen eerder (voor de crisis aan) ergens terecht kunnen om tot rust te komen en zo weer met beide voeten op de grond te komen, zullen situaties minder snel escaleren en de uiteindelijke ontwrichting vele malen kleiner zijn. Waardoor mensen vervolgens minder gauw voor een langere tijd opgenomen hoeven te worden. Kortdurende opnames (paar dagen) zorgt dat de druk van de ketel gaat en diegene minder hard onderuitgaat.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Toegang tot de WLZ zou een mooie zijn. Een compleet pakket.
Oplossingen zoals boven beschreven bij bulkfinanciering, BW-cliënten moeten uitstromen naar ambulant dus vallen dan onder de eerdergenoemde oplossingen.
WLZ zal zeker invloed hebben op deze doelgroep.
Nauwe samenwerking met woningcorporaties opbouwen om naar tussenvormen te zoeken welke in het WLZ-pakket kunnen worden opgenomen. Waarbij een deel van het pakket ook WMO of DBC-financiering zou kunnen betreffen. Dat weet ik niet zo goed.

Knelpunt 11

Door bredere kennis en mogelijkheden wordt LVB-groep herkend en erkend; dat geeft echter nog niet de garantie dat er vanuit de GGZ-financiering toegang gegeven wordt naar VG-organisaties. Veel drempels, strenge administratieve uitgangspunten zoals IQ en onderzoekresultaten die betwijfeld worden.

Wat lost het op als de LVB-groep gemakkelijker bereikt kan worden en financiering gebundeld wordt?

De beste kwalitatieve zorg voor deze specifieke sub-doelgroep komt beschikbaar. Mensen krijgen eerder zorg die ze nodig hebben. Ze zijn eerder in beeld en monitoren van de hulpvraag zal eerder plaatsvinden waardoor mensen niet zo diep zinken als ze soms nu wel doen. Er is niks ergers dan zorg nodig hebben en dat organisaties onderling het niet eens zijn wie welke zorg dient te leveren. Het leven van diegene gaat namelijk wel gewoon door en vaak niet de positieve kant op.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Zorgverzekeraars overtuigen dat er ondoordringbare schotten zijn die zij moeten gaan zien en slechten. Dit met elkaar gaan verkennen. Samen dan ook bepalen welk beleid wij dan kiezen voor deze groep omdat ook de aanpak begeleiding/behandeling niet een simpele is. Dus als we ze echt als aparte problematiek gaan zien (want dat is het) zullen we ook een antwoord moeten gaan hebben.

Knelpunt 12

Voor verzekerde zorg geldt de eigen bijdrage. Voor WMO geldt een eigen bijdrage aan CAK. Deze twee regels werken financiële drempels op voor de klant om hulp te vragen.

Wat lost het op als de financiële drempels worden verlaagd?

Veel mensen met een langdurige psychische kwetsbaarheid hebben vaak niet een stabiel inkomen of een welvarend bestaan. Elke 10 euro telt. Sommigen moeten met € 25,-- per week rondkomen (inclusief boodschappen). De keuze voor mensen is dan makkelijk: ik moet eten om te kunnen leven. Maar heb zorg nodig om te kunnen overleven. Mensen kiezen uiteraard voor eten (en huur, gas, water en licht). Zonder eten is er namelijk geen leven. Door de financiële drempel te verlagen zullen mensen sneller om hulp vragen of naar de huisarts gaan. Op deze manier zijn ze eerder in beeld en zullen de situaties (casussen) niet uitlopen in totale crisissituaties. Wat uiteraard betekent dat het herstel langer zal duren. En een lang herstel betekent meer kosten. Bovendien zou het streven moeten zijn om situaties niet zo uit de hand te laten lopen. Preventie is het sleutelwoord.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Wanneer alles vanuit 1 budget betaald kan worden is dit probleem opgelost. Dit is landelijke politiek lijkt mij. Kunnen we als OL-teams niet ‘handgeld’ krijgen om te gebruiken bij de mensen voor wie ‘in zorg komen’ een barrière is door de eigen bijdrage? Wanneer ze niet in zorg komen zijn de kosten vele malen hoger.

Knelpunt 13

Niet cliëntgebonden tijd en reistijd worden niet vergoed. Dit geeft een enorme druk op de caseload.

Wat lost het op als de financiële druk m.b.t. niet cliëntgebonden tijd of reistijd wordt verlaagd/verdwijnt?

De grootste ergernis die een cliënt kent, is die hulpverlener die zijn gesprek begint met: ik heb tot 14:15 dan moet ik weer gaan. Of de hulpverlener die om de minuut op zijn horloge kijkt. Herstel ondermijnender kan het niet. Hulpverleners ervaren een enorme druk om hun productie te halen, dit raakt de cliënt direct in zijn herstel. Eén van de ergste gevoelens die je als cliënt van je hulpverlener kan krijgen, is dat hij geen tijd voor je heeft. Tijd hebben voor een ander is de basis van een goeie verstandshouding. Als deze basis niet aanwezig is, kan er niet gebouwd worden aan de band met je cliënt. Wat uiteindelijk inhoudt dat het herstelproces stagneert. Door deze druk te elimineren zal de hulpverlener en cliënt een beter (zorg)band met elkaar krijgen. Wanneer het knelpunt 'indirecte tijd' zou worden opgelost zal de cliënt dit gevoel nagenoeg niet meer krijgen. Althans niet door de kaders die dan geschept zijn.

Hoe kunnen we dit oplossen?

In een groot werkgebied is dit niet op te lossen. Werkt fraude in de hand.
Rapporteren bij de klant en besprekingen alleen maar met de klant erbij. Of er moet anders onderhandeld kunnen worden over indirecte tijd.
Het zou normaal moeten zijn om reistijd betaald te krijgen. (Bestel ik een rioolreiniger dan betaal ik ook voorrijkosten.) Bulkfinanciering zou dit kunnen oplossen.
Binnen een wijk kan er veel op de fiets en is de reistijd korter, dus vooral wijkgericht blijven organiseren.

Knelpunt 14

Overbruggingszorg wordt niet gefinancierd. Zowel begeleiding individueel als DBC gefinancierde zorg.

Wat lost het op als dit geregeld is?

Schotten in de financiering gaan er nog meer uit. Wanneer iemand opgenomen wordt binnen een GGZ-kliniek kunnen medewerkers vanuit Optimaal Leven de uren niet meer schrijven. Terwijl contact onderhouden, voortgang bewaken, afspraken maken over een goede overgang weer terug naar huis wezenlijk is voor de klant. Naadloos samenwerken met de ruimte om goede afstemming/samenwerking te hebben. De klant is gebaat bij een naadloze samenwerking tussen klinische teams en Optimaal Leven. Dit geldt voor zowel DBC gefinancierde behandeling als voor begeleiding individueel.

Hoe kunnen we dit oplossen?

Binnen het beschermd wonen kennen we "overbruggingszorg". Dit geeft de ruimte om samen te kunnen werken binnen een gestelde periode (maximaal 3 maanden), waarbij het uitgangspunt is dat de klant terugkeert naar zijn thuissituatie, binnen beschermd wonen.
Deze "overbruggingszorg" is een optie voor klanten welke tijdelijk opgenomen moeten worden.
Dan kan de band met de hulpverlener onderhouden worden en de afstemming/samenwerking naadloos op elkaar aansluiten bij de opname, het verblijf en het ontslag van de klant. Ook vanuit de zorgverzekeraar zou overbruggingszorg mogelijk moeten worden.

PARTNERS IN PROGRAMMA OPTIMAAL LEVEN

JUNI 2020

MEER WETEN?

Kijk voor meer informatie op **www.optimaallevendrenthe.nl**.
of neem contact op via (0592) 33 49 64

WILLEMIJN KEMP, RON DEN OUDEN, BARBER SMIT, PETER SMIT, THEO TOERING, WOUT DIEKMAN, DE DRIE OPTIMAAL LEVEN TEAMS, SUPPORTGROEP LEDEN & AFDELINGEN CONTROL