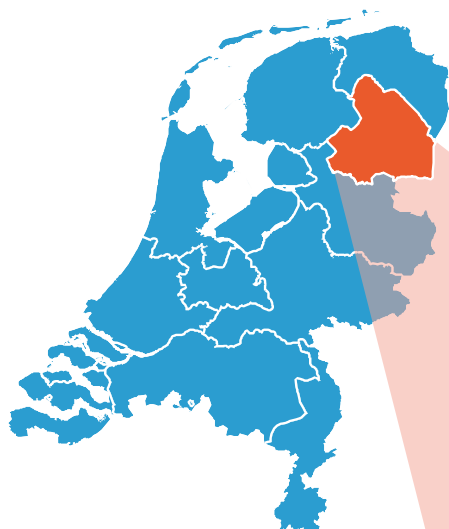


OPTIMAAL LEVEN:

NAAR EEN MEER INTEGRALE AANPAK VOOR MENSEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN



Een tussentijdse onderzoeksevaluatie naar de opbrengsten van twee jaar interdisciplinair en organisatieoverstijgend samenwerken in ambulante Optimaal Leven teams

Colofon

Volledig rapport

Dit document betreft het volledige rapport.

Een beknoptere publieksversie is terug te vinden op www.optimaallevendrenthe.nl

Auteurs

Femke Nijdam, onderzoeker Optimaal Leven

Wout Diekman, onderzoekscoördinator Optimaal Leven

Esther Sportel, senior onderzoeker GGZ Drenthe

Met medewerking van

Werkgroep Monitoring & Onderzoek Optimaal Leven

Johan Arends

Willemijn Kemp

Hans Kroon

Pauline Kruijt-Tijdens

Marcel Niezen

Rianne Steenbergen

Ondersteuning interviews

Ellen Meijer

Peter Smit

Ondersteuning data

Piet Nieuwenhuis

Secretariële ondersteuning

Gea Veenstra

Met dank aan

Geïnterviewde cliënten en medewerkers van Optimaal Leven

Voorwoord

Binnen het programma Optimaal Leven wordt in regionale ambulante teams in Drenthe interdisciplinair en organisatieoverstijgend zorg en ondersteuning geboden aan personen met ernstige psychische aandoeningen. Zij doen dit in zogenaamde proeftuinen en ontwikkelen de nieuwe aanpak al doende, bottom-up dus.

In oktober 2020 waren deze Optimaal Leven teams twee jaar 'in werking'. Dit vormde de aanleiding voor deze tussentijdse onderzoeksevaluatie. Tussentijds duidt daarbij op twee zaken. Ten eerste is deze onderzoeksevaluatie geen slotstuk: de proeftuinen (en onderzoek en monitoring) duren nog voort tot en met december 2021. Ten tweede is deze onderzoeksevaluatie beperkt tot de ervaringen van cliënten en medewerkers.

Deze evaluatie belicht dus voornamelijk de ervaringen van twee belangrijke partijen, de 'uitvoerders' en de 'ontvangers' van Optimaal Leven. Zij zijn voor deze evaluatie uitgebreid gesproken over hun ervaringen met Optimaal Leven. De resultaten van de interviews met twaalf cliënten en vijftien medewerkers vormen daarom de kern van de evaluatie.

Vanaf de start van de proeftuinen zijn de ontwikkelingen daarin door de programmamanager (in samenwerking met andere betrokkenen) opgetekend in halfjaarlijkse praktijkevaluaties. Deze praktijkevaluaties bieden tussentijdse inkijkjes in het reilen en zeilen van de proeftuinen. In deze tussentijdse onderzoeksevaluatie wordt voor het eerst gebruik gemaakt van systematisch verzamelde informatie en ligt de nadruk op een overkoepelende evaluatie van twee jaar Optimaal Leven. Het geeft inzicht in hoe het Optimaal Leven programma op de werkvloer vorm heeft gekregen en wat de (voorlopige) opbrengsten hiervan zijn, vanuit het perspectief van cliënten en medewerkers.

Tot slot wil ik hierbij alle cliënten en medewerkers heel hartelijk danken voor de openhartige interviews waarin jullie mij een inkijkje gunden in jullie leven en werk. Het waren inspirerende gesprekken en vormden een waardevolle basis voor deze onderzoeksevaluatie.

Femke Nijdam
Onderzoeker Optimaal Leven
Mei 2021

Samenvatting

In oktober 2018 zijn drie ambulante Optimaal Leven teams gestart in Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden. Medewerkers van GGZ Drenthe, Cosis en VNN bieden vanuit één team zorg en ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Bij twee van de drie teams is ook een medewerker van de lokale welzijnsorganisatie aangesloten. Deze interdisciplinaire en organisatieoverstijgende teams hebben tot doel om in zogenaamde proeftuinen bottom-up, een nieuwe vorm van zorg en ondersteuning te ontwikkelen die beter aansluit op de specifieke behoeften van de EPA doelgroep. Pijlers van deze nieuwe aanpak zijn het bieden van zorg die geïntegreerd, gebiedsgericht en herstelondersteunend van aard is.

In de afgelopen twee jaar (oktober 2018-oktober 2020) hebben de Optimaal Leven teams de ruimte gekregen om een eigen Optimaal Leven aanpak te ontwikkelen. De vraag die in deze tussentijdse onderzoeksevaluatie centraal staat is: *Hoe heeft het Optimaal Leven programma vorm gekregen in de praktijk en wat zijn de (voorlopige) opbrengsten van de zorg en ondersteuning die geboden wordt volgens cliënten en medewerkers?*

Deze onderzoeksvraag is beantwoord met behulp van interviews en vragenlijsten (periodieke metingen) afgenomen bij medewerkers en cliënten. Zo zijn in het kader van deze onderzoeksevaluatie in het najaar van 2020 vijftien medewerkers en twaalf cliënten geïnterviewd. Daarnaast zijn de uitkomsten van de periodieke metingen, afgenomen tussen oktober 2018 en oktober 2020, benut. Bij cliënten gaat het om metingen van psychosociaal functioneren, ervaren herstel, ervaren kwaliteit van leven en cliënttevredenheid, bij medewerkers om metingen van werkbeleving.

De resultaten laten zien dat er in de proeftuinen van Optimaal Leven een duidelijke ontwikkeling in gang is gezet. Afgezet tegen de drie pijlers, integrale zorg, herstelondersteunende zorg en gebiedsgerichte zorg, lijkt de ontwikkeling van een integrale werkwijze zich het sterkst te hebben voorgedaan. Tevens blijkt deze nieuwe, integrale werkwijze zijn vruchten af te werpen, met als belangrijkste uitkomst voor cliënten dat zij het gevoel hebben meer als mens te worden gezien en voor hulp op meerdere levensgebieden terecht kunnen bij één loket. Ook medewerkers zien duidelijke voordelen van de integrale samenwerking: zij ervaren meer voor de cliënt te kunnen betekenen.

Ook herstelondersteunende zorg en gebiedsgerichte zorg lijken een ontwikkeling te hebben doorgemaakt in de Optimaal Leven teams, met als belangrijkste uitkomst dat de mens meer centraal staat en dat er direct vanaf de intake breed wordt gekeken en ingezet op de behoeften van de cliënt. Belangrijkste aandachtspunt op het gebied van herstelondersteunende zorg is het continu 'vertalen' van de visie op herstel in het dagelijks handelen.

Als het gaat om gebiedsgerichte zorg lijkt het er op dat het beter lukt om samen te werken met lokale (zorg) partners. Tegelijkertijd zien de medewerkers op dit punt nog veel ruimte voor verbetering. Doordat de zaken intern (binnen het team) steeds beter op orde zijn, lijkt er steeds meer aandacht te komen voor samenwerken met lokale partners.

Naast de ontwikkelingen op deze drie pijlers laten de resultaten ook zien dat cliënten tevreden tot zeer tevreden zijn over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen van Optimaal Leven. Daarnaast is de werktevredenheid onder medewerkers hoog. De vrijheid die zij ervaren om in de praktijk een nieuwe, betere aanpak voor mensen met een ernstige psychische aandoening te ontwikkelen speelt daarin een belangrijke rol.

Ondanks de ontwikkelingen die in gang zijn gezet binnen Optimaal Leven en de overwegend positieve (voorlopige) opbrengsten daarvan zijn er ook blijvende uitdagingen als het gaat om het onderhouden en verder brengen van de nieuwe aanpak van Optimaal Leven. De belangrijkste praktijkaanbevelingen zijn:

1. Blijvende aandacht voor de gewenste omvang en samenstelling van het team. Zo zijn er wensen voor het toevoegen van nieuwe expertise (op het gebied van verslaving en LVB) en het uitbreiden van de inzet van welzijnsmedewerkers in Assen en Hoozeveen, van VNN-medewerkers in Assen en trajectbegeleiders in alle teams. Daarnaast wordt het hebben van voldoende regiebehandelaren gezien als een belangrijke voorwaarde om als team goed te kunnen functioneren.
2. Blijvende aandacht voor het op de hoogte zijn van de expertise van verschillende medewerkers en het gericht inzetten van die expertise in de zorg en ondersteuning aan cliënten.
3. Het werken volgens duidelijke afspraken over de rol- en taakverdeling binnen het team op basis van gezamenlijk vastgestelde inhoudelijke en financiële uitgangspunten.
4. Blijvende aandacht voor het vasthouden van de gezamenlijke visie op herstel en de continue vertaling daarvan naar het handelen in de dagelijkse praktijk.
5. Blijvende aandacht voor het nadrukkelijk op de agenda zetten van het zo mogelijk afschalen van zorg en ondersteuning.
6. Blijvende aandacht voor en het uitbouwen van de inzet op naastenbetrokkenheid en samenwerken in de wijk.
7. Blijvende aandacht voor een succesvolle verdere implementatie van I.ROC en het HOP.
8. Weerbarstigheid in de praktijk als het gaat om de snelheid waarmee verwijzingen en WMO-indicaties worden afgegeven.
9. Meer aandacht voor het zorgvuldig werven en inwerken van nieuwe medewerkers, zodat zij voldoende worden meegenomen in de integrale, herstelondersteunende en gebiedsgerichte manier van werken van Optimaal Leven.
10. Aandacht voor voldoende heldere (bestuurlijke) aansturing en communicatie richting de medewerkers.
11. Evalueren van de actieleerssessies en nagaan hoe deze sessies mogelijk nog verbeterd kunnen worden.
12. Het vinden van de juiste balans in het verder ontwikkelen van de proeftuin: medewerkers kunnen niet te veel dingen tegelijkertijd structureel anders gaan doen, dat kost tijd.

Met behulp van deze onderzoeksevaluatie is meer zicht gekregen op hoe het Optimaal Leven programma vorm heeft gekregen in de praktijk en wat daarvan de (voorlopige) opbrengsten zijn. Gezien de omvang van de ontwikkelingen die binnen Optimaal Leven in gang gezet dienen te worden, moet opgemerkt worden dat een tijdsbestek van twee jaar relatief kort is. Dit onderzoek toont daarom nadrukkelijk de voorlopige uitkomsten op basis van ervaringen van cliënten en medewerkers met de proeftuinen van Optimaal Leven op een bepaald moment (najaar 2020). Aan de hand van de praktijkaanbevelingen die in deze onderzoeksevaluatie aan bod komen, kan de ontwikkeling van de proeftuin verder ondersteund en uitgebouwd worden. Tot slot worden er in deze onderzoeksevaluatie diverse aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan. De aard van het programma Optimaal Leven, waarbij ingezet wordt op verandering op drie veelomvattende pijlers op basis van een bottom-up benadering, vereist dat er zowel verdiepend als verbredend onderzoek plaatsvindt en dat de ontwikkelingen over een langere termijn gevolgd worden.

Inhoud

Colofon	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoud	7
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding en achtergrond van het programma Optimaal Leven	8
1.2 Proeftuinen: het programma Optimaal Leven in de praktijk gebracht	11
1.3 Aanleiding en doelstelling van deze tussentijdse onderzoeksevaluatie	14
1.4 Leeswijzer	15
2. Werkwijze onderzoeksevaluatie	16
3. Resultaten	18
3.1 Werkwijze Optimaal Leven in de praktijk	18
3.1.1 Integrale werkwijze	18
3.1.2 Herstelondersteunende werkwijze	29
3.1.3 Gebiedsgerichte werkwijze	34
3.2 Functioneren en welbevinden cliëntenpopulatie	39
3.3 Waardering Optimaal Leven door cliënten	42
3.4 Waardering werken in de proeftuin Optimaal Leven	45
3.5 De proeftuin in ontwikkeling: terugblik en vooruitblik	54
4. Conclusie, discussie en suggesties voor vervolgonderzoek	60
4.1 Conclusie	60
4.2 Discussie	65
4.3 Suggesties voor vervolgonderzoek	67
5. Aanbevelingen voor de praktijk	69
Referenties	74
Bijlage - Uitgebreide beschrijving werkwijze onderzoeksevaluatie	76

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond van het programma Optimaal Leven

Veranderend zorglandschap

In de afgelopen periode veranderde het zorglandschap in Nederland drastisch. De belangrijkste verandering in de geestelijke gezondheidszorg betrof de verdere op- en uitbouw van ambulante zorg vanaf 2012, noodzakelijk vanwege de gewenste bedden afbouw en de hervorming van de langdurige GGZ vanaf 2015. Deze hervorming was onderdeel van de decentralisatie en regelde de overheveling van voorheen vanuit de AWBZ gefinancierde onderdelen van de GGZ naar de Wlz en de WMO¹.

Zowel de decentralisatie als de ambulantisering duiden op een nieuwe zienswijze waarin zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in de eigen omgeving georganiseerd moet worden. Ondanks de ziekte en beperkingen moet ieder mens, die dat wil, een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden, zoveel mogelijk gericht op eigen kracht en regie. Het concept positieve gezondheid, door Machteld Huber in 2012 in Nederland geïntroduceerd, sluit daar naadloos op aan. Gezondheid is niet langer de af- of aanwezigheid van ziekte maar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Gezondheid wordt niet langer gezien als een toestand maar als het vermogen om je aan te passen en zelf te beslissen hoe je met uitdagingen omgaat².

Nieuwe impuls voor zorg aan mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid

De transitie 'van inrichtingenpsychiatrie naar de samenleving' wordt ook aangegrepen om tekortkomingen in de huidige situatie voor personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) op te heffen. Het startschot voor deze nieuwe impuls wordt gegeven met het in 2014 gepubliceerde rapport 'Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij EPA'³.

Dit rapport is een verzameling van inzichten van dat moment over de zorg en ondersteuning van mensen met EPA en geeft richting aan wat beter moet voor deze doelgroep, namelijk: meer herstel op verschillende levensdomeinen.

Voor de manier waarop deze verbeterslag gemaakt moet worden, worden verschillende aanbevelingen gedaan. Maar een belangrijke constatering in het rapport is dat de huidige behandeling, begeleiding en ondersteuning vaak nog onvoldoende aansluit op bij de EPA doelgroep veel voorkomende achterstanden op het gebied van gezondheid, sociale relaties, maatschappelijke acceptatie, werk en inkomen. Het rapport stelt daarom dat er niet alleen aandacht moet zijn voor symptoombehandeling, bemoeizorg en crisisbestrijding maar ook voor rehabilitatie, trajectbegeleiding en stigmabestrijding. En omdat, ondanks de ambulantisering en hervormingen, schotten overeind blijven binnen het zorgdomein (bijvoorbeeld tussen behandeling en begeleiding) en tussen het zorgdomein en andere domeinen (zoals arbeidsreïntegratie) luidt de opdracht: leg verbindingen tussen en binnen de domeinen en organiseer duurzame samenwerking. Oftewel: 'kom over de brug'.

¹ Trimbos-instituut (2018)

² Huber (2013)

³ Kenniscentrum Phrenos (2014)

De publicatie 'Over de brug', en wat dat deed in denken over wat goede zorg en ondersteuning aan mensen met EPA zou moeten inhouden, kan niet los gezien worden van de start van tien regionale taskforces EPA vanaf 2015. In deze taskforces trekt Zilveren Kruis samen met gemeenten, professionals en cliënten op om tot een regionale integrale aanpak te komen die gericht is op burgerschap en herstel⁴. Deze taskforces richten zich allen op (een subgroep binnen) de doelgroep EPA en, ondanks de variëteit aan betrokkenen, valt op dat in elke taskforce in ieder geval GGZ instellingen, RIBW 's, verslavingszorg en de gemeente betrokken zijn. Verschillen zijn er als het gaat om de mate waarin er integraal samengewerkt wordt: van het formuleren van een gezamenlijke visie op zorg, tot het opzetten van gezamenlijke ambulante teams die integrale zorg bieden aan cliënten met EPA.

Start regionale taskforce EPA in Drenthe: Optimaal Leven

De Drentse variant van de regionale taskforces start in september 2015 onder de naam Optimaal Leven. Optimaal Leven is een samenwerking van drie zorgaanbieders (Cosis, GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland), gemeenten (Emmen, Assen en Hoogeveen/De Wolden) en zorgverzekeraars (VGZ en Zilveren Kruis). Optimaal Leven is één van de taskforces waarin gezamenlijke ambulante teams worden opgezet om integrale zorg te bieden aan cliënten met EPA en op die manier bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Aan de start van die gezamenlijke teams in oktober 2018 gaat een drie jaar durend traject vooraf waarin grofweg vijf fasen zijn te onderscheiden. Met behulp van een korte toelichting per fase wordt de aanloop van dit samenwerkingsverband kort geschetst. In de eerste, voorbereidende fase in het najaar van 2015 wordt een externe programmamanager aangesteld en de eerste contouren van een project- en overlegstructuur opgezet. Daarna volgen twee opeenvolgende fasen van onderzoek en verdiepend onderzoek. Een belangrijke stap daarin is het in kaart brengen van het zorggebruik van cliënten met ernstige psychische aandoeningen voor de regio Drenthe middels een vignettenstudie⁵. Daaruit komt onder andere naar voren wat de omvang (4.090 cliënten, op 1 oktober 2013) en verdeling naar aard van de problematiek over verschillende vignetten is in de provincie Drenthe, op basis van het aantal EPA cliënten dat in zorg is bij GGZ Drenthe, Promens Care (nu Cosis) en/of VNN. Na de onderzoeksfasen start de vierde fase waarin de ontwikkeling van visie en richting centraal staat. Daartoe worden bijvoorbeeld regionale dialoogsessies met verschillende stakeholders (zoals cliënten, naasten, ervaringsdeskundigen, zorginstellingen, gemeenten, huisartsen, zorgverzekeraars, politie, woningbouwverenigingen) gehouden waarin vanuit verschillende perspectieven input wordt verzameld over hoe de zorg voor mensen met EPA in Drenthe verbeterd kan worden. Ook wordt in deze fase vastgesteld dat de 'Optimaal Leven werkwijze' vanaf de werkvloer, bottom-up ontwikkeld moet gaan worden. Vervolgens wordt in de fase van voorbereiding en organisatie, en de praktijkfase toegewerkt naar de start van de ambulante Optimaal Leven teams. Zo wordt in deze fasen bepaald dat er drie Optimaal Leven teams (proeftuinen) zullen starten in Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden. Medewerkers worden geworven en in elke proeftuin wordt een projectleider aangesteld. Een inhoudelijk scholingsprogramma ('modulereeks', gedurende twee weken) vormt voor alle medewerkers het startpunt van de proeftuinen van Optimaal Leven.

⁴ Kenniscentrum Phrenos (2019)

⁵ KPMG Plexus (2016)

Uitgangspunten van het programma Optimaal Leven

Vanaf de start van het programma Optimaal Leven in 2015 is het doel om de zorg en ondersteuning te verbeteren en zo bij te dragen aan de kwaliteit van leven van personen met EPA in Drenthe. Gaandeweg het traject (bij het doorlopen van de verschillende fasen) worden de contouren van het programma op bestuursniveau steeds duidelijker⁶.

De contouren kunnen als volgt samengevat worden. Het overkoepelende uitgangspunt is om de zorg en ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen onderling beter af te stemmen door de krachten te bundelen in integrale ambulante Optimaal Leven teams. Deze geïntegreerde zorg wordt mogelijk gemaakt door de samenvoeging van medewerkers met kennis en kunde vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ Drenthe), de verslavingszorg (VNN) en maatschappelijke ondersteuning bij een verstandelijke en/of psychische beperking (Cosis). Op die manier wordt er binnen één team organisatieoverstijgend - en ook interdisciplinair - samengewerkt. De teams worden gestimuleerd om zelf de samenwerking vorm te geven op de werkvloer (bottom-up ontwikkelen). Om integrale samenwerking mogelijk te maken wordt wel een aantal voorwaarden vastgesteld, dit zijn: 1) één persoonlijk plan voor elke cliënt; 2) één budget of op elkaar aansluitende financiering waaruit alle zorg en ondersteuning wordt betaald; 3) integrale registratie en verantwoording, gericht op de behoeften van de cliënt.

Naast het overkoepelende uitgangspunt van integrale zorg is de zorg van Optimaal Leven persoonsgericht en herstelondersteunend. Met persoonsgerichte zorg wordt zorg bedoeld die is afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Niet de problematiek, maar de mens staat centraal en wat die nodig heeft om zich gezond en gelukkig te voelen. Herstelondersteunende zorg houdt in dat de zorg ten dienste staat van het individuele herstelproces waar bij de regie van dat zoveel mogelijk ligt bij de cliënt. De zorg is gericht op zowel de persoonlijke, klinische als maatschappelijke aspecten van herstel.

De verwachting is dat de voorgestane integrale zorg bijdraagt aan een betere en snellere onderlinge afstemming van zorg: rond verschillende levensdomeinen en ook in de afstemming tussen behandeling, begeleiding en ondersteuning. Daarnaast is de verwachting dat het op- en afschalen (althans binnen het team) door de korte lijntjes beter en sneller lukt. Deze efficiëntere zorgverlening zou enerzijds bij moeten dragen aan de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en anderzijds geen stijging van de zorgkosten tot gevolg hebben.

Dit zijn de contouren zoals geformuleerd op bestuursniveau, voor aanvang van de proeftuinen. In de volgende paragraaf worden de contouren van Optimaal Leven 'op de werkvloer' geschetst en beoogt daarmee meer inzicht te geven in hoe de proeftuinen ingericht zijn en functioneren.

⁶ Deze contouren zijn terug te vinden in Complete presentatie Programma Optimaal Leven, december 2018

1.2 Proeftuinen: het programma Optimaal Leven in de praktijk gebracht

Doelgroep Optimaal Leven

Optimaal Leven richt zich in de zorg en ondersteuning op EPA-cliënten en andere personen van 18 jaar en ouder bij wie sprake is van multiproblematiek of multimorbiditeit⁷. EPA staat voor cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Bij deze cliënten is sprake van een psychiatrische stoornis en ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. De beperking is oorzaak en gevolg van psychopathologie (circulariteit) en is langdurig⁸. EPA is niet beperkt tot specifieke diagnoses, maar bepaalde psychiatrische beelden (zoals schizofrenie), drugsgebruik, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen zijn meer typerend voor de EPA-doelgroep omdat ze vaker gepaard gaan met ernstige beperkingen⁹. De cliënt dient daarnaast in het verzorgingsgebied van één van de Optimaal Leven teams te wonen, namelijk in Assen (de wijken Noorderpark, Peelo, Lariks en Pittelo), Emmen (de wijken Angelslo en Emmerhout) of Hoogeveen (gemeente Hoogeveen of gemeente De Wolden).

Bij de start van Optimaal Leven zijn cliënten die voldeden aan bovenstaande criteria en in zorg waren bij Cosis, GGZ Drenthe of VNN (of combinaties daarvan) ingestroomd in Optimaal Leven. Na de start zijn cliënten op reguliere wijze ingestroomd vanuit het verzorgingsgebied. In totaal zijn er in februari 2020 binnen Optimaal Leven 470 cliënten in zorg, verdeeld naar team: Hoogeveen/De Wolden heeft het grootste aantal cliënten in zorg (n=198), gevolgd door Assen (n=179) en Emmen (n=93)¹⁰.

Omvang en samenstelling van de Optimaal Leven teams

Alle Optimaal Leven teams zijn (deels) nieuw gevormde teams, bestaande uit medewerkers van GGZ Drenthe, Cosis en VNN die voorheen werkzaam waren binnen een ander onderdeel (bijvoorbeeld een FACT team) van de moederorganisatie, in het geval van Emmen en Hoogeveen aangevuld met een welzijnsmedewerker. Op 19 oktober 2020 ziet de verdeling van medewerkers er als volgt uit: GGZ Drenthe (n= 43), Cosis (n=12), VNN (n=7) en lokale welzijnsorganisaties (n=2)¹¹. Voor die laatste groep geldt dat het een medewerker van Sedna betreft in Emmen en een medewerker van SWW in Hoogeveen/De Wolden. Vanuit Vaart Welzijn maakt op dit moment in de praktijk geen medewerker deel uit van team Assen. In totaal zijn 72 medewerkers werkzaam binnen een Optimaal Leven team (exclusief secretariaat en projectleiders gaat het om 64 medewerkers).

De teams, exclusief secretariaatsmedewerkers en projectleiders, variëren in omvang, waarbij team Hoogeveen de grootste omvang heeft (n=25 medewerkers), gevolgd door team Assen (n=23 medewerkers) en Emmen (n=16 medewerkers). In alle teams vormen de medewerkers van GGZ Drenthe de grootste groep, in Assen gaat het om 74% (17 medewerkers), in Hoogeveen om 72% (18 medewerkers) en in Emmen om 50% (8 medewerkers) van het totaal aantal medewerkers binnen het team. Na de GGZ Drenthe

⁷ Optimaal Leven teams, het 1e half jaar (praktijkevaluatie)

⁸ Delespaul en consensusgroep EPA (2013)

⁹ Mulder, Weeghel, Delespaul et al. (2020)

¹⁰ Cijfers van peildatum februari 2020, verkregen via: Optimaal Leven teams, het 3e half jaar (praktijkevaluatie)

¹¹ Alle gepresenteerde cijfers rondom aantal medewerkers zijn opgevraagd bij de projectleiders en gebaseerd op peildatum 19 oktober 2020. Stagiaires zijn buiten beschouwing gelaten

medewerkers vormen Cosis medewerkers de grootste groep (4 medewerkers in elk team), gevolgd door VNN (2 medewerkers in Assen en Hoogeveen, 3 medewerkers in Emmen) en welzijn (1 medewerker in Emmen en 1 medewerker in Hoogeveen/De Wolden).

Het aantal uren dat medewerkers op weekbasis werkzaam zijn binnen Optimaal Leven varieert van 4 tot 36 uur. Ondanks dat het aantal medewerkers vanuit de verschillende moederorganisaties in de drie teams redelijk gelijkwaardig verdeeld zijn, pakt dit qua ingezette uren soms anders uit. Dit geldt bijvoorbeeld voor de welzijnsorganisaties: waar de Sedna-medewerker twintig uur per week in team Emmen werkt, is dit voor de SWW-medewerker in team Hoogeveen/De Wolden vier uur per week. Een verschil is ook te zien met betrekking tot de ureninzet van VNN-medewerkers, in team Emmen zijn dit op weekbasis 88 uren (verdeeld over drie medewerkers) en in team Hoogeveen/De Wolden 36 uren (verdeeld over twee medewerkers), terwijl de ureninzet van VNN in team Assen met 16 uren (verdeeld over twee medewerkers) veel lager is.

In alle teams zijn verpleegkundigen (van GGZ Drenthe en VNN), psychiaters (GGZ Drenthe), persoonlijk begeleiders ambulantly (Cosis) en ervaringsdeskundigen (GGZ Drenthe, Cosis en VNN) werkzaam. Andere functies die in één of twee teams vertegenwoordigd zijn: sociaal psychiatrisch verpleegkundige (GGZ Drenthe), maatschappelijk werker (GGZ Drenthe, SWW), verpleegkundig specialist GGZ (GGZ Drenthe), trajectbegeleider IPS (GGZ Drenthe), psychodiagnostisch medewerker (GGZ Drenthe), GGZ Agoog (VNN), basispsycholoog (GGZ Drenthe), systeemtherapeut (GGZ Drenthe) en buurtwerker (Sedna).

Werkwijze Optimaal Leven

In de voorbereiding van de Optimaal Leven teams is nadrukkelijk de keuze gemaakt om niet een methodiek te implementeren, maar om de teams de ruimte te geven om een Optimaal Leven aanpak te ontwikkelen. Dat betekent dat in de proeftuinfase de praktijk leidend is voor de te ontwikkelen werkwijze en methodiek. Er is ruimte om vanaf de werkvloer te onderzoeken hoe de integrale zorg en ondersteuning van mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid inhoudelijk en procesmatig gezien het beste vorm gegeven kan worden. Om het verder ontwikkelen van de proeftuin te faciliteren, krijgen medewerkers 'ontwikkeltijd' tot hun beschikking en wonen medewerkers actielessessies bij. Dit zijn maandelijks lokale actielessessies (binnen het team) en eens per kwartaal een centrale actielessessie met alle medewerkers van Optimaal Leven.

Na een proeftuinperiode van twee jaar tekenen zich drie ambities en bijbehorende ontwikkelingen af in de werkwijze, hetgeen gezien kan worden als kenmerkend aan Optimaal Leven. Allereerst is kenmerkend dat er vanuit één team integraal meerdere vormen van zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning) kan worden geboden door medewerkers uit verschillende disciplines en achtergronden. Door de gedeelde verantwoordelijkheid voor cliënten en de korte lijntjes tussen de medewerkers kan de zorg onderling goed afgestemd worden en zo nodig binnen het team op- of afgeschaald worden (zowel wat betreft intensiteit als in aard van de ondersteuning). Doordat de medewerkers voor Optimaal Leven werken, maar in dienst zijn van een moederorganisatie (Cosis, GGZ Drenthe, VNN, Sedna of SWW) kan via die medewerkers zo nodig ook het zorgaanbod van die moederorganisaties vlot ingezet worden.

Een tweede kenmerk dat zich aftekent is een gebiedsgerichte werkwijze. Twee van de drie Optimaal Leven teams zijn, samen met andere regionale partnerorganisaties, gevestigd in een wijkcentrum in één van de

wijken die wordt bediend, zo is team Emmen gevestigd in Angelslo en team Assen in Noorderpark. Voor de cliënten van deze locaties geldt dat zij dichtbij terecht kunnen. Voor de cliënten van team Hoogeveen/De Wolden kan deze afstand wat groter zijn vanwege het grotere verzorgingsgebied dat dit team bestrijkt (twee gemeenten). Wat ook anders is, is dat team Hoogeveen/De Wolden opereert vanaf een gedeeld ziekenhuis- en GGZ Drenthe terrein. In afstemming met de cliënt worden afspraken bij de cliënt of op locatie van Optimaal Leven gepland, maar in beide gevallen is de zorg laagdrempelig en dichtbij, voor zowel cliënten als medewerkers. Naast het (in meer of mindere mate) fysiek aanwezig zijn in de wijk wordt door medewerkers ook op casus- en organisatieniveau de verbinding gezocht met relevante partijen vanuit de informele zorg en eerstelijnszorg.

Tot slot wordt er in Optimaal Leven teams ingezet op het bieden van persoonsgerichte zorg (de persoon en zijn naaste omgeving staat centraal), gebaseerd op de vier domeinen van herstel: persoonlijk, symptomatisch, functioneel en maatschappelijk¹². Hieruit vloeit ook voort dat cliënten en naasten ('het systeem') zoveel mogelijk betrokken worden bij de zorg en ondersteuning.

Herstelondersteunende zorg heeft ook een concrete uitwerking gekregen in de zin dat er gewerkt wordt met één persoonlijk herstel ondersteuningsplan¹³ (HOP) voor elke cliënt, beschikbaar via het EPD. Het behandelplan is niet meer verplicht: het HOP kan als behandelplan ingevuld worden. En in de behandelovereenkomst kan naar het HOP verwezen worden als uitvoering van de behandelovereenkomst. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een instrument (Individual Recovery Outcome Counter, I.ROC¹⁴), aan de hand daarvan kan de medewerker met de cliënt in gesprek gaan over de verschillende hersteldomeinen. Tot slot bevinden zich in ieder team ervaringsdeskundigen die - zowel in handelen als in aanbod van groepsactiviteiten - herstel en het aansluiten bij de cliënt en (de eigen invloed op) zijn of haar herstelproces centraal stellen.

De zorgadministratie door de medewerkers van Optimaal Leven geschiedt deels binnen de systemen van de eigen moederorganisatie, sinds medio 2019 kan daarnaast door alle medewerkers van Optimaal Leven het EPD van GGZ Drenthe benut worden. Dit is mogelijk gemaakt door medewerkers van Cosis en VNN toegang tot een GGZ Drenthe account en mailadres te verschaffen.

¹² Van der Stel (2015)

¹³ Het format voor het HOP kan terug gevonden worden in: Optimaal Leven teams, het 1e half jaar (praktijkevaluatie)

¹⁴ Voor meer informatie over de I.ROC zie: Ion, Monger, Hardie et al. (2013)

1.3 Aanleiding en doelstelling van deze tussentijdse onderzoeksevaluatie

Zoals eerder beschreven, is er binnen Optimaal Leven bewust voor gekozen de teams de ruimte te geven om een eigen Optimaal Leven aanpak te ontwikkelen. Binnen de kaders van integraal samenwerken in één team, gebiedsgericht werken en het bieden van persoonsgerichte en herstelondersteunende zorg, is er in de afgelopen twee jaar 'geproeftuind' om de kaders in de praktijk te vullen.

In deze evaluatie is ervoor gekozen om de (ervaringen van) cliënten en medewerkers centraal te stellen. Zij worden gezien als belangrijkste bronnen om meer inzicht te krijgen in hoe de proeftuinen zich de afgelopen twee jaar ontwikkeld hebben. Als gevolg van deze afbakening vallen andere bronnen, zoals naasten en lokale netwerkpartners, buiten de scope van deze onderzoeksevaluatie.

Doelstelling van deze tussentijdse onderzoeksevaluatie is antwoord geven op de overkoepelende vraag:

“Hoe heeft het Optimaal Leven programma vorm gekregen in de praktijk en wat zijn de (voorlopige) opbrengsten van de zorg en ondersteuning die geboden wordt volgens cliënten en medewerkers?”

Om deze overkoepelende vraag te beantwoorden, zullen de volgende deelvragen beantwoord worden:

1. In hoeverre en op welke manier heeft de werkwijze van Optimaal Leven in de praktijk vorm gekregen als het gaat om integraal, herstelondersteunend en gebiedsgericht werken?
2. Hoe kan de cliëntenpopulatie getypeerd worden als het gaat om psychosociaal functioneren en ervaren herstel en kwaliteit van leven?
3. Hoe ervaren cliënten de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven en in hoeverre zijn zij hier tevreden over? Wat zien zij daarin als sterke punten en verbeterpunten?
4. Hoe beleven medewerkers het werken in de proeftuin en in hoeverre zijn zij tevreden met hun baan? Welke aspecten bevorderen en belemmeren de mate van tevredenheid?
5. Wat zijn volgens medewerkers de belangrijkste ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan binnen de proeftuin en hoe zien zij de toekomst van Optimaal Leven?

Deze deelvragen worden beantwoord op basis van interviews met cliënten en medewerkers, en op basis van periodieke metingen van cliënten (onder andere over cliënttevredenheid en herstel) en medewerkers (over werkbeleving). Meer informatie over de wijze waarop deze evaluatie tot stand is gekomen komt aan bod in hoofdstuk 2.

Met behulp van deze evaluatie beogen we specifiek de gehanteerde aanpak en de (voorlopige) opbrengsten van Optimaal Leven voor het voetlicht te brengen. De resultaten kunnen benut worden in de verdere ontwikkeling van de bestaande proeftuinen en de nog op te starten proeftuin in Midden-Drenthe.

Naast de kanttekening dat deze evaluatie niet alle aspecten van Optimaal Leven onderzoekt (cliënten en medewerkers staan centraal) is het ook belangrijk om te noemen dat dit onderzoek exploratief beschrijvend van aard is. Omdat het binnen Optimaal Leven gaat om een bottom-up ontwikkeling (de ontwikkeling is nog gaande) en niet om de implementatie van een vastomlijnde interventie kan van een effectstudie geen sprake zijn.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport bestaat naast huidig inleidend hoofdstuk uit vier hoofdstukken. Ten eerste wordt beschreven welke werkwijze gehanteerd is bij de totstandkoming van deze onderzoeksevaluatie (hoofdstuk 2). Vervolgens worden de resultaten weergegeven (hoofdstuk 3). Dit hoofdstuk bestaat uit vijf paragrafen. In 3.1 komt aan bod hoe de Optimaal Leven werkwijze in de praktijk vorm heeft gekregen. Vervolgens wordt in 3.2 ingegaan op het functioneren en welbevinden van de cliëntenpopulatie van Optimaal Leven. In de daaropvolgende paragrafen komt aan bod hoe cliënten de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven ervaren (3.3) en hoe medewerkers het werken in de proeftuinen ervaren (3.4). In de laatste paragraaf (3.5) wordt er terug- en vooruit geblikt op de ontwikkeling van de proeftuinen. Daarna volgt een conclusie, discussie en suggesties voor vervolgonderzoek (hoofdstuk 4). Het rapport wordt afgesloten met praktijkbevelingen (hoofdstuk 5).

2. Werkwijze onderzoeksevaluatie

De onderzoeksevaluatie is gebaseerd op de resultaten van interviews en vragenlijsten (periodieke metingen) afgenomen bij cliënten en medewerkers. Hier volgt een korte toelichting op hoe deze onderzoeksevaluatie tot stand is gekomen. Voor een uitgebreide toelichting zie Bijlage.

Interviews

Voor deze onderzoeksevaluatie zijn tussen 1 oktober 2020 en 23 november 2020 in totaal twaalf cliënten geïnterviewd over hun ervaringen met de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven, evenredig verdeeld naar de Optimaal Leven regio's (Assen, Emmen, Hogeveen/De Wolden). Dit betekent dat van elk Optimaal Leven team vier cliënten zijn geïnterviewd.

Daarnaast zijn er tussen 3 november 2020 en 30 november 2020 in totaal vijftien medewerkers van Optimaal Leven geïnterviewd over hun ervaringen met het bieden van zorg en ondersteuning binnen Optimaal Leven, evenredig verdeeld naar de Optimaal Leven regio's (Assen, Emmen, Hogeveen/De Wolden). Dit betekent dat van elk Optimaal Leven team vijf medewerkers zijn geïnterviewd.

Meer informatie over de selectiecriteria voor respondenten en over de interviews, waaronder de onderwerpen die daarin aan de orde kwamen, kan gevonden worden in de Bijlage.

Periodieke metingen

Voorafgaand aan de start van de proeftuinen is er een set periodieke metingen¹⁵ vastgesteld voor cliënten van Optimaal Leven, waar mogelijk zijn deze afgestemd op bestaande periodieke metingen van GGZ Drenthe (waaronder Phamous¹⁶), VNN en Cosis. Als een cliënt in zorg komt bij het Optimaal Leven team worden in de eerste drie maanden vragenlijsten ingevuld. Dit wordt jaarlijks herhaald. Voor de invoer van deze metingen is het datasysteem dat is geïntegreerd in het EPD (Roqua) van GGZ Drenthe benut. De metingen van cliënten van Cosis of VNN die niet dit EPD staan zijn vanaf papier apart ingevoerd.

In deze onderzoeksevaluatie worden de metingen, afgenomen tussen oktober 2018 en oktober 2020, op het gebied van psychosociaal functioneren (HoNOS), ervaren herstel (I.ROC), cliënttevredenheid (CQi) en kwaliteit van leven (MANSA) in kaart gebracht. De uitkomsten geven zicht op de huidige situatie van een cliënt op deze verschillende domeinen.

Door de metingen te herhalen kunnen de veranderingen over de tijd in kaart worden gebracht. In de praktijk blijkt het vaak lastig eenduidige klinisch betekenisvolle veranderingen over de tijd vast te stellen van groepsgemiddelden^{17,18}. Op dit moment zijn er nog onvoldoende vervolgmetingen verzameld om analyses

¹⁵ De zes periodieke metingen die binnen Optimaal Leven worden afgenomen zijn: de I.ROC (herstel), HoNOS (psychosociaal functioneren), CQi (cliënttevredenheid), MANSA (kwaliteit van leven), Happiness Index (geluk) en FR (functionele remissie)

¹⁶ Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (Phamous)

¹⁷ Mulder, Staring, Loos et al. (2004)

¹⁸ Nugter, Buwalda, Dhondt et al. (2012)

met betrekking tot veranderingen over de tijd zorgvuldig te kunnen doen. Analyses naar veranderingen over de tijd zijn daarom geen onderdeel van dit rapport. Op basis van de eerste metingen is een vergelijking van uitkomsten tussen cliënten van de verschillende Optimaal Leven teams wel mogelijk.

Daarnaast is het in deze fase ook niet goed mogelijk om aan te geven in hoeverre de uitkomsten een gevolg zijn van de aanpak van Optimaal Leven, het is geen effectstudie. Zoals in hoofdstuk 1 is toegelicht is de Optimaal Leven aanpak in de afgelopen twee jaar ontwikkeld. Dit beïnvloedt de interpretatie van uitkomsten, veranderingen of juist het uitblijven daarvan. In deze onderzoeksevaluatie worden voor de HoNOS, I.ROC, CQI en MANSA de resultaten van de eerste meting op groepsniveau weergegeven. Dit zijn instrumenten die kern aspecten meten waar Optimaal Leven zich op richt: kwaliteit van leven, cliënttevredenheid, herstel en functioneren.

Ook bij medewerkers van Optimaal Leven is vanaf de start van de proeftuinen jaarlijks een periodieke meting afgenomen. Het gaat om de werkbelevingslijst (UBES-9). In deze onderzoeksevaluatie zijn de resultaten van drie metingen (2018, 2019 en 2020) in kaart gebracht.

Invloed COVID-19 pandemie

De interviews ten behoeve van deze onderzoeksevaluatie vonden plaats tijdens de COVID-19 pandemie. De invloed van deze pandemie op het functioneren van de Optimaal Leven teams maakte geen deel uit van het onderzoek en is in de interviews met medewerkers en cliënten dan ook niet op die wijze aan de orde gekomen. De pandemie heeft echter wel impact op Optimaal Leven, daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan: cliëntcontacten vinden (meer) plaats middels (video)bellen, actieleersessies die omgezet zijn naar digitale bijeenkomsten en beperkte mogelijkheden voor het organiseren van groepsbijeenkomsten voor cliënten. Deze omstandigheden hebben de beantwoording van de interviewvragen daardoor op sommige punten mogelijk mede gekleurd. Hetzelfde geldt voor een deel van de periodieke metingen die tussen maart 2020 en oktober 2020 bij cliënten en medewerkers zijn afgenomen.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de vijf deelvragen beantwoord. Elke deelvraag wordt beantwoord met behulp van de uitkomsten van periodieke metingen, interviews (met cliënten of medewerkers) of combinaties daarvan.

3.1 Werkwijze Optimaal Leven in de praktijk

In deze paragraaf wordt de volgende vraag beantwoord: *In hoeverre en op welke manier heeft de werkwijze van Optimaal Leven in de praktijk vorm gekregen als het gaat om integraal, herstelondersteunend en gebiedsgericht werken?* Deze vraag wordt beantwoord met behulp van de uitkomsten van interviews met cliënten (n=12) en medewerkers (n=15). In deze paragraaf staan we achtereenvolgend stil bij de integrale, herstelondersteunende en gebiedsgerichte werkwijze zoals dat ervaren wordt door medewerkers en cliënten. Waar mogelijk worden de ervaringen van medewerkers en cliënten naast elkaar gelegd.

3.1.1 Integrale werkwijze

Binnen het Optimaal Leven team werken medewerkers van verschillende disciplines en moederorganisaties samen vanuit één team. In deze paragraaf gaan we in op hoe de rol- en taakverdeling binnen het team vorm heeft gekregen. Vervolgens staan we stil bij de opbrengsten van de integrale werkwijze vanuit het perspectief van medewerkers. Daarna komt aan de orde hoe cliënten de integrale zorg ervaren: in hoeverre zijn zij bekend met het organisatieoverstijgende aspect van Optimaal Leven? En wat zijn volgens hen de opbrengsten daarvan? Daarna wordt de samenhang in ervaren opbrengsten van medewerkers en cliënten besproken, waarna de aandachtspunten en knelpunten van de integrale aanpak vanuit het perspectief van medewerkers aan de orde komt. De paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

Rol- en taakverdeling in het team

Op basis van het verhaal van de cliënt worden medewerkers gekoppeld aan een nieuw aangemelde cliënt, dit gebeurt bij de intake door de triagecommissie en/of in het MDO. Dan wordt er gekeken wie er nog ruimte heeft en bij wie de problematiek en hulpvraag van de cliënt past. Verschillende medewerkers geven aan dat er wordt gezocht naar een goede match tussen cliënt en hulpverlener. Het gaat dan bijvoorbeeld om kennis of affiniteit met bepaalde problematiek. Daarnaast zijn er binnen de teams aandachtsfunctionarissen (waaronder herstel, naastenbetrokkenheid) aangewezen en hebben sommige medewerkers een bepaalde expertise (bijvoorbeeld IRB) waarvoor zij gericht ingezet worden.

Aan elke cliënt worden één of twee casemanagers verbonden. In de teams vervullen bijna alle medewerkers deze rol, met uitzondering van de (regie)behandelaars, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de psychodiagnostisch medewerker. Daarnaast geldt voor ervaringsdeskundigen dat zij in team Hoogeveen/De Wolden alleen ingezet worden als tweede casemanager ('in verband met, als er sprake is van dwang en drang, dan is de gelijkwaardigheid weg'). Of de ervaringsdeskundige ook de rol van (eerste of tweede) casemanager vervult, is verder afhankelijk van hoe de ervaringsdeskundige hier zelf in staat en afhankelijk van de noodzaak

hiertoe door drukte, geven medewerkers aan. Sommige medewerkers twijfelen over of het wenselijk is of de ervaringsdeskundige ook (eerste of tweede) casemanager moet zijn want 'zij hebben juist specifieke kennis en een specifieke rol, dus dan is het juist mooi als ze ook echt beschikbaar zijn daarvoor, dat ze niet de druk hebben van een caseload'.

Alle medewerkers hebben zo hun eigen deskundigheden en die worden ook allemaal gewaardeerd, zo komt duidelijk naar voren in de interviews. Daarbij is door sommigen specifiek de (aanvullende) deskundigheid van welzijn en Cosis medewerkers benoemd. Zo wordt de meerwaarde van medewerkers van de lokale welzijnsorganisaties gezien in dat zij heel goed de weg weten in de wijk en de sociaal maatschappelijke structuren die er zijn. Voor Cosis medewerkers wordt benoemd dat hun ervaring met LVB problematiek helpend is, dat zij de sociaal emotionele ontwikkeling nadrukkelijker op de kaart hebben gezet als onderdeel van de diagnostiek en meer geneigd zijn om contacten te leggen in de wijk.

De interdisciplinaire en organisatieoverstijgende samenstelling van de Optimaal Leven teams maakt ook dat er een meer heterogene mix van persoonlijke kwaliteiten en expertise aanwezig is. Het is een nieuwe mix die in andere ambulante teams niet aan de orde is: dit vraagt van de medewerkers in de Optimaal Leven teams dat al doende moest uitkristalliseren wie doet wat en waarom? In de interviews is aan bod gekomen hoe medewerkers dit ervaren: kunnen zij binnen de teams hun persoonlijke kwaliteiten en expertise goed inzetten? De meeste medewerkers (n=10) zeggen dat dit het geval is, dat het lukt om tot hun recht te komen. De overige medewerkers (n=5) geven aan van mening te zijn dat ze (groten)deels hun kwaliteiten en expertise in kunnen zetten, maar dat dat op sommige vlakken soms nog beter kan.

Een medewerker ziet nog wel mogelijkheden om als individu en uiteindelijk als team nog beter uit de verf te komen, deze medewerker zegt daarover:

"Ik denk dat het goed zou zijn om nog wel iets meer te investeren in het team zeg maar, elkaar beter leren kennen. Nog beter elkaar leren kennen. Dat je van elkaar ook beter weet waar je goed in bent. Dat vind ik nu al een heel stuk verbeterd ten opzichte van hoe het was toen ik net binnen kwam, maar ik denk dat we daar misschien ook nog wel wat winst kunnen behalen."

Andere genoemde belemmeringen (allen n=1) bij het inzetten van de eigen kennis en kunde zijn: moeite hebben met zichzelf uiten, door volle caseload soms niet verbonden kunnen worden aan 'passende' cases, onderbenutting doordat collega's soms geen taken af willen staan, onderbenutting van kwaliteiten op het gebied van begeleiden van lotgenotengroepen voor mensen met een psychose en tot slot: tekort aan behandelaars waardoor er onvoldoende tijd overblijft voor het geven van therapie. Medewerkers benoemen ook aspecten die bevorderend werken bij het kunnen inzetten van de eigen kwaliteiten en expertise: gevoelde ruimte om mee te denken en initiatieven te ontplooien (n=2), faciliterende opstelling van de projectleider (n=1), uren weg kunnen schrijven op ontwikkeling (n=1), goede afstemming en respect voor elkaar (n=1) en de intercollegiale wisselwerking van kennis en kunde (n=1).

Opbrengsten integrale werkwijze volgens medewerkers

Medewerkers is gevraagd welke voordelen zij zien in het werken in een interdisciplinair en organisatieoverstijgend team. De vijf belangrijkste opbrengsten die door medewerkers worden genoemd zijn de ervaren gezamenlijke verantwoordelijkheid (n=4), het kunnen benutten van uiteenlopende expertise en invalshoeken (n=3), betere en makkelijkere afstemming van zorg en ondersteuning rondom een cliënt (n=4), het gecombineerd aanbieden van behandeling en begeleiding vanuit één team (n=4) en het makkelijker kunnen op- en afschalen binnen Optimaal Leven (n=7). Hieronder worden deze opbrengsten verder toegelicht.

Een eerste opbrengst die door medewerkers (n=4) wordt benoemd van het interdisciplinair en organisatieoverstijgend werken, is dat zij Optimaal Leven ervaren als één team met een gezamenlijke verantwoordelijkheid richting de cliënt en zijn of haar behoeften. Volgens deze medewerkers brengt dat verschillende voordelen met zich mee. Ten eerste wordt genoemd dat het daadwerkelijk onderdeel zijn van één team belangrijk is om een goede samenwerking op gang te brengen: ‘Door gewoon in een team geplaatst te worden leer je elkaar heel goed kennen en dus loopt de samenwerking beter’. Ten tweede benoemt een medewerker dat het samenwerken in één team leidt tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid, maar daardoor ook tot gezamenlijke inzet en snellere acties, indien nodig:

“Door de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid is er wel verschil in op- en afschalen binnen Optimaal Leven, vergeleken met hoe ik het hiervoor gewend was. Met name voor BW cliënten is mijn ervaring dat het best moeilijk is om GGZ opgeschaalde zorg te krijgen. (...) Maar als je als BW merkt dat er mensen beginnen af te glijden of wat dan ook, dan is het best lastig om dat... Nou, in het verleden moest je van goeden huize komen aan te tonen aan de FACT medewerker dat er meer nodig was of dat er een glijdende schaal aan het ontstaan was of dat wij de eerste signalen zagen van terugval. Zeker omdat cliënten ook wel geneigd zijn om dat niet altijd even zichtbaar te maken, zeker in zo’n uurtje kan je je best heel goed houden. (...) En ik weet wel dat er best met enige regelmaat gevoeld werd dat je niet ondersteund werd vanuit de GGZ kant. Dat is nu anders. Want als er nu wat is, dan ligt het hier in ons gezamenlijk team, dus kun je ook meteen kijken wat is nu wijsheid om daar in te doen en bespreek je het ook meteen met elkaar.”

Ook wordt door een medewerker genoemd dat de machteloosheid die voorheen wel eens gevoeld werd vanuit de afzonderlijke organisaties nu minder aan de orde is doordat er bredere expertise in huis is die gemakkelijk aangesproken kan worden:

“Het voordeel is dat je doet wat nodig is. En dat je daar de mensen en de mogelijkheden voor hebt. Dan is wel een voorwaarde dat je die mensen en mogelijkheden ook daadwerkelijk krijgt. Doordat we het samen doen kunnen we ook over de grenzen heen, van wat vroeger verslavingszorg was en woonzorg, kunnen we het samen doen. Wat er vroeger gebeurde was dat Cosis zich heel erg alleen voelde met moeilijke mensen. Dat VNN zich met psychiatrie alleen voelde, dat wij ons met verslaving alleen voelden. En nu kunnen we dat samen doen.”

Een neveneffect van het interdisciplinair en organisatieoverstijgend samenwerken is volgens een medewerker het ontstaan van onderling begrip en behulpzaamheid rond zaken waar collega's tegen aan lopen ('Je deelt de last van tegen dingen aan knallen, waardoor je ineens ook veel meer zicht krijg op de ingewikkeldheden en ook op wat jij weer kan doen om het voor de ander makkelijker te maken en vice versa').

Een tweede opbrengst van het integraal samenwerken in Optimaal Leven teams die door medewerkers (n=3) wordt benoemd is het gebruik kunnen maken van uiteenlopende expertise en invalshoeken. Zij geven aan geconfronteerd te worden met uiteenlopende perspectieven van collega's op basis van discipline en organisatieachtergrond. Als iemand nieuw in zorg komt, wordt die cliënt besproken in het team en kan iedereen vanuit zijn eigen discipline en moederorganisatie input geven, zo geeft een medewerker aan. Maar naast deze inhoudelijke input, draagt het in één team samenwerken ook bij aan het kritisch evalueren van elkaars benadering en handelen. Een medewerker zegt:

"(...) Ondanks het feit dat er voorheen ook echt wel samenwerkingen waren tussen Cosis en VNN en zo. Je besmet elkaar niet met de visie die je hebt ook over van nou of je nu wel of niet betuttelend aan werk bent, niet of je iemand nu wel of niet heel erg beschermt waardoor ie niet meer uit zijn schulp kan komen, dus je besmet elkaar niet. Dat merk je heel erg doordat je zo nauw met elkaar samen werkt, dat dat wel gebeurt. De cliënt die heeft daar alleen maar baat bij."

In aanvulling op het gebruik kunnen maken van uiteenlopende expertise en invalshoeken geeft één medewerker aan dat alle informatie, die altijd bekend is, nu veel sneller met elkaar gedeeld wordt, zo kan er bijvoorbeeld gebruik gemaakt worden van elkaars sociale kaart.

Een derde genoemde opbrengst is betere en makkelijkere afstemming van zorg en ondersteuning rondom een cliënt (n=4). Deze medewerkers geven aan te profiteren van de korte lijntjes tussen collega's onderling, waardoor afstemming van zorg en ondersteuning rond een cliënt makkelijker is geworden. Eén medewerker zegt daarover:

"Nou bijvoorbeeld als er een cliënt naar Cosis moest worden verwezen dan ging dat via het aanmeldcentrum, via allerlei schijven en daar ging tijd overheen. Hetzelfde voor VNN. En nu stoot je even je collega aan van: goh ik heb een cliënt voor je. En de lijntjes zijn veel korter waardoor het ook minder tijd kost voor de cliënt. In principe kan Cosis of VNN ook direct worden ingevlogen."

Tegelijkertijd geven twee medewerkers aan dat doorverwijzen (naar GGZ Drenthe, VNN of Cosis) weliswaar sneller gaat dan eerder, maar dat de praktijk toch weerbarstig blijft. Zij geven aan te denken dat het sneller zou moeten kunnen: 'korte lijnen, brief, aan de slag'. Ook benoemt een medewerker dat de snelheid waarmee een WMO-beschikking wordt afgegeven nog te wensen over laat.

Een vierde genoemde opbrengst betreft (n=4) het gecombineerd aanbieden van behandeling en begeleiding vanuit één team. Het lijkt er op dat dit gecombineerde aanbod op verschillende manieren doorwerkt in de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven. Ten eerste zorgt het gecombineerd aanbieden van begeleiding en behandeling ervoor dat niet een deel van de problematiek van een cliënt centraal staat, maar dat er samen met de cliënt wordt gekeken op welke levensgebieden ondersteuning gewenst is. Een medewerker zegt:

“En de meerwaarde is, dat al die kanten, dat alles wel aan bod kan komen. Dat het niet alleen maar de verslaving is, of alleen maar de depressie is. Er wordt aan alle kanten gekeken: waar zou je hulp bij kunnen gebruiken? Wat zou je verder helpen? Waar zou je wat aan kunnen hebben?”

De medewerkers geven aan dat door de brede expertise die in huis is, er met een bredere blik gekeken wordt naar de cliënt en de gewenste zorg en ondersteuning. Daarnaast lijkt het er op dat er eerder en vanzelfsprekender ingezet wordt op begeleiding naast behandeling dan in de ‘standaard zorg’. Een medewerker geeft in dit verband aan dat de inzet van begeleiding naast behandeling, ten opzichte van de eerder opgedane ervaring daarmee binnen een FACT team, beter van de grond komt: ‘De inzet van begeleiding naast behandeling is nu eigenlijk vanzelfsprekend en wordt vaak al vanaf de intake ingezet’. Voordeel is ook dat begeleiding en behandeling tegelijkertijd en in samenhang met elkaar ingezet kan worden. Een medewerker zegt daarover:

“Ik denk dat het de visie is, dat we met elkaar zeggen over Optimaal Leven, dan gaat het over we willen die persoon in zijn volledigheid met zijn diagnoses, met zijn handicaps, zo goed mogelijk ondersteunen bij al zijn dagelijkse facetten. En dat zegt natuurlijk ook de GGZ altijd al wel, en dat zegt ook VNN en dat zegt Cosis ook. En dat zegt ook eigenlijk de welzijnsorganisatie. Want die hebben we ook nog in ons team, wat heel fijn is. Maar we trekken natuurlijk altijd aan onze eigen touwtjes. Om daar iets in te doen. En het is zo fijn... die gezamenlijke touwtjes, want daarin kan je veel meer dat het van meerwaarde is, voor diegene helpend zijn. Want soms werkt het niet als je aan één touwtje trekt, als er niet ook aan dat andere touwtje tegelijkertijd wordt getrokken.”

Ook geven medewerkers aan (n=2) dat, doordat VNN en GGZ Drenthe samenwerken binnen Optimaal Leven, de vraag ook niet meer speelt welke problematiek (verslaving of psychische problemen) bij een cliënt nu het meest voorliggend is. Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid; er kan niet meer naar elkaar gewezen worden.

Ten slotte is een vijfde opbrengst van integraal samenwerken in één team, met begeleidings- en behandelingsaanbod, het sneller en soepeler kunnen op- en afschalen. Het kan dan gaan om zowel het verhogen of verlagen van de intensiteit van de zorg en ondersteuning, als om het inzetten van een zwaardere of lichtere vorm van zorg. Een deel van de medewerkers (n=7) is van mening dat het op- en afschalen sneller gaat. Daarnaast is er één medewerker die aangeeft dat dit alleen voor afschalen geldt, en één medewerker die van mening is dat het op- en afschalen niet sneller gaat dan eerder. De overige medewerkers (n=5) is de vraag niet gesteld.

Een aantal medewerkers (n=7) is dus van mening dat het op- en afschalen sneller gaat. In de interviews komt

naar voren dat met name het afschalen binnen Optimaal Leven anders wordt ervaren. Dit komt doordat er voor opschalen vaak een duidelijke, soms acute, aanleiding is vanuit de situatie van een cliënt, terwijl voor het kunnen afschalen veel minder vaak een duidelijke aanleiding is. Opschalen is dus meer reactief, terwijl afschalen een meer bewuste actie vraagt van cliënten en medewerkers. Medewerkers geven aan dat afschalen als lastiger wordt ervaren. Toch is een aantal medewerkers van mening dat dit binnen Optimaal Leven nu beter lukt. Als reden daarvoor wordt ten eerste genoemd (n=3) dat afschalen binnen Optimaal Leven vergemakkelijkt wordt voor de cliënt, doordat er (eerst) *binnen* het team afgeschaald kan worden. Dit betekent dat de stap van afschalen kleiner is, de cliënt neemt bijvoorbeeld afscheid van zijn of haar behandelaar, terwijl een Optimaal Leven medewerker van Cosis en/of welzijn nog betrokken blijft. Een medewerker geeft een voorbeeld van een casus waarin dit speelde:

“Ik denk het gevoel van veiligheid ook bij cliënten, dat dat meespeelt. Om een voorbeeld te noemen, er zit een cliënt bij ons in het team die is al 30 jaar of zo in GGZ-land, om het zo maar te zeggen. Maar wel al een hele periode stabiel. Natuurlijk heeft hij nog van alles wel wat waarvan wij zouden denken dat kan beter, wat hij inmiddels wel wat geaccepteerd heeft en een manier voor heeft gevonden om mee om te gaan. Alleen omdat hij... die GGZ is dus bijna een soort onderdeel geworden van zijn identiteit, waardoor hij dat heel lastig vindt, om dat ook los te laten. En daar ben ik van het onderdeel Cosis dan bij in gekomen. En konden we dus op die manier ook zorgen dat hij afgeschaald werd, dat hij nu overgaat naar de BGGZ en misschien, te zijner tijd, wel helemaal uit de GGZ verdwijnt. Dat vind ik dan wel een voordeel van afschalen, van hoe dat zou kunnen gaan.”

Een andere reden, waar één medewerker aan refereert, is dat het geïntegreerd aanbieden van behandeling en begeleiding het nadenken over afschalen bevordert, dat er daardoor als het ware een soort glijdende schaal ontstaat. Ondanks het feit dat een aantal medewerkers dus aangeeft dat afschalen makkelijker gaat binnen Optimaal Leven, geeft een aantal van hen tegelijkertijd aan dat het afschalen soms wel een punt van discussie is binnen het team. Meerdere medewerkers geven aan dat de vraag ‘kunnen we afschalen?’ vaker en nadrukkelijker gesteld mag worden, het gaat dan zowel om afschalen in de zin van het verminderen van de frequentie van contacten als om afschalen in de zin van afbouwen naar een lichtere vorm van zorg en ondersteuning. Als reden voor het moeilijk vinden om af te schalen geven medewerkers aan dat collega’s het soms lastig vinden om een ‘vaste’ cliënt los te laten, een medewerker zegt:

“En daar gaat het in het team ook vaak over. Moet je die cliënten wel echt beslist elke week of elke 14 dagen zien, daar zou je ook anders mee om kunnen gaan. En dan kun je ook sneller afschalen, want heel vaak zijn het gesprekken die eigenlijk geen behandelgesprekken zijn maar begeleidingsgesprekken of onderhoudsgesprekken. Nou, en dan kun je jezelf de vraag stellen kunnen we dan niet beter daar begeleiding opzetten van Cosis, of samenwerken of wat dan ook. Maar het is wel lastig voor de medewerkers om hun cliënten af te staan, om het zo maar te zeggen.”

Ook voor cliënten is het soms lastig, bijvoorbeeld om een goede band met een vaste hulpverlener te laten gaan of omdat ze het spannend vinden om af te schalen ('het gaat nu goed met mij'). Een medewerker merkt hierover op:

“Afschalen, daar hadden we het al de hele tijd over in FACT. Ik vond het daar... Ik heb me daar toen ook wel een beetje druk om gemaakt. Ik vond dat er altijd bijzonder weinig beweging was. Mensen zijn in behandeling en bleven in behandeling. En dan moest je van goeden huize komen, ook als cliënt, om daar te vertrekken of over te gaan naar begeleiding of uit zorg of naar de basis GGZ. En nu, maar dat ligt ook aan behandelaren, worden wij geacht om het ook eindig te maken, maar ik denk dat daar nu ook wel FACT breed op ingezet wordt. Maar een cliënt is ook een keer klaar met zijn behandeling. En wij hebben het als Optimaal Leven nog meer over herstel, cliënt is eigenaar en dan ga je ook als vanzelf... als hulpverlener probeer je dat niet over te nemen en te bepalen. Dus, nou en soms moet je daar ook een beetje over discussiëren vind ik, met cliënten. Sommige cliënten vinden... ja willen in ieder geval de zorg houden. Maar dan hebben we ook wel eens gesprekken met cliënten: van wil jij nou altijd afhankelijk zijn van een specialistische GGZ? Wil jij zo'n langdurige cliënt zijn? En dan willen ze dat eigenlijk niet.”

Samenvattend kan gesteld worden dat medewerkers overwegend van mening zijn dat het integraal samenwerken vanuit één team bijdraagt aan een gevoelde gezamenlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid voor de cliëntenpopulatie en dat er geprofiteerd kan worden van uiteenlopende kennis en expertise bij de inrichting van de zorg en ondersteuning rond een cliënt. Daarnaast kan de zorg en ondersteuning beter en makkelijker onderling afgestemd worden; in het bijzonder geldt dit ook voor behandeling en begeleiding, zo komt uit de interviews naar voren. Doordat zowel behandeling als begeleiding in het team aanwezig is, lijkt ook het op- en afschalen bevorderd te worden.

Bekendheid cliënten met organisatieoverstijgende aspect van Optimaal Leven

In de interviews is nagegaan in hoeverre cliënten op de hoogte zijn van het feit dat de Optimaal Leven teams bestaan uit medewerkers uit verschillende moederorganisaties. Sommige cliënten (n=4) geven aan hiervan niet op de hoogte te zijn, een mogelijke verklaring hiervoor is dat zij voorheen in zorg waren bij een FACT team van GGZ Drenthe en min of meer 'automatisch' zijn ingestroomd in een Optimaal Leven team. De overige acht cliënten zijn ervan op de hoogte dat de Optimaal Leven teams uit medewerkers van verschillende moederorganisaties bestaan, al weten zij niet altijd om welke organisaties het dan gaat, wel bekend en als zodanig benoemd werden (een combinatie van) Cosis (n=2), GGZ Drenthe (n=4), VNN (n=5) en welzijn (n=1).

Naast dat cliënten gevraagd is in hoeverre zij bekend zijn met Optimaal Leven als samenwerkingsconstruct, is cliënten ook gevraagd in hoeverre er bij hen medewerkers van verschillende moederorganisaties betrokken zijn. Hieruit blijkt dat bij zes van de geïnterviewde cliënten uitsluitend GGZ Drenthe-medewerkers betrokken zijn, en bij vier cliënten een combinatie van GGZ Drenthe en VNN-medewerkers. Daarnaast zijn er twee cliënten met een andere combinatie, namelijk: lokale welzijnsorganisatie en GGZ Drenthe, en Cosis en GGZ Drenthe. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat het hier gaat om voor de cliënt zichtbare,

en op regelmatige basis, betrokkenheid van medewerkers van Optimaal Leven. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat collega's in onderling overleg, op de achtergrond, wel betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de cliënt. Ondanks dat niet alle cliënten ervan op de hoogte zijn dat de teams van Optimaal Leven uit medewerkers van verschillende organisaties bestaan, geven alle cliënten aan dat zij weten dat er binnen het team wel eens overlegd wordt over zijn of haar zorg- en ondersteuningsvragen. Ze geven aan dat dit soms intercollegiaal overleg is, maar vijf cliënten geven in dit verband ook aan te weten dat ze soms worden besproken in een evaluatie overleg of FACT-bord overleg.

Kortom, het merendeel van de geïnterviewde cliënten weet dat er meerdere organisaties schuil gaan achter Optimaal Leven en voor de helft van hen geldt ook dat er medewerkers vanuit verschillende moederorganisaties betrokken zijn.

Opbrengsten integrale werkwijze volgens cliënten

De bundeling van medewerkers van verschillende moederorganisaties en de directere lijnen naar het 'achterland' van die organisaties, zou cliënten van Optimaal Leven mogelijk voordelen kunnen bieden op het gebied van een betere aansluiting op wensen en behoeften en een breder palet aan behandelingen en activiteiten dat voor hen beschikbaar(der) is.

Uit de interviews blijkt dat iets meer dan de helft (n=7) van de cliënten aangeeft dat er goed tot zeer goed aangesloten wordt op zijn of haar wensen en behoeften. De overige cliënten geven aan dat er meestal goed aangesloten wordt op de wensen en behoeften (n=3) of 'soms wel, soms niet' (n=2). Als pluspunten hierin wordt genoemd dat er goed aangevoeld of geluisterd wordt naar wat je wilt (n=3), dat je altijd terecht kunt als er wat is (n=2), dat er waardevolle hulp wordt geboden (n=1), dat er een passende behandeling wordt geboden (n=1), dat er wordt meegedacht in afbouwen van medicatie (n=1) en dat de regie echt bij je zelf ligt (n=1). Redenen (allen n=1) voor het soms niet vinden aansluiten van zorg en ondersteuning op zijn of haar behoeften hebben betrekking op communicatieve onduidelijkheden, een verschil van mening in de wenselijkheid van het verlagen van de intensiteit van zorg en ondersteuning, onvoldoende betrokken zijn tijdens een gedwongen opname en teleurstelling rond hoe een bepaalde situatie onverwacht anders is aangepakt dan vooraf verwacht. Geconcludeerd kan worden dat het merendeel van de cliënten (erg) tevreden is over de mate waarin er wordt aangesloten op zijn of haar wensen en behoeften. In hoeverre dit anders is voor Optimaal Leven ten opzichte van 'standaard zorg' kan op basis van de interviews echter niet goed vastgesteld worden.

Wat betreft het andere mogelijk geachte voordeel voor cliënten, een breder palet aan behandeling en activiteiten, wordt op basis van de interviews niet helemaal duidelijk of dit als breder beschikbaar of anders dan in 'standaard zorg' wordt ervaren. Een deel van de cliënten (n=4) geeft aan niet op de hoogte te zijn van mogelijke behandelingen en activiteiten van Optimaal Leven. De overige cliënten (n=8) geven aan wel op de hoogte te zijn van (een deel van) het aanbod van Optimaal Leven. Het meest bekend is de mogelijkheid van EMDR (n=4), andere mogelijkheden die worden genoemd (allen n=1) zijn: exposure therapie, WRAP, herstelgroep, klankbordgroep, verslavingszorg, inzet van ervaringsdeskundigen en verschillende vormen van groepsactiviteiten (zoals wandelen, gezamenlijk eten tijdens bepaalde feestdagen, knutselen). Twee cliënten benoemen geen specifieke behandelingen of activiteiten, maar de mogelijke ondersteuning vanuit Optimaal Leven op alle levensdomeinen. Eén van deze cliënten verwoordt dat als volgt:

“Je kunt overal mee terecht als er iets mis is. Als je ergens mee zit, hulp nodig hebt. In alle verschillende fasen of dingen in je leven. Je kan altijd je vraag stellen. Maakt niet uit psychisch, lichamelijk, of sociaal leven, of contacten, of administratie. Ze zeggen: altijd gewoon vragen stellen en dan gaan ze met jou kijken wie kan jou daarmee helpen.”

Ondanks dat er op deze specifieke onderdelen geen duidelijk beeld naar voren komt in hoeverre cliënten profiteren van de integrale aanpak van Optimaal Leven, lijkt die wel duidelijk naar voren te komen wanneer cliënten gevraagd wordt naar de waardering van Optimaal Leven als geheel, en de redenen daarvan (zie H3.3). Zo geven cliënten aan het van belang te vinden dat medewerkers van Optimaal Leven de problematiek en de behoeften van de cliënten kennen en daar adequaat op inspelen (n=6) en dat er geïntegreerde ondersteuning op verschillende leefgebieden wordt geboden (n=5). Dit geeft aan dat de cliënten hier veel belang aan hechten. Daarnaast is cliënten ook gevraagd over welke aspecten van Optimaal Leven zij tevreden zijn. Een aantal genoemde aspecten kan mogelijk terug gevoerd worden op de integrale aanpak van Optimaal Leven. Het gaat er dan om dat cliënten aangeven: 1) gezien te worden als mens (n=1); 2) snel en goed geholpen worden (n=2); 3) dat er veel kennis en know-how aanwezig is in het team (n=1); en 4) dat je als cliënt je verhaal maar één keer hoeft te vertellen omdat het team functioneert als één entiteit (n=2).

Samenhang ervaringen cliënten en medewerkers met de integrale werkwijze

De ervaringen van de cliënten komen grotendeels overeen met het beeld dat de medewerkers op dit punt schetsen. Zij zeggen dat cliënten op verschillende manieren de meerwaarde van de interdisciplinaire en organisatieoverstijgende Optimaal Leven teams merken. De overeenkomsten met wat cliënten rapporteren heeft ten eerste betrekking op dat medewerkers ook denken dat cliënten meer worden gezien als mens dan als een patiënt of een diagnose (n=4) en, aanvullend, dat de focus meer ligt op wat er wel goed gaat, en minder eenzijdig op wat er niet goed gaat (n=2). Eén medewerker licht toe dat dit komt doordat het werken vanuit een gemengd team zorgt voor een breder perspectief op de cliënt, als een mens die meer is dan zijn of haar diagnoses. Deze medewerker zegt daarover:

“Doordat we zo gemengd zijn we ook, wat mij betreft, meer vanuit de mens gaan kijken, vanuit het persoonlijke, en minder vanuit de kwaal. Toevallig dat een VNN collega gister nog zei: wat ik zo lekker vind hier is, als ik bij VNN intervisie heb dan gaat het altijd in de eerste plaats over verslaving die daar iets in doet. Nu hebben we het ook over persoonlijke eigenschappen, of karaktereigenschappen of belemmerende factoren in de omgeving.”

Daarnaast noemen medewerkers (n=7), net als cliënten, dat cliënten snel en goed geholpen worden in de zin dat ze door de korte lijntjes tussen medewerkers van Optimaal Leven minder lang hoeven te wachten op verwijzingen, minder vaak van het kastje naar de muur worden gestuurd en dat de zorg en ondersteuning als beschikbaarder wordt ervaren. Over dat laatste, de ervaren beschikbaarheid, geeft een medewerker aan wel eens terug gehoord te hebben ‘dat het zo fijn is dat alles zo beschikbaar is’, nog los van het feit of hier ook ge-

bruik wordt gemaakt, geeft de medewerker aan: ‘in ieder geval in de informatievoorziening maak je het veel dichterbij en dat geeft gewoon meer vertrouwen om die stap te kunnen zetten’. Tot slot geven medewerkers (n=2) ook aan dat cliënten minder vaak hun verhaal hoeven te vertellen.

Aandachtspunten en knelpunten van de integrale aanpak volgens medewerkers

Tijdens de interviews met de medewerkers is ook een aantal aandachtspunten en knelpunten aan bod gekomen ten aanzien van de integrale werkwijze die binnen Optimaal Leven gehanteerd wordt. Deze punten hebben betrekking op de gewenste aanvullingen in de samenstelling van het team, de taakverdeling in het team en op de aansluiting van bestaande werkwijzen en financiering op de integrale werkwijze van Optimaal Leven.

Ten eerste geeft een aantal medewerkers aan dat de samenstelling van het team nog verbeterd kan worden. Zo noemen medewerkers het toevoegen van een of meer trajectbegeleiders (n=1) en verslavingsartsen (n=1) wenselijk. Daarnaast zou één medewerker graag zien dat een medewerker van MEE (of een soortgelijke organisatie) onderdeel wordt van het team. Ten slotte wijzen medewerkers (n=2) er op dat uitbreiding van de inzet van welzijnsmedewerkers in Assen en Hoogeveen noodzakelijk is. Een medewerker zegt daarover het volgende:

“Als ik dan provincie breed kijk, zou ik toch graag zien, dat er wat meer vanuit het sociale aanhaakt. Ik bedoel, Assen heeft 8 uur en volgens mij Hoogeveen ook. Dan denk ik: dat komt nooit goed van de grond met 8 uur, dat lukt gewoon niet. Dat zou ik wel graag zien veranderen. Want dan ga je elkaar ook steeds beter vinden. Want met 8 uur begin je echt helemaal niks.”

Ten tweede komt in de interviews aan bod dat de afspraken ten aanzien van wie doet wat en waarom in het team, nog niet altijd helder zijn. Deels kwam dit eerder in deze paragraaf al aan bod, waar medewerkers aangeven dat voor het inzetten van de persoonlijke kwaliteiten en expertise het nodig is, en met aanwas van nieuwe collega's nodig blijft, om van elkaar te weten wat ieders expertise is. Vervolgens is het ook belangrijk om gericht de eigen expertise in te zetten. Dit komt in een aantal interviews aan bod, maar één medewerker zet het vraagstuk dat hierin speelt helder uiteen:

“Het is gewoon heel erg belangrijk dat je elkaar aanvult. Maar je moet wel oppassen, in die zin dat je één team wordt waarin iedereen eigenlijk alles oppakt. Want dan ga je teveel samensmelten. Dan word je weer een team binnen een team. Je moet een team zijn met ieder zijn eigen expertise. En ieder houdt zich daar ook mee bezig, gaat niet van alles erbij doen. Dat is net als dat ik de psychiater zou vragen: wil jij de financiën even regelen? Dan ga ik de medicijnen wel voorschrijven. Dat bedoel ik. Dus schoenmaker houd je bij je leest, maar werk wel samen rondom de cliënt, die staat centraal.”

Dit duidt ook aan dat medewerkers in de zorg en ondersteuning aan cliënten gericht collega's vragen taken

op zich te nemen op basis van expertise of op basis van het principe zo licht mogelijke vorm van zorg (en dus goedkoper) bieden, ook als deze medewerker normaal gesproken niet bij deze cliënt betrokken is. Aanvullend op de overkoepelende vraag 'wie doet wat en waarom?', kunnen concrete voorbeelden nog wat duiding geven op hoe deze kwestie zich in de praktijk kan voordoen. Een eerste voorbeeld dat in één van de interviews naar voren komt, is dat een medewerker aangeeft dat collega's soms met een cliënt meegaan voor een ziekenhuisbezoek. Deze medewerker vraagt zich af: is dit niet veel te duur en kan hiervoor niet beter een vrijwilliger gezocht worden? Een ander voorbeeld dat aan bod kwam: als een cliënt op zoek is naar vrijwilligerswerk of een betaalde baan, wie is dan de aangewezen persoon om hierin te ondersteunen? Is dat dan de trajectbegeleider (van GGZ Drenthe) of een welzijnsmedewerker?

Tot slot komt in sommige interviews naar voren dat de integrale werkwijze zoals die nu binnen Optimaal Leven in de praktijk vorm heeft gekregen, niet altijd aansluit bij de gangbare werkwijzen en financieringsvormen. Een voorbeeld daarvan is ervaringsdeskundigen die geboden zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld in de rol van casemanager, niet kunnen declareren omdat zij geen tijd op een DBC kunnen wegschrijven. Naast dat er volgens medewerkers soms zorg niet wordt gedeclareerd, wijzen sommige andere medewerkers er juist op dat sommige zorg dubbel wordt gedeclareerd als er bij verschillende moederorganisaties een behandeling loopt. Een laatste voorbeeld in dit kader betreft cliënten die geen behandeling (meer) ontvangen maar wel begeleiding, dan blijkt dat de GGZ systemen hier niet op ingesteld zijn. Een medewerker zegt daarover:

"(...) En soms lukt echt heel goed met afschalen, en toen kregen we laatst gewetensvragen, van goh we werken in het dossier van GGZ Drenthe, we hebben de zorg afgeschaald dat er alleen nog 1x per week een ambulante woonbegeleider komt. Oke, dus Optimaal Leven kan gesloten worden? Nee, kan niet zei die ambulante woonbegeleider, ik kom er toch nog?! Dat klopt ook. Maar er werkt niemand meer in dat dossier behalve jij. Er is geen psychiater meer aan gekoppeld, maar de cliënt zit wel in Optimaal Leven. En nu dan? Prachtige vraag, ik weet het nog niet. Ja, maar dan zie je dat de systemen er ook niet op ingericht zijn. Want als je bij GGZ Drenthe ingeschreven staat, om in het dossier te mogen werken hoort er ook bij dat er een DBC loopt. Ja. En welk systeem gebruik je, dat is ook een vraag. En welke protocollen hanteer je dan, waar ligt de behandelverantwoordelijkheid? Want: wordt diegene besproken dan nog 's ochtends of niet? Als het even wat minder gaat, kan hij dan weer op het digibord? En moet er dan weer een psychiater bij kijken? En moet die dan weer een intake doen of kan die gewoon even naadloos aanhaken?"

Samenvatting

Medewerkers worden vaak op basis van ruimte in de caseload en op basis van expertise gekoppeld aan cliënten. De meeste medewerkers geven aan dat zij hun persoonlijke kwaliteiten en expertise binnen hun werkzaamheden goed kunnen inzetten. De vijf belangrijkste opbrengsten van de integrale aanpak van Optimaal Leven zijn volgens medewerkers: de ervaren gezamenlijke verantwoordelijkheid, het kunnen benutten van uiteenlopende expertise en invalshoeken, betere en makkelijkere afstemming van zorg en ondersteuning rondom een cliënt, het gecombineerd aanbieden van behandeling en begeleiding vanuit één team en het makkelijker kunnen op- en afschalen binnen Optimaal Leven. De meeste cliënten zijn ervan op de hoogte dat

achter Optimaal Leven meerdere organisaties schuil gaan. De ervaringen van cliënten met de integrale zorg en ondersteuning van Optimaal Leven zijn overwegend positief en komen overeen met het beeld dat medewerkers daarvan hebben. Het gaat er dan om dat cliënten aangegeven gezien te worden als mens, snel en goed geholpen worden, dat er veel kennis en know-how aanwezig is in het team en dat je als cliënt je verhaal maar één keer hoeft te vertellen omdat het team functioneert als één entiteit. Vanuit medewerkers wordt er wel een aantal aandachtspunten en knelpunten benoemd op het gebied van teamsamenstelling, taakverdeling en aansluiting op bestaande systematieken en financieringswijzen.

3.1.2 Herstelondersteunende werkwijze

Naast het bieden van integrale zorg wordt binnen Optimaal Leven ook ingezet op herstelondersteunende zorg. In deze paragraaf proberen we zicht te krijgen op hoe dit in de praktijk vorm heeft gekregen met behulp van de interviewresultaten van medewerkers en cliënten. In deze paragraaf wordt allereerst vanuit het perspectief van medewerkers ingegaan op de visie op herstel. Vervolgens worden de ervaringen van zowel medewerkers als cliënten met de I.ROC en het HOP beschreven, net als de rol van ervaringsdeskundigheid en naastenbetrokkenheid. Daarna wordt vanuit het perspectief van cliënten stil gestaan bij hoe zij de bejegening van hulpverleners van Optimaal Leven ervaren en in hoeverre zij het gevoel hebben mee te kunnen beslissen over de ondersteuning en behandeling. Tot slot worden de belangrijkste bevindingen beschreven in een samenvatting.

Visie op herstel van medewerkers van Optimaal Leven

De medewerkers verschillen van mening over de mate waarin er sprake is van een gemeenschappelijke visie op herstel: sommige medewerkers zeggen dat daar sprake van is ($n=4$), weten niet of hier sprake van is ($n=2$) of zeggen dat er geen sprake van is ($n=1$). De meerderheid van de medewerkers ($n=8$) zegt echter dat er - in grote lijnen - sprake is van een gemeenschappelijke visie op herstel, maar dat die soms onder druk staat. Hiervoor benoemen zij twee oorzaken. Ten eerste geven medewerkers aan dat drukte als gevolg van onderbezetting kan maken dat er (tijdelijk) minder aandacht en ruimte is voor het continu agenderen en bespreken van de gemeenschappelijke visie op herstel. Ten tweede geven medewerkers aan dat de gemeenschappelijke visie op herstel, waarvan de basis is gelegd bij de start van de proeftuinen, door personele wisselingen onder druk komt te staan. Zij vragen zich af in hoeverre de nieuwe medewerkers meegenomen zijn in die gemeenschappelijke visie. Sommige medewerkers geven in dit kader ook aan behoefte te hebben om de gemeenschappelijke visie weer eens te toetsen.

Een ander aspect met betrekking tot herstelondersteunende zorg dat door veel medewerkers is aangestipt ($n=8$), is dat de vertaling van die gemeenschappelijke visie naar het (continu) handelen in lijn daarmee nog beter kan. De herstelvisie wordt onderschreven zeggen zij, maar de manier waarop dit handen en voeten krijgt verschilt soms van mens tot mens, maar soms ook van beroepsgroep tot beroepsgroep. Medewerkers noemen dat dit nog verbeterd kan worden door minder eenzijdig vanuit het medische model te redeneren (bijvoorbeeld: de 'oplossing' wordt te vaak en te snel gezocht in aanpassingen rondom medicatie) en door kritischer te zijn op hoe je invulling geeft aan het regie leggen bij de cliënt (en zo het hospitaliseren tegen te gaan). Een medewerker zegt over dat laatste:

“Ik vind dat men soms over-betrokken is naar cliënten. En vooral als je het hebt over herstel en in je kracht zetten, dan moet je meer bij de cliënt neerleggen en minder zelf doen. Want je hebt hier gewoon cliënten en die worden dagelijks gebeld en dan moet ik ze ineens bellen en dan is het net alsof ze een langspeelplaat afdraaien. Het zelfde verhaal dat de vorige dag ook gerapporteerd is. Dan denk ik: dan hospitaliseren wij onze cliënten. Dan weten ze gewoon: ik word weer gebeld en dan heb je weer zo’n hulpverlener die wil horen hoe het met me gaat en hoe ik heb geslapen en hoe ik denk of wat ik voel. En dat heeft vooral te maken met zich verantwoordelijk voelen. En ik heb door de jaren heen geleerd dat, hoe meer jij je verantwoordelijk voelt voor een ander, hoe minder die ander zich verantwoordelijk voelt. En daar gaat het mis.”

Ervaringen van medewerkers en cliënten met de I.ROC

De meeste medewerkers (n=10) geven aan een paar keer ervaring op te hebben gedaan met het afnemen van een I.ROC. De overige medewerkers (n=5) geven aan dat zij nog niet ingewerkt zijn met betrekking tot afname van de I.ROC, dat afname van de I.ROC niet bij hun takenpakket hoort of geen afname doen vanwege principiële bezwaren tegen meetinstrumenten, waaronder de I.ROC. Veel medewerkers (n=8) benoemen dat ze de I.ROC een mooi hulpmiddel vinden om het gesprek aan te gaan. Een medewerker zegt daarover:

“Ik vind de I.ROC een heel mooi meetinstrument. Hij is eigenlijk heel simpel, het zijn eigenlijk vier categorieën en daar heb je een heel mooi praatprincipe van. Je kan gewoon zeggen: wat scoor je? Een 1 of een 5. Maar je kan het ook als praatonderdeel gebruiken en dan vind ik dat zo mooi. Soms hebben mensen een 1 ergens staan, dan denk ik: oh dat is toch erg! En als jij ze vraagt aan het einde: wat vind jij nou het belangrijkste, waar we het eerste mee bezig gaan? Dan is dat niet altijd ineens de 1. Dat vind ik zo verrassend, dat vind ik zo mooi. Dan denk ik: oh al mijn eigen aannames worden helemaal geparkeerd. Want ik ga er vanuit dat dat een probleem is, het niet hebben van sociale contacten is een probleem. Punt. Dus in de oude situatie zouden we dat opnemen in het behandelplan en daar een advies over geven. Nu niet, want die persoon vindt het zelf geen probleem. Je houdt het wel in je achterhoofd, om het er over te hebben.”

Tegelijkertijd geven medewerkers aan niet altijd even goed met de I.ROC uit de voeten te kunnen. Zo geven ze aan dat het soms niet aansluit bij een bepaalde cliënt (n=4), bij een bepaalde cliënt op een bepaald moment (n=2), dat het invullen van de I.ROC soms weerstand oproept (n=2; bijvoorbeeld omdat het door de cliënt wordt ervaren als één van de vele vragenlijsten of omdat iemand al langer in zorg is en het raar vindt om zichzelf ‘opnieuw voor te stellen’) en dat het voor sommige cliënten confronterend is om de I.ROC in te vullen (n=1).

Het was lastig om helder te krijgen of de geïnterviewde cliënten wel eens een I.ROC hadden ingevuld. Veel cliënten geven aan in de loop der jaren veel verschillende vragenlijsten ingevuld te hebben, een aanzienlijk deel van de cliënten geeft te kennen daardoor niet te weten de I.ROC vragenlijst al dan niet ingevuld te heb-

ben (n=7). Sommige cliënten weten zeker dat zij deze vragenlijst niet hebben ingevuld (n=2). Ten slotte wordt uit de antwoorden van drie cliënten duidelijk dat zij onlangs een I.ROC hebben ingevuld. De ervaringen van deze cliënten zijn positief, zij vinden dat de I.ROC inzicht geeft in hoe het gaat op een bepaald moment en de voortgang daarvan ('Op een gegeven moment komt er zo'n balkje uit met een spinnenweb, dan kan je zien hoe je bent veranderd ten opzichte van een paar jaar geleden, waar je progressie hebt geboekt of waar het even iets minder is gegaan'). Wel geeft een cliënt aan, net als een medewerker dat deed, dat sommige vragen confronterend kunnen zijn.

Ervaringen van medewerkers en cliënten met het HOP

Naast de I.ROC wordt binnen Optimaal Leven ook gewerkt met het HOP. Het merendeel van de medewerkers (n=9) heeft het HOP enkele keren afgenomen, de overige medewerkers (n=6) hebben hier (nog) geen ervaring mee opgedaan. Veel medewerkers vinden het HOP een mooi instrument, omdat 'het meer vanuit de cliënt gaat en de vraag en de wens, vooral de wens, van de cliënt'. Maar medewerkers geven, net als bij de I.ROC, ook aan dat zij bij het toepassen van het HOP tegen belemmeringen aanlopen. Ten eerste wordt genoemd dat het HOP niet aansluit bij elke cliënt, bijvoorbeeld omdat de vragen door cliënten te moeilijk gevonden worden, en niet bij elke cliënt op elk moment (n=4). Zo stelt een medewerker dat het invullen van het HOP in bepaalde fasen van herstel niet haalbaar is: doelen stellen voor de lange(re) termijn is voor de cliënt dan niet te doen omdat de situatie op dat moment voor de cliënt te overweldigend is. In voorgaande situaties zeggen medewerkers dat het een uitdaging is om ervoor te zorgen dat het HOP ook daadwerkelijk een HOP van de cliënt zelf wordt, een HOP waarvoor de cliënt zélf de input heeft gegeven. Een tweede belemmering die door medewerkers is genoemd, is dat het invullen van een HOP een forse tijdsinvestering vraagt (n=4), waardoor soms toch het behandelplan wordt ingevuld in plaats van het HOP. En omdat het HOP vaak niet in één contactmoment afgerond kan worden, vraagt dit van de medewerker ook volharding om het HOP af te ronden. Enkele medewerkers geven aan dat de implementatie van het HOP nog beter kan: zij geven aan dat de manier waarop er tegen het HOP aangekeken wordt, en de manier waarop deze afgenomen wordt, onderling wisselt. Tenslotte hebben sommige medewerkers nog wensen als het gaat om het aanpassen van het format, voor het (goed) kunnen printen van het HOP en het digitaal raadpleegbaar maken van het HOP voor cliënten.

Net als bij de I.ROC was het lastig om duidelijk te krijgen of de geïnterviewde cliënten wel eens een HOP hebben ingevuld. Cliënten werd gevraagd of zij samen met de hulpverlener een plan hebben gemaakt over welke zorg en ondersteuning zij krijgen. Onder 'plan' wordt door cliënten verschillende zaken verstaan. Zo kwam bijvoorbeeld 'met die blokjes' (Yucel methode) aan de orde, signaleringsplan, stappenplan en behandelplannen. In de meeste gevallen was niet te herleiden in hoeverre de cliënten ook ervaring hebben opgedaan met het HOP. Slechts bij één cliënt was dit met zekerheid te herleiden, deze cliënt liet zich enkel neutraal uit over de functie van het HOP ('daar stel je doelen in').

Rol ervaringsdeskundigheid vanuit het perspectief van medewerkers en cliënten

Medewerkers geven aan dat de rol van de ervaringsdeskundigen verschillend wordt ingevuld. De verschillen die worden opgemerkt zijn de (mate waarin) de ervaringsdeskundige wordt ingezet als eerste of tweede casemanager (zie ook H 3.1.1) en al dan niet peer-to-peer support initiatieven ontplooit. Of de ervaringsdeskundige ook de rol van (eerste of tweede) casemanager vervult, is afhankelijk van hoe de ervaringsdeskundi-

ge hier zelf in staat en afhankelijk van de noodzaak hiertoe door drukte, geven medewerkers aan. Ondanks de verschillende invullingen, zeggen alle medewerkers de meerwaarde in te zien van de ervaringsdeskundigen en dit een vanzelfsprekendheid te vinden, zo waren veel medewerkers verbaasd dat er een aparte vraag over de rol van de ervaringsdeskundige was opgenomen in het interview. Medewerkers benoemen dat ervaringsdeskundigen 'de stem van de cliënt' vertolken en vanuit die rol meedenken met het team. Bij de intake, bij bepaalde hulpvragen, maar ook in bepaalde situaties, zoals wanneer er sprake is van een zorgmachtiging, worden ervaringsdeskundigen bewust ingevlogen. Een medewerker zegt daarover:

“Ja, de rol van de ervaringsdeskundige is gevarieerd, maar wel altijd als het passend is. En het is bij veel cliënten passend, vind ik. Ze worden vaak gevraagd als mensen toch met vragen zitten... Afgezien van behandeling kunnen mensen ook zo iets hebben van: ja hoe kom ik nou in deze rol, als cliënt en ziek, en hoe kom ik er uit? Die vraag komt natuurlijk vrij snel op in een behandeling. Wat ik zie, en zelf ook probeer te doen, zodra je zo'n vraag ziet verschijnen, dat daar de ervaringsdeskundige bij wordt ingezet. Nou, dat is vaak. En ik vind dat ze ook wel een mooie rol hebben om met het team mee te denken, hoe het dan is voor cliënten om zaken door te maken of te doorlopen. En hoewel ik mij vrij goed kan indenken hoe het is om cliënt te zijn heb ik daar geen enkele ervaring mee. Dus dan zeg ik ook: ja, ik ben hulpverlener en zeg me vooral hoe het is om dan cliënt te zijn.”

De meeste cliënten (n=8) is bekend dat ervaringsdeskundigen deel uitmaken van het Optimaal Leven team. Met uitzondering van één cliënt geven deze cliënten aan ook (wel eens) één op één contact te hebben of te hebben gehad met een ervaringsdeskundige van Optimaal Leven. Ook zeggen vijf cliënten te weten dat ervaringsdeskundigen bepaalde groepsactiviteiten organiseren. De meeste cliënten (n=6) vinden dat het één op één contact meerwaarde heeft of in het verleden heeft gehad ten opzichte van een niet-ervaringsdeskundige hulpverlener. Zij benoemen dat de meerwaarde zit in het uitwisselen, herkennen en leren van elkaars ervaringen (n=5) en dat de ervaringsdeskundige mee kan denken in het MDO (n=1). Van de geïnterviewde cliënten zijn er vijf cliënten die nog niet eerder contact hebben gehad met een ervaringsdeskundige van Optimaal Leven. Desgevraagd geven zij aan niet te weten of ze hier behoefte aan zouden hebben (n=1), er geen behoefte aan te hebben (n=2) of er (mogelijk) wel behoefte aan te hebben (n=2). Verschillende cliënten merken op dat zij bij hun overweging voor (hernieuwd) contact met een ervaringsdeskundige een aantal punten mee zouden laten wegen. Meerdere cliënten geven in dat kader aan het belangrijk te vinden dat de ervaringsdeskundige een 'luchtige' en positieve insteek heeft. Ook zeggen twee cliënten behoefte te hebben aan specifieke ervaringsdeskundigheid op het gebied van opnames en psychose.

Rol naastenbetrokkenheid vanuit het perspectief van medewerkers en cliënten

Alle medewerkers geven aan dat naasten betrokken worden bij de ondersteuning in het herstelproces van de cliënt, tegelijkertijd geven drie van hen aan dat daarvoor nog meer aandacht zou mogen zijn binnen Optimaal Leven. Een medewerker zegt:

“Ja. Het is altijd zo lastig.. Sommige mensen hebben geen naasten, of tenminste: dan worden het vrienden en kennissen. Maar ook die hebben mensen vaak niet. Dus dan ga je zoeken naar hoe kun je dat organiseren. We hebben soms ook mensen, partners, of kinderen in het team zitten. Ik zeg altijd dat mensen mee mogen komen, en casemanagers spreken ook vaak familieleden. Zoeken familieleden ook actief op als ze dat willen. En in de toekomst moet je dat denk ik nog wel meer vorm gaan geven door familiegroepen te maken of van die bijeenkomsten te organiseren. Door mensen één keer in de tijd iets te sturen, een briefje of een mailtje, van goh: je bent welkom en als er wat is weet ons dan te vinden. Een soort voorlichtingsfolder. Maar ja, mensen zijn hier altijd welkom met hun familie, we zoeken altijd wel naar de omgeving om te helpen steunen.”

Ook alle cliënten geven aan dat het betrekken van naasten vanuit Optimaal Leven met hen besproken wordt of dat dit (bijna) niet meer gebeurt omdat diegene zelf meerdere malen aangegeven heeft hier geen behoefte aan te hebben. Sommige cliënten (n=3) geven aan dat er geen of alleen in het geval van noodsituaties contact opgenomen mag worden met de naaste(n). Het merendeel van de cliënten (n=8) geeft aan dat een beperkt aantal familieleden, vrienden of burens betrokken is. Zij sluiten bijvoorbeeld aan bij gesprekken met de hulpverlener of worden betrokken bij beslissingen.

Bejegening door hulpverleners

Alle cliënten geven aan dat ze zich serieus genomen voelen door de hulpverleners en de meeste cliënten hebben het gevoel dat ze door de hulpverleners worden begrepen (n=10). Twee cliënten geven aan zich soms wel en soms niet begrepen te voelen door de hulpverleners. Als reden hiervoor geven zij aan soms het gevoel te hebben dat een gesprek vlug afgeraffeld wordt of geven zij aan dat het erg verschilt per persoon ('bij sommigen heb ik soms het gevoel dat ze het heel ergens anders over willen hebben dan waar ik mee bezig ben'). Bijna alle cliënten geven aan dat de hulpverleners voldoende tijd voor hen hebben (n=11). Meerdere cliënten (n=3) benoemen dat ze een grote mate van betrokkenheid ervaren ('Ja, als er echt wat is dan doen ze alles om te komen op die andere dag'). Ondanks dat alle cliënten aangeven dat hulpverleners voldoende tijd voor hen hebben, wordt daarbij door een deel van de cliënten (n=6) wel aangestipt dat dit niet of niet altijd geldt voor de psychiater of verpleegkundig specialist. Deze cliënten geven aan dat ze merken dat deze medewerkers druk bezet zijn, waardoor het soms lastig is om (op korte termijn) een afspraak te maken.

Ervaringen met meebeslissen over ondersteuning en behandeling

De meeste cliënten (n=10) geven aan dat zij ervaren dat zij kunnen meebeslissen over de ondersteuning en behandeling die zij ontvangen vanuit Optimaal Leven. Twee cliënten geven aan dat dit wisselend is. De cliënten die aangeven inspraak te hebben in de keuzes die worden gemaakt in de ondersteuning en behandeling, noemen daarbij als voorbeeld dat ze cursussen of behandelvormen konden aandragen of daarbij betrokken werden, dat er meegedacht werd in een vorm van dagbesteding, dat ze inspraak ervaren in het agenderen van bespreekpunten, het plannen van contactmomenten met hulpverleners en in (de afbouw van) medicatie. Twee andere cliënten geven juist aan over alles mee te beslissen behalve over medicatie. Eén van de cliënten die wisselende ervaringen heeft met het meebeslissen over ondersteuning en behandeling licht dat als volgt toe:

“Ja, ik heb wel het gevoel dat ik een zegje heb. Dat als ik bijvoorbeeld dingen wil bespreken dat ze dat meenemen, dat wel. Alleen, op een gegeven moment werd ook een medewerker van VNN ineens aangesteld, zonder met mij te overleggen. Zonder te vragen: heb je hier behoefte aan? Omdat ze weten dat ik misschien een kleine verslaving heb. Toen dacht ik wel waarom zou ik contact met jou opnemen als ik geen behoefte er aan heb? Zonder overlegd te hebben. Maar achteraf gezien heb ik er toch wel behoefte aan. Ik vond het een beetje vervelend, laat ik het zo zeggen. Zonder overleg met mij... Niemand wil eigenlijk in contact komen met VNN want dan krijg je weer zo’n stempel, dat jij één of andere verslaving hebt of zo.”

Tegelijkertijd lijkt er, op basis van de cliënttevredenheidsvragenlijst (zie H.3.3), nog ruimte voor verbetering als het gaat om samen beslissen.

Samenvatting

Veel medewerkers geven aan dat er binnen het team sprake is van een gezamenlijke visie op herstel, wel zou dit meer aandacht mogen krijgen en weer eens getoetst mogen worden. Tegelijkertijd wijzen medewerkers er op dat de vertaalslag van die visie naar een zelfde benadering en manier van handelen nog belangrijker is. Daarover moet het gesprek blijvend gevoerd worden, geven zij aan. Als het gaat om de inzet van de I.ROC en het HOP, blijkt dat zowel de geïnterviewde medewerkers als cliënten hier nog relatief weinig ervaring mee hebben opgedaan. De opgedane ervaringen zijn overwegend positief, tegelijkertijd benoemen medewerkers ook een aantal aandachts- en verbeterpunten ten aanzien van de instrumenten en de wijze van afnemen. Zowel vanuit cliënten als vanuit medewerkers komt een overwegend positief beeld naar voren als het gaat om naastenbetrokkenheid (daar is aandacht voor) en de inzet van ervaringsdeskundigheid (wordt regelmatig ingezet en wordt de meerwaarde van in gezien). Cliënten zijn positief over de bejegening van de medewerkers van Optimaal Leven: zij voelen zich veelal serieus genomen en begrepen. Tot slot zijn de meeste cliënten overwegend tevreden over de mate waarin zij kunnen meebeslissen over de ondersteuning en behandeling.

3.1.3 Gebiedsgerichte werkwijze

Naast integrale en herstelondersteunde zorg is ook gebiedsgerichte zorg een uitgangspunt van de Optimaal Leven teams. In deze paragraaf geven we inzicht in de voorkeuren van medewerkers en cliënten als het gaat om type huisvesting, de mate waarin cliënten deelnemen aan activiteiten in de buurt of in contact komen met andere wijkbewoners en in hoeverre medewerkers van Optimaal Leven hierin ondersteunen, en over afstemming van zorg en ondersteuning met andere (zorg)partners in de wijk. Tot slot wordt afgerond met een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van deze paragraaf.

Voorkeur type huisvesting vanuit het perspectief van medewerkers en cliënten

Twee van de drie Optimaal Leven teams zijn gehuisvest in een wijkcentrum (Assen en Emmen), het andere team (Hoogeveen/De Wolden) is gehuisvest op een terrein nabij het ziekenhuis en een locatie van GGZ Drenthe. Alle geïnterviewde medewerkers vinden het prettig dat ze gehuisvest zijn in een wijkcentrum, of in het geval van medewerkers van Hoogeveen/De Wolden, zien uit naar de toekomstige huisvesting in een wijkcen-

trum of een gelijksoortig pand. Volgens medewerkers draagt een dergelijke locatie bij aan laagdrempeligheid voor cliënten (n= 9) en het tegengaan van stigmatisering (n= 4). Daarnaast noemen zij dat het voor cliënten neutraal gebied is (geen nare herinneringen aan bijvoorbeeld een opname) en dat het wijkcentrum een (gast) vrije, uitnodigende en speelse sfeer (n=2) heeft, waar cliënten bovendien laagdrempelig in aanraking kunnen komen met het activiteitsaanbod (n=3).

Medewerkers zien daarnaast binnen wijkcentra (meer) mogelijkheden voor het organiseren van inloopmomenten (n=3), het aanbieden van cursussen (n=1) en activiteiten vanuit het kader van een herstelacademie (n=1). Sommige medewerkers denken dat huisvesting in een wijkcentrum ook bijdraagt aan zichtbaarheid en laagdrempeligheid als het gaat om in contact te komen met lokale netwerkpartners zoals huisartsen en wijkagenten (n=6), anderen vinden het lastig in te schatten of dit het geval is (n=3). Een medewerker die denkt dat het bijdraagt aan makkelijker contact leggen en samenwerken in de wijk zegt daarover het volgende:

“Ja, dat denk ik wel, dat de locatie in het wijkcentrum helpt bij contacten en samenwerking met organisaties in de wijk. Want die weten ons altijd wel te vinden in de wijkgebouwen. Ze zitten er soms ook, ja. Ja, dat vind ik... Het voelt ook meer als... Dan komen we als verschillende ja, netwerkorganisaties bij elkaar, en anders moest je altijd naar de GGZ. Het voelt iets... gelijkwaardiger, laagdrempeliger. Ze kijken toch op tegen, hm, dat is toch wel EPA. En daar zijn we natuurlijk ook voor, voor EPA, maar ja, ik probeer altijd wel uit te leggen dat ook bij EPA herstel mogelijk is.”

Sommige medewerkers (n=2) geven aan dat ze gemakkelijker in contact komen met andere partijen die in of nabij het wijkcentrum gevestigd zijn. Aan de andere kant geven medewerkers aan dat contact en samenwerking (kruisbestuiving) met collega's van GGZ Drenthe bij huisvesting in of nabij een pand van GGZ Drenthe ook voordelen heeft of had (n=3).

Cliënten verschillen in de voorkeur die ze uitspreken voor huisvesting van het Optimaal Leven team in een wijkcentrum. Sommige cliënten (n=4) zeggen hierin geen voorkeur te hebben, sommige cliënten (n=2) geven de voorkeur aan vestiging in een regulier (zorg)kantoorpand en de overige cliënten (n=6) zien voordelen in de vestiging in een wijkcentrum. Opvallend is dat de geïnterviewde cliënten van Hoogeveen/De Wolden, als enige gevestigd in een regulier zorgpand, geen voorkeur of voorkeur voor vestiging in een zorgpand uitspreken. De geïnterviewde cliënten van team Assen en Emmen hebben geen voorkeur (n=2) of zijn juist tevreden over het feit dat Optimaal Leven in een wijkcentrum zit (n=6). Het lijkt er dus op dat alle cliënten tevreden zijn met de huidige invulling van de locatie van het lokale Optimaal Leven team.

Cliënten met een voorkeur voor vestiging in een regulier zorgpand geven daarvoor verschillende redenen op. Ten eerste vinden sommige cliënten het een goede en logische locatie omdat het aansluit bij de GGZ of het ziekenhuisterrein, of omdat ze het een prettig idee vinden dat iedereen het pand om dezelfde reden bezoekt. Privacy, en daarmee samenhangend het stigma van het hebben van psychische problemen, wordt in de voorkeur voor locatietype op verschillende manieren uitgelegd. Zo zegt een voorstander van situering in een regulier zorgpand:

“Ik vind de locatie helemaal prima. Het zit bij het ziekenhuis en psychische problemen dat is ook een soort ziekte, dus ik vind het wel passen dat het bij een ziekenhuis zit. Als het in het wijkcentrum zou zitten zou me dat wel meer afschrikken, want dan wonen er allemaal mensen omheen. Dan word je privacy afgenomen. Iedereen weet dan dat je psychiatrische problemen hebt, krijg je een stempel. Lijkt mij niet prettig, je weet dan toch waar iemand voor komt.”

Terwijl een voorstander voor vestiging in het wijkcentrum hierover zegt:

“Ik vind het echt heel fijn want het zit gewoon dichterbij. Ten tweede omdat zij in het centrum zitten, ja je gaat niet naar het GGZ of zo. Niemand hoeft te weten waar je naar toe gaat, je gaat naar de winkel. Er zijn een heleboel activiteiten hier te doen. Kijk, eerder dan moest je naar de GGZ en dan kijk je zo om je heen, want ja als je naar de GGZ gaat dan ziet iedereen, oh zij gaat naar de GGZ. Maar zij, zij hebben het hier ook mooi gemaakt met het kantoor. Je komt hier gewoon in het centrum van Angelslo. En niemand weet waar je heen gaat. Ook als mensen zien Optimaal Leven, het is anders.”

Cliënten met voorkeur voor vestiging in het wijkcentrum geven daarnaast als voordeel aan dat het wijkcentrum neutraal gebied is, omdat ze er geen vervelende herinneringen hebben aan bijvoorbeeld opnames, dat het handig combineren is met een bezoek aan het nabijgelegen winkelcentrum, dat het leuker is om in een buurthuis een gesprekje aan te knopen, dat je meer contacten kunt maken in een buurthuis en dat het interessant is te zien wat er aan activiteiten georganiseerd wordt vanuit het buurthuis.

Praktisch gezien wordt er nog wel een aantal belemmeringen genoemd aan de vestigingen van Optimaal Leven door zowel medewerkers als cliënten. Door cliënten is genoemd voor de vestiging in Hoogeveen/De Wolden dat het op relatief verre reisafstand is en dat parkeerkosten een belemmering vormen om Optimaal Leven te bezoeken. Voor de vestiging in Assen is genoemd dat de ruimtes gehorig zijn.

Belemmeringen die door medewerkers worden genoemd over locatie Hoogeveen zijn de volgende: het is een klinische, zakelijk en onvriendelijke setting (n=3), betaald parkeren vinden zij, net als cliënten, onwenselijk (n=2) en situering langs de spoorlijn is in verband met triggers voor suïcide onwenselijk (n=1). Voor alle locaties geldt dat een aantal medewerkers (n=5) aangeeft dat er te weinig werkruimtes (met vaste pc's) en ruimtes voor therapie beschikbaar zijn. Het vinden van een geschikte ruimte ('zonder biljart of pruttelend koffieapparaat') voor een gesprek met een cliënt is soms ook een uitdaging, zeggen sommige medewerkers (n=3). Voor de locatie van team Emmen noemen medewerkers tot slot dat ruimtes gehorig en slecht te verwarmen zijn (n=2).

Inbedding cliënten in de wijk

Van de medewerkers die hier op bevestigd zijn (n=10) geven de meesten (n=8) aan dat cliënten gestimuleerd worden om deel te nemen aan activiteiten in de buurt of in contact te komen met andere wijkbewoners.

Expliciet wordt de rol van trajectbegeleiders en medewerkers van Sedna en Cosis hierin door sommige medewerkers benoemd. Ook wijkoverleggen, waarin verpleegkundigen van Optimaal Leven participeren, worden benut om cliënten te verwijzen naar bepaalde activiteiten. Ook inloop, TROTS, eigen trainingen en herstelgroepen worden genoemd als manieren waarop cliënten in aanraking kunnen komen met wijkactiviteiten en wijkbewoners. Tot slot noemt een medewerker in dit verband dat de nieuwsbrief van de klankbordgroep altijd een activiteitenagenda bevat. Belemmeringen zijn er ook volgens sommige medewerkers (n=4), zo zou het inzetten op contacten in de wijk voor sommige cliënten niet haalbaar of passend zijn in zijn of haar situatie en vraagt dit een aanpak op maat. Een medewerker geeft in dit verband aan dat cliënten soms niet open staan voor activiteiten en contact met wijkbewoners, of in het verleden beschadigd zijn geraakt in een sociale context, daardoor vraagt het soms tijd en het winnen van vertrouwen voordat een cliënt het aandurft.

Een klein deel van de cliënten (n=3) zegt zich betrokken te voelen bij de wijk, zij hebben contacten in de buurt en sommigen maken ook actief gebruik van ontmoetingsplaatsen, zoals het buurtcentrum, voor het participeren in activiteiten. De meeste cliënten (n=9) voelen zich niet zo of niet betrokken bij de buurt waarin ze wonen. Ongeveer de helft daarvan (n=5) zegt daar ook geen behoefte aan te hebben, zo geeft een cliënt aan graag op zichzelf te zijn, een andere cliënt geeft aan zichzelf onveilig te voelen in de buurt en er daarom geen behoefte aan te hebben. Er zijn ook cliënten (n=4) die juist wel meer betrokken zouden willen zijn bij de wijk of omgeving waarin ze wonen. De manier waarop, daarin variëren de wensen van de cliënten. Zo is er een cliënt die graag in contact zou willen komen met andere wijkbewoners en ook graag de handen uit de mouwen wil steken door klusjes te doen. Ook wandelen met buurtbewoners wordt door een cliënt genoemd als een gewenste activiteit. Sommige cliënten (n=3) benoemen dat zij niet via het Optimaal Leven team in contact willen worden gebracht met buurtbewoners, wel zouden zij graag ondersteund willen worden in manieren waarop zij contacten kunnen leggen. Eén van de cliënten formuleert dit als volgt:

“Optimaal Leven hoeft mij niet te helpen om contact te leggen met de buurt. Ik wil dit zelf doen. Anders zit er een sausje van psychiatrie overheen. Ik wil zelf graag leren om sociale contacten op te doen. Optimaal Leven mag mij hier wel bij helpen, leren hoe ik een gesprek moet aangaan en hoe ik een gesprek opstart. Dit kan ik niet.”

Afstemming zorg en ondersteuning met (zorg)partners in de wijk

Medewerkers die daarop bevraagd werden (n=9) geven aan dat er contact is met andere (zorg)organisaties die bij de cliënt betrokken zijn, bijvoorbeeld de huisarts, ambulante woonbegeleiding en wijkagenten. Een medewerker geeft daarbij aan dat met name Cosis-medewerkers in het team goed zijn in het leggen van contact en vaak het voortouw nemen als het gaat om overleggen met andere organisaties. Desgevraagd geeft een medewerker aan te denken dat er iets intensiever contact met andere organisaties is dan ten tijde dat deze medewerker bij FACT werkte:

“Nou, ik vind dat er iets intensiever contact is als ten tijde van FACT. Maar dat heeft ook denk ik te maken met... nou weet ik ook niet. Ik zat even aan de productie te denken. Want dat was wel een punt waar de teamleider vanuit de GGZ constant op zat. Ik denk dat mijn collega's ook meer ruimte ervaren dan ten tijde van FACT.”

Twee medewerkers wijzen er op dat de mate waarin het lukt om goed contact te hebben en te onderhouden soms wel van persoon tot persoon kan verschillen: soms loopt een samenwerking heel soepel, maar soms ook heel stug. Een samenwerking verloopt vaak minder goed als er veel verschillende medewerkers betrokken zijn die onderling weinig met elkaar communiceren en als er sprake is van veelvuldige personele wisselingen. Soms zit het ook in de persoon zelf: 'Als er dan iemand wegvalt en er komt een nieuwe kan het soms wel weer. Het heeft heel erg te maken met een persoon, niet zozeer met een organisatie'.

Indien cliënten ook zorg of ondersteuning van organisaties buiten Optimaal Leven krijgen, is hen gevraagd hoe het contact verloopt tussen deze organisatie(s), Optimaal Leven en henzelf. Eén cliënt kon deze vraag niet beantwoorden. De overige cliënten gaven aan dat Optimaal Leven, met hun toestemming, met enige regelmaat afstemt met overige hulp- of dienstverleners. In dit verband wordt concreet genoemd: huisarts (n=6), woonbegeleiding (n=3), ziekenhuis (n=2), beschermd wonen (n=1), de bewindvoerder (n=1) en welzijn (n=1). De meeste cliënten (n=9) zijn tevreden over de onderlinge afstemming. Een cliënt zegt:

“Ja, een klein voorbeeldje. De psychiater heeft ook informatie opgevraagd en misschien ook wel gedeeld met het ziekenhuis, wel met toestemming van mij. Dus dat was heel transparant. Er werd altijd wel gevraagd, of dat mogelijk was en als je het niet wil dan doen ze het niet. Het is eigenlijk alleen maar ten goede gekomen.”

Twee cliënten vinden dat het soms beter kan, bijvoorbeeld omdat de afstemming niet goed is gegaan ten tijde van een opname.

Samenvatting

Medewerkers geven, ondanks praktische belemmeringen, de voorkeur aan huisvesting in een wijkcentrum. Voor cliënten is dit beeld wisselender: alle cliënten zijn tevreden met het type huisvesting dat van toepassing is in hun regio. Voor beide typen huisvesting worden verschillende voor- en nadelen benoemd door cliënten en medewerkers. Stigma lijkt in voorkeur voor beide typen huisvesting een rol te spelen. Medewerkers geven aan dat zij cliënten stimuleren om mee te doen aan activiteiten in de buurt en in contact te komen met wijkbewoners. De meeste cliënten geven desalniettemin aan in beperkte mate ingebed te zijn in de wijk. Hierbij spelen verschillende zaken mee. Afstemming met (zorg)partners in de wijk gebeurt, en de meeste cliënten zijn ook tevreden over de onderlinge afstemming, maar deze kan volgens zowel cliënten als medewerkers nog verbeterd worden.

3.2 Functioneren en welbevinden cliëntenpopulatie

In deze paragraaf wordt de volgende vraag beantwoord: *Hoe kan de cliëntenpopulatie getypeerd worden als het gaat om psychosociaal functioneren en ervaren herstel en kwaliteit van leven?* Deze vraag wordt beantwoord met behulp van periodieke metingen. In deze paragraaf gaan we achtereenvolgens in op het psychosociaal functioneren van cliënten en het door cliënten ervaren herstel en kwaliteit van leven. Tot slot volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

Psychosociaal functioneren van cliënten Optimaal Leven

Om het psychosociaal functioneren van de cliëntenpopulatie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de eerste metingen op de HoNOS (n=388). De casemanager beoordeelt het psychosociaal functioneren van een cliënt van de afgelopen dertig dagen aan de hand van twaalf vragen van de HoNOS. Op twaalf probleemgebieden wordt een score tussen 0 (= geen probleem) en 4 (= ernstig tot zeer ernstig probleem) gegeven voor de ernst van de problematiek van de cliënt. De totaalscore van deze vragen geeft een inschatting van het psychosociaal functioneren van de cliënt. Daarnaast zijn er vier subschalen; gedrag (3 items, waaronder hyperactief of agressief gedrag, alcohol- of drugsgebruik), functioneren (2 items, waaronder cognitieve problemen), symptomen (3 items, waaronder hallucinaties en waanvoorstellingen, depressieve stemming) en sociale problemen (4 items, waaronder problemen met relaties, algemene dagelijkse levensverrichtingen).

Het niveau van psychosociaal functioneren van de groep Optimaal Leven cliënten wijkt niet veel af van een ambulante GGZ doelgroep. De gemiddelde problematiek ten aanzien van het psychosociaal functioneren (M=9,89; SD=5,48) lijkt wat minder ernstig in vergelijking met de resultaten van een valideringsonderzoek van de HoNOS naar de patiëntgroep ambulante (M=11,2; SD=7)^{19,20}. Een mogelijke verklaring voor een verschil tussen de Optimaal Leven caseload met die van 'standaard zorg' zoals FACT, is dat de ernst van de problematiek meer divers is bij de Optimaal Leven teams, zowel wat betreft aard als ernst.

In de vergelijking tussen de cliëntenpopulatie van de verschillende Optimaal Leven teams valt op dat de problematiek wat betreft het psychosociaal functioneren bij de cliënten uit Emmen gemiddeld gezien significant hoger is dan bij de andere twee teams. Dit verschil komt het meest duidelijk naar voren op de subschalen symptomatologie en sociale problemen. Deze bevindingen worden ondersteund door de observaties van medewerkers uit Emmen. Van deze regio is ook bekend dat er relatief meer ernstige en complexe problematiek voor komt dan in de regio's Assen en Hogeveen/De Wolden.

Ervaren herstel door cliënten van Optimaal Leven

Binnen Optimaal Leven wordt de I.ROC gebruikt als indicator van ervaren herstel. De eerste metingen (n=165) van dit instrument worden gebruikt om het ervaren herstel van de cliëntenpopulatie van Optimaal Leven in kaart te brengen. De I.ROC is ontwikkeld door hulpverleners en cliënten verbonden aan de Schotse zorgaan-

¹⁹ Mulder, Staring, Loos et al. (2004)

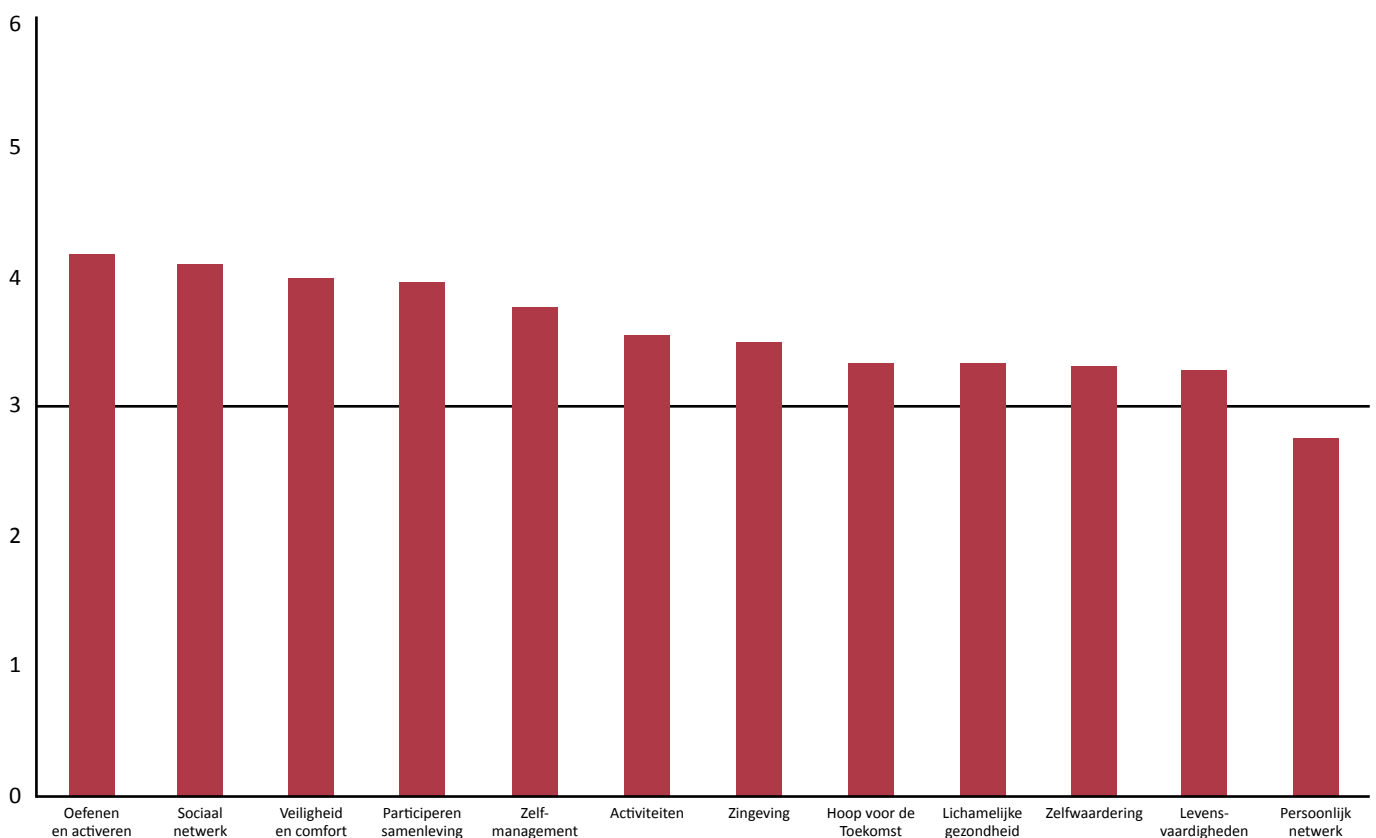
²⁰ Een veelgebruikt criterium voor interpretatie van HoNOS uitkomsten is een onderscheid tussen matig (< 13) en ernstig (13 of meer) en onderscheid tussen mild (< 10) en matig (10 tot 13), zie bijvoorbeeld Parabiaghi, Kortrijk & Mulder (2014)

bieder Penumbra²¹. Het instrument bestaat uit twaalf vragen gebaseerd op twaalf indicatoren van herstel, onderverdeeld in vier domeinen: Home, Opportunity, People en Empowerment (HOPE). De vragen worden gescoord op een 6-puntschaal van 1 (nooit) tot 6 (altijd).

De I.ROC wordt gebruikt als hulpmiddel om in gesprek te gaan met de cliënt om zijn herstel inzichtelijk te maken en doelen te destilleren. De resultaten worden in een spinnenweb weergegeven. Het maakt inzichtelijk waar de individuele krachten en on vervulde behoeften zitten. Wanneer de uitkomst van een vervolgmeting van I.ROC wordt toegevoegd worden de individuele veranderingen over de tijd zichtbaar.

Bij de uitkomsten van de eerste metingen valt op dat het ervaren herstel gemiddeld iets, maar wel significant, lager ($M=3,59$; $SD=0,90$) is dan de FACT populatie in zorg bij GGZ Drenthe ($M=4,08$; $SD=0,81$)²². Veel gevolgtrekkingen kunnen uit dit kleine verschil niet getrokken worden. Het kan mogelijk deels verklaard worden door de invloed van een verschil in wijze van afnemen van de I.ROC: binnen Optimaal Leven wordt het als interview afgenomen en in het vergelijkende FACT onderzoek middels zelfrapportage.

Figuur 1: Gemiddelde itemscore van de eerste meting op de I.ROC (n=165)



²¹ Ion, Monger, Hardie et al. (2013)

²² Aardema, Boonstra, Pijnenborg et al. (submitted)

Bij de rangorde van de gemiddelde score per vraag bij de eerste meting (n=165) valt op dat cliënten op de indicator voor persoonlijk netwerk (*In de afgelopen drie maanden nam ik deel aan gezamenlijke of groepsactiviteiten*) het laagste scoren (zie Figuur1). Mogelijk speelt de COVID pandemie hierin een rol.

Bij vergelijking van de uitkomsten tussen de cliëntenpopulatie van de verschillende teams zijn geen significante verschillen gevonden.

Ervaren kwaliteit van leven door cliënten

Voor het in kaart brengen van ervaren kwaliteit van leven van de cliëntenpopulatie zijn de eerste metingen (n=180) van de MANSA²³ benut. MANSA is een zelfbeoordelingsschaal die vraagt naar de kwaliteit van leven. Dertien vragen verwijzen onder meer naar tevredenheid over baan, woning en algehele gezondheid. Bij de antwoorden kan steeds een keuze gemaakt worden uit zeven mogelijkheden, lopend van 'kan niet slechter' tot 'kan niet beter'. Daarnaast zijn er drie ja/nee vragen over vrienden/bezoek en over het slachtoffer zijn van geweld.

De gemiddelde score (M=4,50; SD=0,99) van de Optimaal Leven cliënten is vergelijkbaar aan die van de FACT populatie van GGZ Drenthe. Tussen de cliëntenpopulatie van de verschillende teams zijn geen significante verschillen gevonden.

Samenvatting

Het psychosociaal functioneren van de cliënten van Optimaal Leven lijkt op basis van de eerste metingen niet veel af te wijken van de ambulante GGZ doelgroep, maar de gemiddelde problematiek lijkt iets minder ernstig bij de cliëntenpopulatie van Optimaal Leven. In vergelijking met de andere Optimaal Leven regio's is er in Emmen sprake van meer ernstige problematiek, met name als het gaat om symptomatologie en sociale problemen. Dit komt overeen met het beeld van deze regio: het is bekend dat er relatief meer ernstige en complexe problematiek voor komt dan in de regio's Assen en Hoogeveen/De Wolden. Gekeken naar het door cliënten ervaren herstel, blijkt uit de eerste metingen dat dit iets lager is dan de FACT populatie in zorg bij GGZ Drenthe. Tot slot is de ervaren kwaliteit van leven van cliënten van Optimaal Leven op basis van de eerste metingen vergelijkbaar aan die van de FACT populatie van GGZ Drenthe. Geconcludeerd kan worden dat de cliëntenpopulatie van Optimaal Leven weinig of niet lijkt af te wijken van de cliëntenpopulatie van 'standaard zorg' als het gaat om psychosociaal functioneren en ervaren herstel en kwaliteit van leven. De cliënten uit Emmen functioneren psychosociaal lager, voor het ervaren herstel en kwaliteit van leven zijn geen regionale verschillen gevonden.

²³ Van Nieuwenhuizen, Janssen-de Ruijter & Nugter (2017)

3.3 Waardering Optimaal Leven door cliënten

De vraag die we in deze paragraaf beantwoorden is: *Hoe ervaren cliënten de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven en in hoeverre zijn zij hier tevreden over? Wat zien zij daarin als sterke punten en verbeterpunten?* Deze vraag beantwoorden we op basis van de interviews met cliënten (n=12) en op basis van de uitkomsten van cliënttevredenheidsvragenlijsten.

Waardering van de zorg en ondersteuning

In de interviews is cliënten gevraagd in hoeverre ze, over het geheel genomen, tevreden zijn met de zorg en ondersteuning die ze van Optimaal Leven ontvangen. Sommige cliënten drukten dit uit in een cijfer, anderen gaven hier liever woorden aan. Twee cliënten lijken gezien het cijfer waarmee ze Optimaal Leven waarderen, respectievelijk een 6 en een 6,5 redelijk tevreden maar zien substantiële verbeterpunten waardoor dit cijfer verhoogd zou kunnen worden. De één geeft in dit kader aan dat de manier waarop een gedwongen opname plaats heeft gevonden beter kan, de ander geeft aan dat het maken van goede afspraken en het tijdig en goed informeren daarover beter kan. De overige cliënten geven aan 'tevreden' te zijn (n=4) of waarderen de zorg en ondersteuning met een 8, een 9 of 'zeer tevreden' (n=6).

Ook op basis van de cliënttevredenheidsvragenlijsten (de Consumer Quality Index, CQi) blijkt dat de waardering voor de zorg hoog is. De CQi is een in Nederland veel toegepaste vragenlijst die wordt afgenomen om de kwaliteit van de ambulante GGZ (inclusief verslavingszorg) te meten vanuit het perspectief van de cliënt. Het brengt in kaart op welke punten cliënten positieve ervaringen hebben en waar nog verbetering mogelijk is. De vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt, bestaat uit veertien vragen, dertien op een vijfpuntsschaal en één op een visueel analoge schaal (VAS) van 0 tot 10. De vragenlijst kent vier schalen: bejegening door de hulpverlener, uitvoering van de zorg, informatie en samen beslissen.

Op een schaal van 0 'heel erg slecht' tot en met 10 'uitstekend' wordt gevraagd een cijfer voor de zorg te geven. Over alle metingen is het gemiddelde cijfer van de Optimaal Leven cliënten een 7,5. Dit betekent dat de waardering voor de zorg hoog is. Door de vlakke verdeling op *samen beslissen* lijkt er op dat domein nog ruimte voor verbetering te zijn.

In de vergelijking tussen de Optimaal Leven teams zijn geen significante verschillen gevonden tussen de scores op de CQi.

Motivatie voor tevredenheid en suggesties voor verbetering

De geïnterviewde cliënten geven aan verschillende aspecten belangrijk te vinden in de ondersteuning en behandeling die ze ontvangen van Optimaal Leven, namelijk:

- Bieden van continue zorg ('back-up') (n=6)
- Problematiek en behoeften van cliënt kennen en daar adequaat op aansluiten (n=6)
- Geïntegreerde ondersteuning op verschillende leefgebieden (n=5)
- Goed luisteren en meedenken (n=5)
- Inzet, toewijding en nek uitsteken (n=2)

- Cliënt begrijpen en serieus nemen (n=2)
- Cliënt 'empoweren', zelfvertrouwen geven (n=1)
- Bezoek aan huis van hulpverlener (n=1)
- Goede relatie met hulpverlener (n=1)

Bovenstaande zaken geven aan waaraan cliënten veel belang hechten in de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven. Gevraagd naar de redenen waarom iemand tevreden is over Optimaal Leven, noemen de cliënten dat ze het gevoel hebben dat ze gezien worden als mens (n=1), dat ze snel en goed geholpen worden (n=2), dat er veel kennis en know-how aanwezig is in het team (n=1) en dat het team toegewijd is en naar beste kunnen handelt (n=1). Tot slot wordt ook benoemd dat het prettig is dat je als cliënt je verhaal maar één keer hoeft te vertellen, doordat het team functioneert als één entiteit (n=2). Een cliënt formuleert dat als volgt:

" (...) Het is echt uniek dat dit gebeurt. Ook dat de casemanager er tijd voor vrij maakt en gewoon mee op pad gaat. Ik ken geen één organisatie die alles in huis heeft. Zoals GGZ ook, dat zijn eigenlijk allemaal losse componentjes. En als je er buiten valt, dan pas je er niet tussen en dan val je tussen wal en schip, weet ik wat, maar dit is gewoon een geheel. En met name ook, niet alleen het praten, maar ook het doen. Het daadwerkelijk gewoon meegaan naar organisaties en gewoon helpen. Dat samen bespreken, wat is het beste, dat is heel belangrijk. Resultaatgericht."

In de interviews hebben de cliënten ook suggesties gedaan ter verbetering van de zorg en ondersteuning. Naast de eerder genoemde punten, bejegening rondom gedwongen opname en het maken van goede afspraken en daarover tijdig informeren, zijn dat: creëren van ontmoetingsmomenten met lotgenoten (n=2), extra behandelaar aannemen zodat deze beter beschikbaar wordt (n=2), bereikbaarheid van de verpleegkundig specialist vergroten (n=1), een somatisch verpleegkundige toevoegen aan het team ten behoeve van zorg bij bijvoorbeeld (zelf)verwondingen of smetplekken (n=1), bureaudienst verbeteren en cliënt wekelijks informeren over bezetting bureaudienst (n=1), beter doorzetten bij gewenste opname (n=1) en tot slot het verruimen van de openingstijden van het wijkcentrum in Assen (n=1).

Ervaren verschillen met eerdere zorg en ondersteuning

De cliënten die, voordat ze bij Optimaal Leven kwamen, ook een vorm van zorg en ondersteuning kregen van VNN, GGZ Drenthe, Cosis of vergelijkbare organisaties (n=11), zijn tijdens het interview - als dat passend was - gevraagd of ze veranderingen hebben waargenomen met hoe ze het eerder gewend waren. Soms brachten cliënten dit ook zelf naar voren. Cliënten hebben dus soms vergelijkingen gemaakt met de zorg en ondersteuning die ze van Optimaal Leven ontvangen en de zorg die ze daarvoor ontvingen. Deze bevindingen worden verderop gepresenteerd. Echter, deze kunnen niet één op één geïnterpreteerd worden als 'effecten' van Optimaal Leven. Daarvoor is een aantal redenen. Ten eerste vormde het ontleden van 'de verschillen' geen centrale vraagstelling in het interview – deze is dus niet bij iedereen en ook niet even uitgebreid aan bod gekomen. Ten tweede is het mogelijk dat door sommige cliënten waargenomen verschillen toevalstreffers zijn (zo is het al dan niet hebben van een goede klik met een hulpverlener ook een kwestie van 'geluk hebben').

Ook kan het switchen naar een nieuwe organisatie met andere hulpverleners en een andere aanpak op zich al een effect sorteren en kunnen er tegelijkertijd ook andere veranderingen hebben plaatsgevonden, bijvoorbeeld in de (privé)situatie van de cliënt of in aanvullende zorg en ondersteuning.

Dit gezegd hebbende: een deel van de cliënten vond het moeilijk om aan te geven of ze een verschil ervaarden (n=4). Twee cliënten (beiden vanuit een FACT team van GGZ Drenthe in oktober 2018 gestart bij Optimaal Leven) merken geen verschil, desgevraagd ook geen verslechtering. Eén van deze cliënten zegt:

“Het is helemaal niet veranderd. Alleen de naam. Dat zeggen ze zelf ook. Zo van, pff, moet ik weer de naam veranderen. Het is gewoon een naam. Het is dezelfde constructie. Ze houden zich aan dezelfde regels, aan dezelfde afspraken. Alleen ze krijgen nu een andere naam. En sommigen vonden dat ook niet leuk hoor. Die lieten dat ook wel duidelijk merken. Behalve de naam heb ik geen verandering gemerkt, niets van meegekregen. Er is niks veranderd voor mij. (...) Ik ben gewoon tevreden, ja. Maar dan moet ik er bij zeggen, dat was ik met het FACT-team ook. Er is niets veranderd.”

De resterende cliënten (n=6) zeggen dat zij op bepaalde punten verschillen hebben gemerkt ten opzichte van eerdere zorg en ondersteuning die zij hebben ontvangen. Deze verschillen hebben betrekking op drie zaken. Ten eerste benoemen cliënten een bredere kijk en een grotere mate van betrokkenheid van de psychiaters (n=3; ‘Naast medicatie is het nu ook van: hoe gaat het met je? Kan ik nog iets voor je betekenen?’). Ten tweede wordt door een aantal cliënten een andere bejegening van de hulpverleners (n=4) bemerkt. Over die bejegening zeggen betreffende cliënten dat ze het gevoel hebben meer als mens te worden gezien in plaats van als cliënt, dat ze het gevoel hebben meer serieus te worden genomen, dat er meer sprake is van wederzijds respect (‘Ik respecteer hen, maar zij respecteren mij ook in de zin van dat ze geloven dat wat ik zeg waar is’) en ten slotte dat door de bejegening van hulpverleners het zelfvertrouwen terug is (‘Die sterkte en dat zelfvertrouwen heb ik echt van Optimaal Leven gekregen’). Ten derde en tot slot benoemt een aantal cliënten (n=4) dat zij een andere aanpak hebben ervaren binnen Optimaal Leven. In dit verband noemen zij (allen n=1) dat er meer regie bij hen zelf wordt gelegd (‘Zij stimuleren jou om zelf te zoeken wat wil jij en wat ga jij doen en hoe ga jij dat doen’), dat je je verhaal maar één keer hoeft te vertellen (‘Want het is al overlegd, dus je hoeft niet alles te herhalen’), dat de zorg en ondersteuning op maat is (‘Ja bij het vorige GGZ team kende ik het op een gegeven moment wel, en bij Optimaal Leven ga je weer verder, in de zin van hoe je verder moet leven. Het is niet zo standaard meer’) en de ondersteuning op meerdere levensgebieden tegelijk (‘Dit is een uniek project eigenlijk waarbij je dus heel verschillende elementen in één hebt en die elkaar ook gewoon overlappen en ondersteunen’).

Samenvatting

De meeste geïnterviewde cliënten geven aan ‘tevreden’ te zijn of waarderen de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven met een 8, een 9 of ‘zeer tevreden’. Ook op basis van de cliënttevredenheidsvragenlijsten blijkt dat de waardering voor de zorg hoog is. Verschillende zaken dragen bij aan die mate van tevredenheid. De belangrijkste daarvan zijn: het bieden van continue zorg, problematiek en behoeften van cliënt kennen en daar adequaat op aansluiten, het bieden van geïntegreerde ondersteuning op verschillende leefgebieden

en goed luisteren en meedenken. De positieve ervaringen die cliënten hebben, worden toegeschreven aan dat ze het gevoel hebben dat ze gezien worden als mens, dat ze snel en goed geholpen worden, dat er veel kennis en know-how aanwezig is in het team, en dat het team toegewijd is en naar beste kunnen handelt. Tot slot wordt ook benoemd dat het prettig is dat je als cliënt je verhaal maar één keer hoeft te vertellen doordat het team functioneert als één entiteit.

3.4 Waardering werken in de proeftuin Optimaal Leven

In deze paragraaf wordt de volgende vraag beantwoord: *Hoe beleven medewerkers het werken in de proeftuin en in hoeverre zijn zij tevreden met hun baan? Welke aspecten bevorderen en belemmeren de mate van tevredenheid?* Deze vraag wordt beantwoord met behulp van de interviews met medewerkers (n=15) en de uitkomsten van de werkbelevingsvragenlijst. In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de motivatie van medewerkers om te gaan werken bij Optimaal Leven. Vervolgens wordt ingegaan op hoe medewerkers het werken in de proeftuinen ervaren. Ervaren zij het werken in een proeftuin bijvoorbeeld als anders? Daarnaast worden de ervaringen van medewerkers met de aansturing van de proeftuin en de actielessies in kaart gebracht en wordt weergegeven in hoeverre medewerkers tevreden zijn met hun baan, waarom en hoe dit nog verbeterd kan worden. De paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting met de belangrijkste bevindingen.

Motivatie van medewerkers voor het werken in de proeftuin

De meeste geïnterviewde medewerkers (n=13) zeggen op basis van intrinsieke motivatie aan de slag te zijn gegaan bij Optimaal Leven. Voor twee medewerkers lag dit anders. Zij zagen zich genoodzaakt te gaan werken bij Optimaal Leven. Zo werd er een beroep gedaan op een medewerker vanuit de moederorganisatie ('Er moesten gewoon uren worden geleverd'), terwijl een andere medewerker geen andere keuze zag dan gaan werken bij Optimaal Leven 'Omdat het FACT team overging in Optimaal Leven' en niet duidelijk was hoe de andere keuze, herplaatsing, concreet vorm zou krijgen.

De motivatie van medewerkers om bij Optimaal Leven gaan werken kan als volgt gecategoriseerd worden (waarbij geldt dat de meeste medewerkers meerdere typen motivaties benoemen):

- **Ruimte om anders te denken en te werken (n=6)**
Medewerkers omschrijven dit in termen van: 'beroep dat wordt gedaan op meedenken', 'pionieren', 'creatief zijn', 'vrijheid om te doen wat goed lijkt', 'out of the box denken', 'behoefte aan vrijheid en autonomie', 'uitdaging'.
- **Meerwaarde en/of voorkeur voor organisatieoverstijgend samenwerken (n=6)**
Medewerkers omschrijven dit in termen van: 'werk heel graag samen met instanties', 'leg graag contacten tussen verschillende instanties', 'concept van samen werken met andere organisaties sprak mij aan', 'prettig dat we collega's van VNN en Cosis in het team kregen', 'mooie constructie: sparren met elkaar, verschillende disciplines, korte lijntjes', 'geloofde dat dit de manier is waarop organisaties met elkaar moeten samenwerken, muren opheffen en met elkaar voor die cliënt, heel simpel, weg met die barrières', 'in de FACT teams werkten we ook herstelgericht maar altijd binnen behandelmodel, echt dat GGZ, een beetje daaruit stappen en in de wijk en samen met andere organisaties'.

- **Meerwaarde integrale aanpak voor en dicht bij de cliënt** (n= 7)

Medewerkers omschrijven dit in termen van: ‘vaak werd gekeken steekt verslaving of psychiatrie er boven uit en dan alleen op één van de twee inzetten, bij Optimaal Leven proberen we zoveel mogelijk tegelijk te benaderen’, ‘dikwijls gehad dat beide organisaties naar elkaar wezen over welke diagnose voorliggend zou zijn, dacht echt: hier gaan we eindelijk wat aan doen’, ‘als je psychosociale ellende niet kunt adresseren, kun je niet behandelen dan mislukt het of herhaalt het zich: dus je moet die twee dingen samen aanpakken, dichtbij huis en binnen de context waar mensen zitten’, ‘rol van de psychiatrie is klein maar niet onbelangrijk, het gaat over dingen mogelijk maken zoals dat iemand weer contact heeft met zijn kinderen, een leuke vader kan zijn of weer kan sporten’, ‘spannende en uitdagende zoektocht naar behandeling versus begeleiding’, ‘concept van met zijn allen, in die wijk, dichterbij de mensen, dichterbij in die wijk, minder alleen maar het medische model aanhangen maar meer kijken: wat heb je nou als persoon nodig?’, ‘werken met een complexe doelgroep’.

Kenmerkend aan werken in de proeftuin Optimaal Leven

Hoe ervaren medewerkers het werken in een proeftuin en in hoeverre merken zij dat het anders is om in de proeftuin te werken? Veel medewerkers (n=9) vinden het (heel) leuk om te werken in een proeftuin. Waarbij twee medewerkers aangeven dat hun ervaring ten positieve is veranderd in het tweede jaar van Optimaal Leven, zij hebben het eerste jaar als erg rommelig ervaren. Andere medewerkers (n=6) verbinden er niet zozeer een waardeoordeel aan, maar benoemen vooral wat het werken in een proeftuin anders maakt. Twee zaken worden daarbij het vaakst genoemd, namelijk praktische problemen die ervaren worden door het werken in een samenwerkingsconstruct en de ervaren ruimte om kritisch te denken. Beide worden hieronder toegelicht, gevolgd door een aantal overige, minder vaak genoemde, zaken.

Wat het ten eerste anders maakt, volgens drie medewerkers, is dat het voelt als een proeftuin in die zin dat er soms nog steeds problemen ervaren worden bij administratie (deels dubbel), communicatie (twee email accounts) en bij financiering (wie betaalt?). Een medewerker zegt daarover:

“Het voelt als een proeftuin omdat je er heel erg tegen aanloopt met de administratie, allerlei organisaties, dat gaat nu wel iets beter maar nog steeds... dan moet je voor je eigen organisatie registreren en via GGZ. En sommige dingen kunnen weer niet en andere mensen kunnen daar weer niet bij. (...) Het is ook altijd lastig met geld, er is geen geld. Krijg ik altijd te horen, als je wat wilt, dan moet je kijken hoe moet dat dan. Bijvoorbeeld als je zaalruimtes moet huren. En dan wordt er weer gekeken van: wie is dan de doelgroep? Is dat echt Optimaal Leven of vooral VNN of vooral GGZ? En wie gaat het dan betalen? En Optimaal Leven heeft in principe geen geld dus dan moet je altijd weer terug naar een moederorganisatie. Je zit altijd wat tussen wal en schip, dat is echt proeftuingebeuren. Dus financieel en administratief is het nog wel eens lastig”.

Een tweede punt, genoemd door veruit de meeste medewerkers (n= 11), wat medewerkers anders vinden aan de proeftuin, is de ruimte die ze ervaren in kritisch denken over 'waarom doen we wat we doen', om eigen ideeën in te brengen over wat anders of beter kan en hier vervolgens ook mee te experimenteren. Medewerkers geven aan dit positief te vinden, dit is bijvoorbeeld terug te horen in uitspraken als 'fijn dat je mag zeggen wat je vindt', 'voel mij veel vrijer in mijn doen en laten' en 'je mag struikelen, fouten maken, leren en ontdekken'. Een medewerker geeft aan dat het werken in een proeftuin ook bij je moet passen, en zegt daarover:

"Ja, ik vind het lekker om te werken in een proeftuin. Maar ik zei al: ik houd er wel van om te kunnen freewheelen en kritisch te kijken waarom doen we dingen zoals we ze doen en is dit wel echt wat we moeten doen. (...) Maar dat betekent ook dat je af en toe wel wat moet freewheelen, en de ene keer gaat het ook makkelijker dan de andere keer. En soms denk je ook: oh nou ben ik wel erg alleen aan het freewheelen, dan moet ik wel even zorgen dat ik nog aangehaakt blijf bij de rest. Maar ik heb ook wel collega's daarop zien afbranden. Omdat ze het gevoel hadden dat ze niet hun werk naar behoren konden doen. Of die het gevoel hadden niet genoeg gehoord te kunnen worden. Of niet genoeg hun rol kunnen pakken. Dus ook dat is wel gebeurd in dit team. Het ligt, denk ik, aan wat je als persoon wel of niet prettig vindt, maar ook wel een beetje aan... Het kost ook wel wat. Het kost ook een bepaalde energie en dat moet je leuk vinden. Want ik vind dat leuk, maar als je graag wilt dat het klaar is dan kun je daar ook een beetje op stuk lopen."

Hieruit komt ook naar voren dat (de continue drang tot) het verder ontwikkelen van de proeftuin medewerkers energie oplevert, maar ook kost. Twee andere medewerkers onderstrepen dit verschijnsel eveneens: 'De frustratie is natuurlijk iedere keer dat dingen nog niet af zijn, dat dingen nog moeten groeien, moeten ontwikkelen, dat je geduld moet hebben (...) het is nog niet goed genoeg: je bent altijd wel bezig om dingen te verbeteren en te ontwikkelen'. Het vinden van de juiste balans in het verder ontwikkelen van de proeftuin is soms ook lastig, zo zegt een medewerker:

"Ik vind de veelheid aan richtingen soms wel eens ingewikkeld. Dat maakt ook dat in mijn beleving een aantal dingen blijft liggen. En dan kun je beter iets minder doen en het afmaken dan zoveel doen en dat alles een beetje de bijmaak houdt van: goh als we er even echt in waren gedoken dan was het echt goed geweest. En je krijgt het nooit helemaal goed maar, ja, daarin mag het van mij wel iets gematigder en iets meer gericht op dingen afmaken. Ik vind het af en toe wat te dun worden, te vluchtig. En dan merk je dat mensen gewoon weer hun eigen ding gaan doen."

Overige zaken die medewerkers noemen als 'anders' in de proeftuin (allen n=1): minder afgerekend worden op productie, deelnemen aan actiesessies en interventies, onderzoek en vragenlijsten en (landelijke) aandacht voor de proeftuin. Tot slot noemt een medewerker dat het soms nog steeds aftasten is in het team: wie doet wat? Zeker wanneer er weer nieuwe medewerkers starten. Een andere medewerker noemt in dit verband ook dat er voor het inwerken van nieuwe collega's te weinig aandacht is, bijvoorbeeld als het gaat

om het leren werken met de I.ROC en rapportagesystemen. Deze medewerker pleit daarom voor het opstellen van een draaiboek om nieuwe medewerkers goed bekend te maken in de proeftuin.

Ervaringen met aansturing van de proeftuin

Over de aansturing van de proeftuin zijn de meeste medewerkers (n=14) overwegend tevreden. Een aantal medewerkers (n=9) noemt in dit kader specifiek de als prettig ervaren aansturing door de projectleider, waarbij vooral gewaardeerd wordt dat de projectleider 'dichtbij', 'duidelijk', 'goed bereikbaar' en 'vrij in de aansturing' is. Met dat laatste wordt bedoeld op de ruimte en het initiatief die aan de medewerkers zelf wordt gelaten. Hoe de aansturing, naast de projectleider, precies georganiseerd is, daarvan zijn de meeste medewerkers niet precies op de hoogte. Een medewerker zegt daarover:

“De structuur is voor mij heel erg onduidelijk. Ik weet dat ik een projectleider heb. Ik weet dat daar een programmamanager boven staat. En ik weet dat er nog een stuurgroep en een kerngroep en een directie is, maar wie wat en hoe? Ik heb een paar keer geprobeerd om het duidelijk te krijgen. Door het na te vragen, vragen of we daar een keer mee in gesprek konden komen. We hebben laatst een gesprek gehad met iemand van de gemeente Hoogeveen, nou schijnbaar was dat een onderdeel van de stuurgroep. Maar ook dat wordt me niet helemaal duidelijk. Ook niet wat die stuurgroep nu doet en hoe stuurt die? Stuurt die of stuurt die niet?”

Voor de meeste medewerkers is de aansturing door de projectleider en programmamanager het meest zichtbaar en helder. Hoe de (bestuurlijke) aansturing er verder uitziet, is voor de meeste medewerkers niet helder. Daarover wordt in de interviews vaak gesproken in termen als 'van boven' of 'wat daarachter zit'.

Als het gaat om de aansturing door de programmamanager en de aansturing daarachter, dan komen er verschillende ervaringen van medewerkers naar voren. De meeste medewerkers (n=10) geven aan dat ze, over het geheel genomen, voldoende worden betrokken bij ontwikkelingen en beslissingen die worden genomen in de proeftuin. Een medewerker zegt:

“Ik ervaar de aansturing als prima. Het is een gemeenschappelijk gedragen iets. Er worden geen dingen van bovenaf opgelegd. Aansturing gebeurt op een hele natuurlijke manier. Ik voel mij gezien.”

Sommige medewerkers (n=5) geven aan dat er soms 'dingen' van bovenaf worden opgelegd of dat de communicatie 'van boven' niet altijd transparant is. Deze medewerkers hebben zich op sommige momenten onvoldoende gekend gevoeld in beslissingen die van hogerhand werden genomen. Een medewerker zegt daarover:

“Nou ik vind op het niveau van samenwerking met de projectleider, en met de programmamanager iets meer indirect, maar daar hoor ik natuurlijk wel van ontwikkelingen, dat vind ik wel goed. Ik voel me ook erg ondersteund door de projectleider. Het is wel zo dat zij weer, daarboven een stuurgroep en een management en alles hebben... Dus van de projectleider denk ik wel eens, nou dan zit je dus wel mooi in de sandwich. Ik vind wel dat van bovenaf dan beslissingen worden genomen waarvan ik denk: is er nou echt goed bekeken op de werkvloer wat dit betekent en hoe dit uitpakt? En daar heb ik dan soms wel mijn vraagtekens bij.”

Een andere medewerker wijst er op dat communicatie soms niet transparant is en zegt daarover:

“Ja, met de projectleider gaat het allemaal prima. Maar zodra het dan een niveau hoger gaat, dan heb je zoiets van, ja ik weet het niet. Af en toe hoor je iets van andere kanalen, dan denk je het zal, maar wij hebben nog niets gehoord. Dat mocht wat mij betreft nog wel wat transparanter. Iemand noemde van de week nog iets. En toen zei ik: goh, daar weet ik helemaal niks van, daar heb ik niks van gehoord. Maar dan schijnt de programmamanager in te zijn voor een of andere proef. Dat de programmamanager gezegd heeft, oh, maar daar willen wij wel aan mee doen. Dan denk ik, nou dat zou ik dan wel graag willen weten. Want dat is een hele verandering. Daar word je wel eens wat onzeker van.”

De ‘dubbele’ aansturing vanuit zowel Optimaal Leven als de eigen moederorganisatie komt in zes interviews ter sprake. Zij geven aan van aansturing vanuit de moederorganisatie weinig te merken; zij verbinden hier in de interviews geen oordeel aan. Twee van hen geven aan dat dit in het eerste jaar van Optimaal Leven anders was, dat de aansturing vanuit de moederorganisatie en Optimaal Leven toen met elkaar botste. Een medewerker zegt:

“Ik ben heel erg tevreden over onze projectleider. De leidinggevende vanuit mijn moederorganisatie kan ik het ook goed mee vinden, maar die vind ik niet altijd even duidelijk. En die zit altijd heel erg op financiële processen, wat ik dan altijd heel erg ingewikkeld vind. En daar is in het begin heel veel gedoe over geweest, wie de baas was. Dat was echt een soort haantjesgevecht van wie de baas is. En daar hadden we als team last van. En dat vond ik eigenlijk heel kwalijk, van alles wat daar dan weer boven hangt, dat die niet heeft gezegd van: jullie moeten even met de koppen tegen elkaar nu, en hou even op.”

Ervaringen met actieleersessies

Onderdeel van de proeftuin zijn de lokale actieleersessies binnen één team en gezamenlijke actieleersessies voor alle drie teams. Het grootste deel van de medewerkers (n=10) heeft aangegeven welke rol de actieleersessies spelen binnen de proeftuin, anderen is de vraag niet gesteld (n=3) of hebben zich nog geen beeld kunnen vormen van de actieleersessies (n=2). Medewerkers (n=4) noemen dat de actieleersessies zorgen

voor verbinding en helpen om de neuzen dezelfde kant op te krijgen. Ook het uitwisselen van ideeën (n=2) en inspireren en het bevorderen van het verder ontwikkelen (n=3) worden genoemd als functie van de actielessie. Medewerkers noemen de actielessies ‘leerzaam’ (n=3) en ‘nuttig’ (n=2). Medewerkers noemen ook dat zij het onderwerp van de actielessies soms niet of minder relevant vinden of geven aan dat het soms relatief veel tijd kost (n=3). Opvallend is dat sommige medewerkers de lokale actielessies waarderen (‘Die kun je lokaal inkleuren, onderwerpen kiezen die je zinnig vindt’), terwijl andere medewerkers juist de gezamenlijke actielessies waarderen (‘Leuk, je kunt elkaar dan qua discipline of aandachtsgebied opzoeken en kennis en ervaringen uitwisselen’ of ‘Interessant om te zien hoe ze iets in een andere regio doen’).

Medewerkers geven aan op de volgende punten nog ruimte voor verbetering te zien: vooraf geïnformeerd worden over onderwerp en doel van de actielessie, minder vrijblijvendheid in al dan niet bijwonen van actielessies (eventueel roulatie afspreken) en follow up afspraken maken. Een aantal medewerkers (n=4) geeft suggesties over onderwerpkeuze van actielessies: herstelgerichtheid naar boven halen, samenwerking en gebruik maken van elkaars expertise, zaken bespreken op casusniveau, leren van waar je tegen aan gelopen bent, signaleren naar anderen toe en zoeken naar oplossingen. Een medewerker zou de actielessies vooral willen inzetten om de samenhang tussen de teams te bevorderen, deze medewerker zegt:

“Als verbeterpunt voor de actielessies zie ik de samenhang tussen de drie teams. Weet je, we zijn natuurlijk drie verschillende teams met drie verschillende culturen. En dat is denk ik goed, en dat moet denk ik ook, want je hebt drie verschillende regio’s. Maar ik denk toch dat we in een bepaalde mate ook iets gezamenlijks moeten hebben. (...) Die samenhang mis ik soms nog wel. En ieder doet het nog steeds wat op zijn eigen manier. Ik weet in Assen hebben ze een heel mooi herstelbord. Nou, dat is niet breed ingevoerd, dat is niet breed gedeeld. Ja, daar is één keer eens een mailtje over geweest. En dat mailtje vervalt dan weer. En dat vind ik dan een beetje een gemiste kans.”

Mate waarin medewerkers tevreden zijn over hun baan

De meeste medewerkers geven aan dat ze ‘heel tevreden’ (n=13) of ‘tevreden’ (n=1) zijn. Van de medewerkers die aangeven heel tevreden te zijn, verbinden sommigen (n=4) hier spontaan een rapportcijfer aan in de vorm van een 8 (n=1) of een 9 (n=3). Daarnaast is er een medewerker die de baan een krappe 6 geeft, deze medewerker ziet op diverse gebieden ruimte voor verbetering.

Medewerkers motiveren de tevredenheid met hun baan op verschillende manieren, drie daarvan worden het vaakst genoemd, namelijk: tevredenheid met het team, inhoudelijke uitdaging en complexiteit van de doelgroep, en de ervaren vrijheid. Ten eerste zijn veel medewerkers (n=7) dus blij met hun collega’s, met het team waar ze deel van uitmaken. Zo wordt bijvoorbeeld de betrokkenheid, inzet (‘iedereen wil de schouders er onder zetten’), behulpzaamheid en het elkaar in de waarde laten gewaardeerd. Een medewerker zegt:

“Het team is echt prettig en plezierig, is heel behulpzaam. Ook als je afspraken maakt die komen ze na. Als je vakantie hebt, dan draag je het over, dan wordt er echt met liefde en met aandacht overgenomen die mensen. Dan hoor je ook wel van je cliënten dat die klik er wel is en dan kun je weer verder en andersom net zo. Het is een leuk team, ze laten elkaar in hun waarde. Helpen elkaar. Iedereen ziet elkaar zoals ie is. Ja, ik ben er heel tevreden over.”

Naast de onderlinge betrokkenheid van collega's wordt ook door medewerkers genoemd dat ze zich gezien en gehoord voelen binnen het team. Er is een sfeer van vertrouwen waarin medewerkers zich durven uitspreken ('Alles is bespreekbaar'), zo zegt een medewerker:

“Ik denk in het stukje gezien en gehoord worden door zowel je collega's, je cliënten als je teamleider. Dat je daardoor, door dat gevoel, ook ietsje meer vertrouwen ervaart waardoor je ook makkelijker dingen wel durft te zeggen. Waar je anders misschien in het begin zo iets had van: dat moet ik maar niet zeggen, want stel je voor dat... Dat er daardoor ook meer vertrouwen en vrijheid van komt. Nou ja, en als je wat zegt, dat mensen er ook over nadenken. Dan hoeven ze het niet eens met je eens te zijn, ik bedoel je mag het best met elkaar oneens zijn, maar in ieder geval dat gevoel dat je wel mag zeggen wat je wilt zeggen, dat vind ik gewoon heel fijn.”

Een tweede reden die door veel medewerkers wordt genoemd (n=6) is de inhoudelijke uitdaging die zij ervaren in hun baan en de complexiteit van de doelgroep die hen aanspreekt. Eén van de zes medewerkers benoemt daarnaast de uitdaging van het project zelf en zegt:

“Ik vind mijn baan erg leuk. Het is voor mij echt een mooie uitdaging en is op de goede tijd gekozen. Optimaal Leven geeft mijn werk weer meer uitdaging. En ik vind het ook leuk om te bouwen aan zo'n team en daar kritisch in te zijn. Dus het geeft zowel voor mijn cliëntenzorg meer uitdaging, omdat ik ook een cliëntengroep bedien die mij meer uitdaagt, maar ook het bouwen aan zo'n team en aan zo'n project vind ik uitdagend. Geeft mij ook energie. Leuk om te doen, om mee te stoeien.”

Een derde reden die door een aanzienlijk deel van de medewerkers wordt genoemd (n=6) is de vrijheid die wordt ervaren in het werk, medewerkers geven dit aan in termen als: 'De vrijheid die ik heb, vind ik heel plezierig', 'Omdat ik het zelf ook grotendeels kan invullen' en 'Ik vind dat ik veel ruimte krijg, mijn creativiteit kan inzetten'.

Naast de werktevredenheid is, met behulp van een werkbelevingsvragenlijst (De Utrechtse werkbelevingschaal, UBES-9), ook de bevlogenheid van medewerkers in kaart gebracht. De UBES-9 is een zelfrapportage

vragenlijst die drie dimensies van bevlogenheid meet, namelijk: vitaliteit, toewijding en absorptie²⁴. Een hogere score (op een schaal van 0-6) duidt op een hogere mate van bevlogenheid. De medewerkers van Optimaal Leven zijn in het najaar van 2018 (n=42), bij de start van de proeftuinen, gevraagd de lijst in te vullen. Dit is in het najaar van 2019 (n=34) en 2020 (n=49) herhaald.

De werkbeleving van de medewerkers is bij de eerste, tweede en derde meting (respectievelijk: M= 4,13; 4,28; en 4,29) hoger dan de gemiddelde normscore (3,74). Gekeken naar de subschalen dan valt op dat op alle drie de meetmomenten op de dimensie toewijding, met de vragen over hoe enthousiast, geïnspireerd en trots iemand is ten aanzien van het werk, het hoogst wordt gescoord. Dit wijkt af van de normscores waarin vitaliteit gemiddeld de hoogst scorende subschaal is. Absorptie wordt als laagste gescoord. Een aantal mensen heeft bij de vraag: *Mijn werk brengt mij in vervoering* ook aangegeven dit wat teveel van het goede te vinden. Een hypothese is daarom dat de lagere score op de dimensie absorptie te maken heeft met enige noordelijke nuchterheid.

Bij de analyse van de verschillen over de tijd zijn geen significante veranderingen geconstateerd. Dit kan erop wijzen dat de werkbeleving in de drie jaar stabiel hoog is gebleven. Wel moet daarbij de kanttekening worden gemaakt dat de samenstelling van de teams in de loop van de tijd enigszins is veranderd en het dus niet exact dezelfde groep mensen is die elk jaar de meting heeft ingevuld.

Manieren waarop de werktevredenheid nog bevorderd kan worden

Ondanks dat het merendeel van de geïnterviewde medewerkers (heel) tevreden is over zijn of haar baan, zien vrijwel alle medewerkers nog verbeterpunten voor de toekomst. Genoemd in het kader van werkomstandigheden zijn: minder hoge werkdruk (n=3), beter uitgeruste werkruimte (n=2), aanvulling van personeel (met name regiebehandelaars) (n=2), meer structuur en kaders (n=1) en één registratiesysteem waar iedereen die in Optimaal Leven functioneert, toegang toe heeft (n=2). Sommige medewerkers noemen ook op persoonlijk gebied zaken die anders of beter kunnen, namelijk de wens tot gelijk trekken van het salaris met collega's in dezelfde functie (maar verschillende moederorganisaties), minder administratieve rompslomp, meer samenwerking zoeken met collega's in dezelfde functie in andere teams en afdelingen en uitbreiden van taken op beleidsmatig gebied.

Een aantal medewerkers benoemt ook wensen in het uitbreiden van het aanbod van Optimaal Leven, het gaat dan om het realiseren van een herstelacademie, meer en meer verschillende behandelingen mogelijk maken, meer aan trajectondersteuning doen en het aanbod aan ondersteunende diensten in de wijk uitbreiden, ook in samenwerking met relevante partnerorganisaties in de wijk. Een medewerker zegt daarover:

²⁴ Schaufeli & Bakker (2003)

“Ik zou zeg maar om ons heen een wereld willen scheppen qua ondersteunende diensten... Dat klinkt ook weer zo.. Hoe moet ik het noemen? Aan teams en mogelijkheden, aan middelen, aan groepjes, aan projecten, leefstijl ondersteunende dingen, eetgroepen, eetkamers, werkplaatsen, er is nog een hele hoop in de wijken... om verder uit te bouwen, aan te bouwen, bij te bouwen of op te bouwen. Meer samenwerking nog met huisartsen en met andere netwerkleden. We zijn nog wel erg in een naar binnen gerichte fase bezig, we moeten veel meer nog naar buiten toe. Maar dat... Ja. Dat gaat allemaal nog wel komen, in de toekomst. Dat kost alleen tijd en de ruimte om het te doen”.

Samenvatting

De meeste medewerkers waren vooraf gemotiveerd om bij Optimaal Leven aan de slag te gaan. Het werken in de proeftuin vinden veel medewerkers leuk. Kenmerkend aan het werken in de proeftuin vinden ze vooral de ruimte die ze hebben om kritisch te denken en innovatief bezig te zijn. Over de aansturing van de proeftuin zijn de meeste medewerkers tevreden, maar er zijn ook medewerkers die zich niet altijd gezien hebben gevoeld in beslissingen die van hogerhand werden genomen. De ervaringen met de actieleersessies wisselen, maar actieleersessies hebben, vooral in het begin, duidelijk meerwaarde gehad in de ontwikkeling van Optimaal Leven. Tot slot zijn de meeste medewerkers (heel) tevreden over hun baan en beleven zij hun werk positief. Belangrijkste redenen die medewerkers geven voor de hoge mate van tevredenheid komen voort uit het feit dat ze blij zijn met het team en de onderlinge betrokkenheid van collega's, de inhoudelijke uitdaging die ze vinden in hun werkzaamheden bij Optimaal Leven en de vrijheid, de autonomie, die ze ervaren bij het uitvoeren van de werkzaamheden.

3.5 De proeftuin in ontwikkeling: terugblik en vooruitblik

In deze paragraaf wordt de volgende vraag beantwoord: *Wat zijn volgens medewerkers de belangrijkste ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan binnen de proeftuin en hoe zien zij de toekomst van Optimaal Leven?* Deze vraag wordt beantwoord op basis van de interviews met de medewerkers (n=15). Eerst wordt door medewerkers teruggeblikt op de belangrijkste ontwikkelingen in de afgelopen twee jaren, vervolgens wordt vooruitgeblikt op de gewenste ontwikkelingen voor de toekomst. De paragraaf wordt afgesloten met een samenvatting met de belangrijkste bevindingen.

Terugblik

Terugblikkend op de afgelopen twee jaar, of zolang betreffende medewerker werkzaam is binnen Optimaal Leven, geven alle medewerkers aan dat er veel veranderd is. Daarbij wordt het vaakst genoemd (n=6) dat er meer als één team geopereerd wordt. Een medewerker zegt:

“Wat vooral is veranderd is dat de medewerkers elkaar veel beter kunnen vinden dan in het begin. Iedereen zat echt op zijn eigen eilandje en had zijn eigen manier van werken en denken en dat is wel heel erg veranderd, ten goede. Doordat we in het begin, de actielessies die gingen daar bijvoorbeeld nog over, dan werd er een casus besproken die een keer voorbij gekomen was in een overleg. En dan werd er gezegd, goh werken jullie bij VNN op die manier? Wij doen dat altijd zo. Hoe zouden we dat dan samen kunnen doen? Dat soort dingen. Dan maakte je sprongen.”

Drie medewerkers wijzen er op dat er binnen het team ook meer gelijkwaardigheid is ontstaan, tussen behandelaar en de rest van het team, maar ook tussen collega's met verschillende organisatieachtergronden. Over de toegenomen gelijkwaardigheid tussen de behandelaar en de rest van het team zegt een medewerker het volgende:

“Ik denk dat we dichter naar elkaar toegegroeid zijn. Dat we meer de mens centraal hebben, en dat we gelijkwaardiger aan elkaar geworden zijn. Dat we minder vanuit moederorganisaties kijken, maar meer vanuit mensbeeld, visie, kennis en kunde die je hebt. Ik denk dat, in mijn beleving, dat er van oudsher, met name bij de GGZ, meer hiërarchie was dan wij in het Optimaal Leven team hebben. En dat het nu ook lukt om die hiërarchie los te laten binnen de GGZ, dus dat er meer gelijkwaardigheid is gekomen. Los van dat er nog steeds een eindverantwoordelijkheid is bij de behandelaar, die is er gewoon. Maar het is wel een verschil als je dat doet vanuit hiërarchie of vanuit verantwoordelijkheid. En dat maakt denk ik dat het gesprek om iedereen zijn eigen denkbeeld en om het gezamenlijk te dragen steeds beter van de grond is gekomen. En we daarin steeds gelijkwaardiger zijn geworden. Niet gelijk maar gelijkwaardiger.”

Een andere medewerker wijst erop dat de gelijkwaardigheid tussen collega's met verschillende organisatieachtergronden is toegenomen:

“Volgens mij hebben ze in het begin heel veel gesteggel gehad. Dat je onderliggend voelt van: er wrijft iets. Maar toen ik kwam was dat eigenlijk wel zo'n beetje weg. Ik heb dat nooit meer zo gevoeld. Dat er een soort van, ik denk toch wel door die organisatieachtergronden... Maar dat voel je dan toch, dat mensen op die manier op elkaar reageren. Van oh ja: jij komt het even vertellen blijkbaar, want jij bent zeker van de GGZ? Zo iets. En ik snap het ook. Want heel vaak is dat er ook gewoon, dat er wordt gekeken van: oh jij bent maar een ... dus ik kom jou wel even vertellen... Dat is dat vooroordeel zeg maar. En dat is volgens mij nu inmiddels wel allemaal op de achtergrond hoor.”

De gelijkwaardigheid was vanaf de start van de teams dus niet direct vanzelfsprekend. Een medewerker geeft aan dat er daardoor ook collega's stuk gelopen zijn op een gevoel van niet erkend worden binnen het team:

“Ik heb Cosis-medewerkers zien weggaan omdat ze het gevoel hadden dat hun rol niet erkend werd, als zijnde: het is maar begeleiding, kunnen een boel praktische dingen oplossen en poetsen en zulke dingen doen. En zich niet goed gehoord voelden over de meerwaarde die ze daarin toevoegen, ook voor het leven van een cliënt zeg maar. En dat ligt gedeeltelijk denk ik in over hoe zeker je bent over wat je eigen toegevoegde waarde is, zeg maar. Maar ook wel een beetje wat we doen in ons taalgebruik. (...) Ik heb het wel jammer gevonden dat ze zich daarin niet uitgesproken hebben en uiteindelijk ervoor hebben gekozen: van dit is niet mijn plek, want ik kan niet mijn rol pakken. Terwijl ik denk: je had eigenlijk een mooie toegevoegde rol, maar had nou maar je plek opgeëist.”

Naast dat er meer gelijkwaardigheid in de teams is ontstaan, is een tweede verandering die wordt opgemerkt door medewerkers de veranderingen in de omvang en samenstelling van het team. Dat brengt een uitdaging mee om iedereen te kennen en vanuit dezelfde basis te blijven werken. Een medewerker zegt daarover:

“In het begin, daar kregen we ook ruim de tijd voor, mooi. Visie, missie, nou alles kwam langs. Daar hadden we het over en toen had ik ook wel zo iets van: nou, we gaan die kant op. Maar toen ging er ook iemand weg en er kwam iemand bij. En nu zijn we eigenlijk met minder mensen die begonnen dan dat er nieuwe bij zijn. En ik vind het ja, aan de ene kant vind ik van: jee wat een geheel nu. En van waaruit werkt iedereen nu, vanuit welke intentie? Aan de andere kant zie ik ook dat iedereen, dat zie ik dan he, op zijn manier erg met dat herstel bezig is. Dat zie ik dat iedereen daar erg mee bezig is. Heel consciëntieus. Iedereen doet alles voor elkaar.”

Een paar medewerkers benoemen dat nieuwe medewerkers soms ook een positieve, frisse invloed kunnen

hebben. Een medewerker benoemt in dit kader de positieve invloed van het feit dat, na vele wisselingen, twee herstelgerichte psychiaters zich voor langere tijd hebben gecommitteerd aan Optimaal Leven.

Overige veranderingen die worden genoemd zijn: ‘minder denken vanuit het medische model’, ‘we zetten de mens meer centraal’, ‘zijn meer herstelgericht gaan werken’, ‘werken met herstelplan’, ‘meer in de wijk genesteld’ en ‘meer uitproberen van dingen’. Een medewerker wijst er op dat de afgelopen periode een basis is gelegd: ‘Je ziet het team ontwikkelen van een stevige basis en intern gericht naar veel meer extern gericht en dat is mooi’. Een andere medewerker vat de afgelopen periode als volgt samen:

‘Alles is veranderd, maar we zijn natuurlijk wel met bepaalde vertrekpunten vertrokken. In de wijk het samen willen doen, dat we het netwerk er bij willen betrekken, dat we het herstel gericht wilden doen. En dat hebben we niet allemaal bereikt, dat klinkt gelijk ook al weer zo van alsof het klaar is, maar we zijn er een heel eind mee op weg. We zijn die dingen goed aan het samenvoegen en samen met elkaar geïntegreerd aan het doen. Dus wat er veranderd is, is dat we het vooral doen. Dat we nu met dat soort dingen bezig zijn. Maar dat kost nog steeds veel tijd, dat zijn processen die niet in twee jaar klaar zijn. Zeker niet als je dan nog zo’n vertraging tussendoor hebt.’

Drie medewerkers noemen dat zij ook veranderingen zien voor cliënten, zij zien dat er meer beweging in het zorgproces zit en dat ze een omslag zien bij cliënten: dat zij zichzelf minder als cliënt zien en zich minder afhankelijk opstellen. Een medewerker zegt daarin zelf ook veranderd te zijn:

“Ik vind dat cliënten veel meer zelf aan zet zijn. Er wordt een beroep op cliënten gedaan: van nou, het is jouw behandeling, wat wil jij? En daar hebben we natuurlijk ook de instrumenten voor om dat zo te bespreken en neer te zetten in behandeling. Maar het ligt ook voor een deel aan de regiebehandelaren die dit zo... ja, daar ben ik het erg mee eens, daar heb ik veel van geleerd moet ik zeggen.”

Belangrijk knelpunt in de afgelopen periode was het niet gezamenlijk kunnen werken in één EPD. Dat dit op een gegeven moment wel mogelijk werd, is voor veel medewerkers een mijlpaal geweest. Tegelijkertijd lopen medewerkers van Cosis en VNN nog steeds aan tegen belemmeringen, een medewerker zegt:

“Het grootste knelpunt is ‘digitale shit’. Werken bij mijn moederorganisatie en de GGZ is werken met twee systemen, twee agenda’s, twee mailadressen. Dat kunnen beide organisaties niet oplossen en dat is heel lastig en frustrerend. We kunnen naar de maan en dit soort ‘shit’ kunnen we dan niet even regelen.”

Andere knelpunten die genoemd worden zijn: afwezigheid Vaart Welzijn, onpraktische werkruimte, wachtlijst, tekort aan uren psychiater en verpleegkundig specialist (‘collega’s zien verzuipen in het werk’), perso-

neelstekort en het vertrek van stukgelopen collega's. Eén medewerker noemt het soms missen van support vanuit de moederorganisaties, dat roept soms de vraag op: 'Zijn jullie nou blij met wat we doen of vinden jullie het maar lastig?'. Daarnaast wordt de dubbele financiering en DBC-financiering als een blijvend knelpunt ervaren. Hoogtepunten zijn ook ervaren door medewerkers, de vaakst genoemde zijn: geslaagde casussen waarin alles op zijn plek valt, de ontwikkeling en plaatsing van het HOP in het EPD en tot slot: de landelijke interesse voor Optimaal Leven.

Vooruitblik

Alle medewerkers (n=15) hopen dat Optimaal Leven ook na de proeftuinperiode blijft bestaan, een deel daarvan (n=9) zegt daarbij spontaan te hopen op een bredere uitrol van het concept Optimaal Leven in Drenthe maar ook in Nederland. Een medewerker zegt:

"Ik hoop dat het steeds meer mainstream wordt om het gewoon zo te doen. Dat het gewoon is dat we dit zo met elkaar doen. Ik ben er echt van overtuigd dat het echt een meerwaarde heeft voor de zorg die we leveren".

Sommige medewerkers (n=3) laten zich hierbij ook uit over de gewenste organisatievorm voor de toekomst, een medewerker zegt:

"Ik hoop dat de proeftuin wordt omgezet in een vast concept. Zonder dat, en dat zie je wel vaak gebeuren namelijk en daar ben ik ook wel een beetje bang voor, zonder dat er meteen weer concessies worden gedaan aan hoe we gewerkt hebben. Dus zonder dat één van de organisaties zegt van: nou we doen het toch maar met wat minder inzet. Of toch maar dit of toch maar dat."

Ook een andere medewerker geeft aan geen afbreuk te willen doen aan het concept van vertegenwoordiging van verschillende moederorganisaties in de Optimaal Leven teams: 'Je moet een lijntje houden met je moederorganisatie, want daar is het begonnen, iedereen heeft daar een soort opvoeding gehad en die neem je mee'. Een andere medewerker ziet juist voordelen in een organisatievorm waarin Optimaal Leven als een onafhankelijk instituut gaat functioneren, voordelen die worden gezien zijn: dan ben je af van het 'bloedgroepenverhaal', dan hoeft niet elke beslissing meer door drie (VNN, Cosis, GGZ Drenthe) of vijf (plus Zilveren Kruis, gemeente) organisaties heen, geldstromen worden duidelijker omdat je niet in verschillende jaarverslagen en begrotingen zit, beter mogelijk om effecten aan te tonen en dossier kan naar eigen inzicht ingericht worden.

Over de wens tot voortbestaan en bestendiging van Optimaal Leven als zorgconcept lijken alle medewerkers het eens te zijn. Binnen deze context geven medewerkers nog een aantal wensen mee. Zo noemen medewerkers dat ze hopen dat sommige zaken wat meer vast komen te liggen ('nu veel pilots') maar dat het out of the box blijven denken overeind blijft. Een medewerker zegt zelfs dat dit essentieel is en formuleert dat als volgt:

“De ruimte voor ontwikkeling moet blijven binnen Optimaal Leven. Want die ruimte maakt ook dat je nieuwe dingen kan ontwikkelen. Dat je niet vast gaat zitten in een vastgeroest iets waar je alleen maar protocolletjes en regeltjes bij maakt die weer te toetsen zijn, dat je weer afvinklijstjes krijgt of je wel alles goed gedaan hebt. Een beetje: heb wat vertrouwen in de mensen die het werk doen en geef ze die ruimte. (...) En volgens mij, als je in de wijk wilt blijven, en als je in de wijk wilt insteken en als je mensen met een kwetsbaarheid goed wilt bedienen zonder dat het meteen een probleem wordt, dan moet je volgens mij zorgen dat je kan blijven ontwikkelen. Zo’n wijk ontwikkelt zich ook. De maatschappij ontwikkelt zich. Er gaat van alles veranderen en grote logge organisaties als de GGZ blijven achter omdat... Ja, je kan je niet ontwikkelen als je alles vastzet.”

Medewerkers noemen ook dat Optimaal Leven nog volop in ontwikkeling is en hopen dat ‘we er nog veel meer uit kunnen halen wat er in zit’. In dit kader wordt bijvoorbeeld genoemd dat de komende tijd nog sterker ingezet moet worden op samenwerking in de wijk zodat het aanbod nog beter aan gaat sluiten en ook preventie beter mogelijk wordt, een medewerker zegt:

“Ik zou heel graag nog veel sterker de aansluiting met welzijn willen maken. Maar ook met de wijkwerkers zeg maar. Ik wil heel graag dat er aandacht komt voor preventie. Als je zo in die haarvaten van de wijk zit, dan ga je ook dingen zien, die kun je niet zien. Je kunt niet zeggen: ik heb het niet gezien. Ik kan er niet altijd wat mee, ik zou er graag wat mee willen kunnen. Hetzij toeleiden naar de goede plek, dat je zegt: we gaan even drie tot zes maanden met iemand optrekken en daarna weer loslaten, maar misschien iets bijsturen in een vroeg stadium. Wat later EPA gaat worden, dat je al eerder interventies kan doen. Ja en veel meer nog in samenhang, geïntegreerd, in een netwerk werken. Dus veel meer oog nog voor het netwerkaspect. Waarbij je dus met de OGGZ, de verslavingszorg, de forensische, de politie, de wijkteams, de inloop, de huisartsen, de naastbetrokkenen, nou noem het allemaal maar op. Dat je veel meer geïntegreerd en geïnteresseerd samenwerkt.”

Andere genoemde wensen zijn dat er bulkfinanciering komt (‘zodat die rare ontschotting – wanneer valt iets nou onder ondersteuning, begeleiding of onder beter worden – weg gaat’) en dat meer regiebehandelaars zich aan het project willen verbinden (‘want daar hangt het op’).

Tot slot onderstreept een medewerker bij uitrol van meer Optimaal Leven teams het belang om medewerkers zorgvuldig te werven en voldoende tijd te nemen voor de opbouw van een team, met aandacht voor een enigszins evenredige samenstelling vanuit de verschillende moederorganisaties. Deze medewerker zegt daarover:

“Ik denk dat je bewuster mensen moet laten kiezen waar ze aan beginnen omdat het opwerken van zo’n team echt wel wat vraagt, zeg maar. En het loslaten van culturen dat kost echt even tijd. Ik denk dat wij het geluk hebben gehad dat we er hier al vrijblijvender in gingen. Iedereen koos hier enigszins voor. En wij waren wat evenrediger verdeeld dus ik denk dat dat in ieder geval heel erg helpend is om het proces goed in te kunnen zetten: ik denk dat wij makkelijker dit proces hebben kunnen doen dan de andere teams. Ja, dus enigszins evenredig. GGZ heeft altijd meer, omdat ze ook behandelaren en casemanagers hebben. Maar wel dat er een soort van evenwicht in is. Ja, en er de tijd voor nemen: waar zitten onze cultuurverschillen, waar zijn we van, wat willen we zijn. Dus er de tijd voor nemen om zo’n proces aan te gaan met elkaar. We hebben daar de tijd voor genomen, en de startbijeenkomsten waren daarin heel erg helpend.”

Samenvatting

Terugblikkend op de afgelopen twee jaar zien medewerkers vier belangrijke ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan binnen de proeftuinen. Ten eerste wordt er meer als één team geopereerd en is er, ten tweede, meer gelijkwaardigheid ontstaan tussen de medewerkers onderling. Daarnaast zijn er veel veranderingen geweest in de omvang en samenstelling van het team. Ten slotte zien medewerkers dat er meer beweging is gekomen in het zorgproces van cliënten. Knelpunten waren er ook, het gedurende de eerste periode van de proeftuin fase niet gezamenlijk kunnen werken in één EPD was daarvan een belangrijke. Vooruitblikkend stellen alle medewerkers dat zij hopen dat Optimaal Leven ook na de proeftuinperiode blijft bestaan en breder wordt uitgerold in de provincie of zelfs in het hele land, maar de manier waarop: daar wordt door medewerkers verschillend over gedacht.

4. Conclusie, discussie en suggesties voor vervolgonderzoek

In oktober 2018 zijn drie ambulante Optimaal Leven teams gestart in Assen, Emmen en Hoogeveen/De Wolden. In elke regio bieden medewerkers van GGZ Drenthe, Cosis, VNN en een lokale welzijnsorganisatie vanuit één team zorg en ondersteuning aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Deze interdisciplinaire en organisatieoverstijgende teams hebben tot doel om in zogenaamde proeftuinen bottom-up, een nieuwe vorm van zorg en ondersteuning te ontwikkelen die beter aansluit op de specifieke behoeften van de EPA doelgroep. Pijlers van deze nieuwe aanpak zijn het bieden van zorg die geïntegreerd, gebiedsgericht en herstelondersteunend van aard is.

De vraag die in deze onderzoeksevaluatie centraal staat is: *Hoe heeft het Optimaal Leven programma vorm gekregen in de praktijk en wat zijn de (voorlopige) opbrengsten van de zorg en ondersteuning die geboden wordt volgens cliënten en medewerkers?* In de conclusie wordt deze overkoepelende onderzoeksvraag beantwoord. Daarbij moet benadrukt worden dat de gepresenteerde bevindingen betrekking hebben op de stand van zaken in het najaar van 2020, toen de interviews zijn afgenomen. Na de conclusie volgt een discussie en suggesties voor vervolgonderzoek.

4.1 Conclusie

Het Optimaal Leven programma heeft op verschillende wijzen vorm gekregen in de praktijk, in deze conclusie wordt allereerst ingegaan op hoe dit eruit ziet voor de verschillende pijlers: integrale zorg, herstelondersteunende zorg en gebiedsgerichte zorg. Voor deze verschillende pijlers worden ook de belangrijkste (voorlopige) opbrengsten, zoals naar voren gebracht door medewerkers en cliënten, beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op het functioneren en welbevinden van cliënten en hun ervaringen met Optimaal Leven in het algemeen. Tot slot worden de belangrijkste ervaringen van medewerkers met het werken in de proeftuin weergegeven.

Ontwikkeling van de drie pijlers van Optimaal Leven

Integrale zorg - De eerste pijler van Optimaal Leven, integrale zorg, duidt er op dat er vanuit één team meerdere vormen van zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning) integraal wordt geboden aan mensen met EPA, door medewerkers uit verschillende disciplines en organisatieachtergronden. Dit heeft impact op zowel de medewerkers als op de cliënten van Optimaal Leven. Medewerkers ervaren, ondanks belemmeringen in de samenwerking als het gaat om administratie, communicatie en financiering, het interdisciplinair en organisatieoverstijgend samenwerken positief: zij ondervinden dat zij als team meer kunnen betekenen voor een cliënt. De samenwerking binnen het team verloopt inhoudelijk goed, de basis daarvoor lijkt gelegen in het feit dat medewerkers elkaar, persoonlijk en wat betreft expertise, goed hebben leren kennen en dat er, door te werken vanuit één team sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Medewerkers geven aan hierdoor betere zorg en ondersteuning te kunnen bieden. De volgende aspecten van Optimaal Leven dragen hier volgens hen aan bij:

1. De mix van expertise die in het team aanwezig is gaat tunnelvisie tegen; medewerkers in het team zijn gelijkwaardig en er is ruimte om onderling kritisch op elkaars zienswijze en handelen te zijn.
2. De verschillende invalshoeken zorgen ervoor dat een casus van meerdere kanten belicht wordt; daardoor kunnen bredere en nieuwe oplossingsrichtingen gevonden worden.
3. Door de onderlinge korte lijntjes binnen het team kan er sneller en beter ingespeeld worden op de wensen en behoeften van cliënten.
4. Het gecombineerde aanbod van behandeling en begeleiding zorgt ervoor dat het meer vanzelfsprekend is om ze gelijktijdig in te zetten. Welke problematiek het meest voorliggend is, is daarmee minder of niet meer relevant geworden.
5. Het op- en afschalen van zorg (naar intensiteit en aard van zorg) is vanzelfsprekender en verloopt soepeler door de korte lijntjes in het team. Ook is het afschalen van zorg laagdrempeliger mogelijk omdat dit (in ieder geval in eerste instantie) binnen het team kan plaatsvinden.
6. Het brede aanbod helpt in het centraal zetten van de mens en zijn behoeften op verschillende levensgebieden. Een eenzijdige focus op de klachten of diagnose wordt daardoor tegengegaan.
7. Er treedt minder snel zorgverlamming op: voor complexe casussen wordt vaker en sneller een oplossing gevonden door brede expertise in het team en de gezamenlijke verantwoordelijkheid die voor de cliënten gevoeld wordt.

Medewerkers verwachten dat cliënten hiervan merken dat zij snel en goed geholpen worden omdat ze door de korte lijntjes tussen medewerkers van Optimaal Leven minder lang hoeven te wachten op verwijzingen, dat cliënten minder vaak van het kastje naar de muur worden gestuurd en dat cliënten de zorg en ondersteuning als beschikbaarder ervaren.

Het is de vraag in hoeverre cliënten dit ook daadwerkelijk ervaren. Op basis van de interviews komt het volgende beeld naar voren. Ten eerste is gebleken dat het voor cliënten lastig te beoordelen is of het organisatieoverstijgende aspect van Optimaal Leven zorgt voor een betere aansluiting op hun wensen en behoeften en een breder aanbod van behandelingen en activiteiten. Wel is duidelijk geworden dat de meeste cliënten ervan op de hoogte zijn dat achter Optimaal Leven meerdere organisaties schuil gaan, al weten zij niet altijd om welke organisaties het gaat. Ook is duidelijk geworden dat cliënten overwegend tevreden zijn over de mate waarin er wordt aangesloten op hun wensen en behoeften en de behandelingen en activiteiten die Optimaal Leven aanbiedt. Ten tweede is gebleken dat een aantal door medewerkers verwachte effecten zich in de praktijk lijken voor te doen. Zo waarderen cliënten de hulp die zij vanuit Optimaal Leven krijgen op verschillende levensgebieden, dat zij het gevoel hebben gezien te worden als mens, snel en goed geholpen worden, dat er veel kennis in het team aanwezig is en dat je als cliënt je verhaal maar één keer hoeft te vertellen omdat het team functioneert als één entiteit.

Ten aanzien van integrale zorg is er ook een aantal verbeterpunten aan bod gekomen. Ten eerste zou de samenstelling van het team verbeterd kunnen worden door het toevoegen van nieuwe expertise (verslavingsartsen, medewerkers van MEE of een soortgelijke organisatie) en het uitbreiden van bestaande expertise (uitbreiding aanstelling welzijnsmedewerkers in Assen en Hoogeveen/De Wolden en van VNN medewerkers in Assen). Ten tweede zou de integrale samenwerking verbeterd kunnen worden door binnen het team beter op de hoogte te zijn van elkaars expertise en het maken van duidelijkere afspraken over de rol- en taakverdeling

in het team, waarin inhoudelijke en financiële overwegingen worden meegenomen. Ten derde zou afschalen van zorg naar intensiteit en lichtere vormen van zorg nadrukkelijker op de agenda moeten staan. Tot slot is gebleken dat verwijzingen en WMO-indicaties in de praktijk soms nog steeds (te) lang op zich laten wachten.

Herstelondersteunende zorg - De tweede pijler van Optimaal Leven is het bieden van herstelondersteunende zorg. Medewerkers geven aan dat de mens en de gewenste ondersteuning op verschillende levensgebieden centraal staat. Zo wordt vanaf de intake al 'anders' gekeken naar de cliënt: wat heeft hij nodig? Daarbij hoeft niet op voorhand de behandeling centraal te staan, er kan bijvoorbeeld eerst gestart worden met begeleiding door een medewerker van Cosis en een ervaringsdeskundige.

Volgens de meeste medewerkers is er op de werkvloer - in grote lijnen - sprake van een gemeenschappelijke visie op herstel. Tegelijkertijd is het een uitdaging om die gemeenschappelijke visie stevig vast te houden, niet onder te laten sneeuwen in de waan van de dag, en om nieuwe medewerkers continu mee te nemen in die visie. Daarnaast is er ook nog ontwikkeling nodig als het gaat om de vertaalslag van de visie naar het handelen, de manier waarop de visie handen en voeten krijgt in de praktijk.

De I.ROC en het HOP, twee instrumenten gericht op herstel, worden nog niet op grote schaal ingezet en er is daardoor nog niet heel veel ervaring mee opgedaan. De ervaringen die er zijn, zijn van zowel medewerkers als cliënten overwegend positief. Naast de positieve geluiden zijn er ook andere geluiden: medewerkers passen deze instrumenten onderling op verschillende manieren toe en ook ervaren medewerkers belemmeringen bij het toepassen, zoals cliënten die de vragen te moeilijk vinden om te beantwoorden. De belemmeringen lijken de afnamebereidheid negatief te beïnvloeden.

Andere componenten van herstelondersteunende zorg zijn het betrekken van naasten in de zorg en ondersteuning en de inzet van ervaringsdeskundigen. Naasten worden, als cliënten dat willen, altijd betrokken zo geven medewerkers aan, en dit beeld wordt bevestigd door de cliënten. Toch vinden medewerkers dat er nog steviger ingezet mag worden op het betrekken van naasten. De inzet en meerwaarde van ervaringsdeskundigen wordt door zowel cliënten als medewerkers gezien. De meerderheid van de cliënten heeft contact (gehad) met een ervaringsdeskundige en ziet de meerwaarde in het uitwisselen, herkennen en leren van elkaars ervaringen.

Tot slot zijn cliënten overwegend positief tot zeer positief over de wijze waarop zij worden bejegend: alle cliënten voelen zich serieus genomen en bijna alle cliënten voelen zich begrepen door medewerkers van Optimaal Leven. Ook wordt een hoge mate van betrokkenheid ervaren en zijn cliënten overwegend positief over de mate waarin zij kunnen meebeslissen over de ondersteuning en behandeling.

Gebiedsgerichte zorg - Een laatste pijler van Optimaal Leven is het bieden van gebiedsgerichte zorg. Twee van de drie Optimaal Leven teams zijn gevestigd in een wijkcentrum en één in een regulier zorgpand. Medewerkers hebben, ondanks praktische belemmeringen van de wijkcentra, een duidelijke voorkeur voor vestiging in een wijkcentrum. Bij cliënten ligt dit anders: cliënten zijn positief over het type huisvesting dat in hun regio van toepassing is (of hebben er in ieder geval geen problemen mee). Voordelen van vestiging in een wijkcentrum zijn volgens medewerkers en cliënten: het is dichtbij, laagdrempelig om binnen te lopen,

neutraal gebied, het in contact komen met andere wijkbewoners en aangeboden activiteiten vanuit het wijkcentrum. Tot slot wordt ook destigmatisering als voordeel gezien ('Mensen die je het gebouw in zien gaan weten niet waarvoor je komt'). Aan de andere kant geven cliënten die terecht kunnen in een regulier zorgpand en hier ook een voorkeur voor uitspreken, juist aan dit niet een prettig vooruitzicht te vinden ('Mensen uit mijn wijk zien mij daar dan naar binnen gaan').

Aanvullend zien medewerkers het als een voordeel dat zij vanuit het wijkcentrum zichtbaarder en laagdrempeliger benaderbaar zijn voor lokale netwerkpartners. De indruk is ook dat het beter lukt om in de wijk te overleggen met lokale netwerkpartners, vooral welzijns- en Cosis medewerkers nemen hiervoor het initiatief. De ontwikkeltijd die Optimaal Leven medewerkers hiervoor kunnen aanwenden speelt hierin mogelijk een rol. Tegelijkertijd geven medewerkers aan dat de samenwerking in de wijk nog veel steviger ingezet moet worden dan tot nu toe het geval is.

De meeste cliënten zijn tevreden over de onderlinge afstemming van Optimaal Leven met andere zorgverleners zoals de huisarts. Medewerkers stimuleren cliënten om in contact te komen met wijkbewoners en deel te nemen aan activiteiten in de buurt, desondanks voelt slechts een klein deel van de cliënten zich betrokken bij de wijk waarin hij woont.

Functioneren en welbevinden cliëntenpopulatie

Het psychosociaal functioneren van de cliënten van Optimaal Leven lijkt niet veel af te wijken van de ambulante GGZ doelgroep, maar de gemiddelde problematiek lijkt iets minder ernstig bij de cliëntenpopulatie van Optimaal Leven. In vergelijking met de andere Optimaal Leven regio's is er in Emmen sprake van meer ernstige problematiek, met name als het gaat om symptomatologie en sociale problemen. Verder is gebleken dat het door cliënten ervaren herstel iets lager is dan de FACT populatie in zorg bij GGZ Drenthe. Tot slot is de ervaren kwaliteit van leven van cliënten van Optimaal Leven vergelijkbaar aan die van de FACT populatie van GGZ Drenthe. De cliënten uit Emmen functioneren psychosociaal lager, voor het ervaren herstel en kwaliteit van leven zijn geen regionale verschillen gevonden.

Ervaringen cliënten met de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven

In kaart is gebracht of en waarom cliënten de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven waarderen. Dit blijkt het geval te zijn: uit zowel de interviews als de ingevulde cliënttevredenheidsvragenlijst komt naar voren dat de meeste cliënten tevreden of heel tevreden zijn over Optimaal Leven. Belangrijkste redenen voor deze tevredenheid zijn de geboden continuïteit van zorg ('back-up'), de snelle en goede ondersteuning op meerdere levensgebieden en dat er goed geluisterd en meegedacht wordt. Verder waarderen cliënten aan Optimaal Leven dat zij het gevoel hebben gezien te worden als mens en dat je als cliënt je verhaal maar één keer hoeft te vertellen omdat het team als één opereert.

Verbeterpunten zijn er ook. De vaakst genoemde zijn: creëren van ontmoetingsmomenten met lotgenoten en het aanstellen van een extra behandelaar zodat die meer beschikbaar wordt.

Ervaringen medewerkers met het werken in de proeftuinen

Tot slot zijn de door de medewerkers opgedane ervaringen met het werken in de proeftuinen in kaart gebracht. In de teams van Optimaal Leven werken overwegend zeer gemotiveerde medewerkers: zij gingen voor het innovatieve aspect (anders denken en werken) van de proeftuin, organisatieoverstijgend samenwerken en een integrale aanpak voor de EPA doelgroep.

De meeste medewerkers ervaren dat het werken in de proeftuinen anders is en zijn enthousiast over het werken in de proeftuin. Veruit de meeste medewerkers benoemen dat wat zij als anders ervaren in de proeftuin betrekking heeft op de ruimte die ze ervaren in kritisch denken over 'waarom doen we wat we doen', om eigen ideeën in te brengen over wat anders of beter kan en hier vervolgens ook mee te experimenteren. Medewerkers geven aan dit positief te vinden, dit is bijvoorbeeld terug te horen in uitspraken als 'fijn dat je mag zeggen wat je vindt', 'voel mij veel vrijer in mijn doen en laten' en 'je mag struikelen, fouten maken, leren en ontdekken'. Zij hebben daardoor het gevoel beter te kunnen doen wat nodig is. Tegelijkertijd kost deze innovatieve mindset ook veel energie en in de waan van de dag worden nieuwe werkwijzen daardoor niet altijd even goed ontwikkeld en geïmplementeerd.

Al met al geven de meeste medewerkers aan heel tevreden te zijn met hun baan. Naast de genoemde vrijheid, worden als redenen daarvoor aangevoerd: het werken in een prettig en toegewijd team, de inhoudelijke uitdaging die zij ervaren in hun baan en de complexiteit van de doelgroep die hen aanspreekt. Alle medewerkers zien de meerwaarde in van Optimaal Leven en hopen dat dit concept ook na de proeftuinperiode blijft bestaan en breder uitgerold gaat worden. Medewerkers constateren dat er binnen de Optimaal Leven teams een duidelijke ontwikkeling is ingezet: 'We zijn niet klaar, maar we zijn een heel eind op weg'. Richting de toekomst zien medewerkers vooral nog veel ontwikkelruimte ten aanzien van gebiedsgericht werken en het in samenwerking met lokale netwerkpartners bieden van een breder aanbod, bijvoorbeeld herstelacademies.

Aandachtspunten voor die gewenste doorontwikkeling zijn er ook. Het gaat dan om het zorgvuldiger inwerken en werven van nieuwe medewerkers, noodzakelijk om nieuwe medewerkers beter mee te nemen in de Optimaal Leven aanpak. Daarnaast is de bestuurlijke aansturing van de proeftuin niet voor alle medewerkers helder en hebben medewerkers soms ervaren onvoldoende betrokken te zijn geweest in beslissingen die van hogerhand werden genomen. Het belangrijkste aandachtspunt is echter het vinden van de juiste balans in het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen. Het teveel en tegelijkertijd moeten ontwikkelen is een risico.

Als voorwaarden om een goede doorontwikkeling te kunnen maken worden gezien: ruimte om te kunnen blijven ontwikkelen (waarbij de projectleider en beschikbare ontwikkeltijd een belangrijke rol lijkt te spelen) en out of the box blijven denken.

4.2 Discussie

Op basis van de resultaten van deze onderzoeksevaluatie kan geconcludeerd worden dat er in de proeftuin van Optimaal Leven een duidelijke ontwikkeling in gang is gezet. Afgezet tegen de drie pijlers, integrale zorg, herstelondersteunende zorg en gebiedsgerichte zorg, lijkt de ontwikkeling van een integrale werkwijze zich het sterkst te hebben voorgedaan. Tevens blijkt deze nieuwe werkwijze zijn vruchten af te werpen. Met als belangrijkste uitkomst voor cliënten dat zij het gevoel hebben meer als mens te worden gezien en voor hulp op meerdere levensgebieden terecht kunnen bij één loket. Ook medewerkers zien duidelijke voordelen van de integrale samenwerking en ervaren dat zij meer voor de cliënt kunnen betekenen. Een mogelijke verklaring voor het feit dat de integrale werkwijze de afgelopen twee jaar het verst is ontwikkeld, is dat de teams hiermee vanaf de start bezig zijn geweest: hoe gaan we de samenwerking vorm geven?

Ook herstelondersteunende zorg lijkt een ontwikkeling te hebben doorgemaakt. Er wordt gewerkt op basis van een gemeenschappelijk visie op herstel, maar tegelijkertijd moet het gesprek blijvend gevoerd worden over hoe dit nu continu in de praktijk te brengen. Op dat punt is nog ontwikkeling nodig. Interessante uitkomst is dat de mix van disciplines en moederorganisaties op zich er al voor zorgt dat meer de mens (in plaats van zijn diagnose) wordt gezien. Mogelijk versterken de benadering van herstelondersteunde zorg en integrale zorg elkaar op dit punt. Met de ontwikkeling en inzet van zowel de I.ROC als het HOP is tegemoet gekomen aan instrumenten die ondersteunen in de herstelgerichte benadering en aan de behoefte te werken op een 'eigen' Optimaal Leven wijze.

Ook op het gebied van de derde pijler, gebiedsgericht werken, lijkt de afgelopen twee jaar een ontwikkeling ingezet te zijn. Gebiedsgericht werken lijkt, nu de teams intern meer en meer op orde zijn, steeds meer aandacht te krijgen. Verwacht wordt daarom dat op dit punt de komende tijd een sterke(re) ontwikkeling in gang gezet zal worden.

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat er in de afgelopen periode (oktober 2018-oktober 2020) op verschillende gebieden een duidelijke ontwikkeling is ingezet binnen de verschillende Optimaal Leven teams. Er zijn aanwijzingen dat er regionale verschillen zijn wat betreft die ontwikkelingen, maar daarover kunnen op basis van de resultaten van deze onderzoeksevaluatie weinig conclusies getrokken worden omdat dit geen centrale vraagstelling vormde.

Op basis van deze onderzoeksevaluatie lijken de motivatie en het doorzettingsvermogen van medewerkers, de ontwikkeling stimulerende projectleiders en de beschikbare ontwikkeltijd een belangrijke rol te hebben gespeeld in het tot stand brengen van de ontwikkelingen. Ondanks dat de algehele ontwikkeling van de nieuwe aanpak van Optimaal Leven nog niet voltooid is, komen er op basis van deze onderzoeksevaluatie duidelijke (voorlopige) opbrengsten van de nieuwe werkwijze naar voren. Duidelijk is ook geworden dat het inzetten van nieuwe ontwikkelingen medewerkers veel energie kost én oplevert. Het vinden van de balans is daarin belangrijk. Tot slot is ook duidelijk naar voren gekomen waar de verbeterpunten liggen als het gaat om het verder ontwikkelen van de proeftuin. Deze verbeterpunten worden uitgebreid toegelicht en uitgewerkt in aanbevelingen voor de praktijk (zie hoofdstuk 5).

Opvallende uitkomsten van dit onderzoek zijn verder dat de mogelijke effecten van Optimaal Leven deels zichtbaar lijken te worden op andere indicatoren dan vooraf gedacht, het is dan ook van belang om deze in de toekomst te monitoren. De aanpak van Optimaal Leven lijkt bijvoorbeeld effect te sorteren op het gebied van: bevorderen afschalen (want laagdrempeliger mogelijk binnen het team), het creëren van een 'doorbraak' bij cliënten die al lang in zorg zijn (door de mix van expertise in het team), het (eerder) bieden van zorg en ondersteuning op verschillende levensgebieden (omdat het vanuit één loket sneller in te zetten is), meer aandacht en ondersteuning op het gebied van participatie (door de focus op meer de mens zien en vestiging in het wijkcentrum) en cliënten die minder stigmatisering ervaren (onder meer door vestiging in het wijkcentrum). Vervolgonderzoek kan hier mogelijk meer inzicht in geven.

Verder kent deze onderzoeksevaluatie een aantal beperkingen. Zo is er ten aanzien van integrale zorg onderzocht hoe de samenwerking binnen de teams verloopt. Niet in kaart is gebracht welke methodieken (vanuit verschillende disciplines en moederorganisaties) in welke mate worden ingezet binnen de Optimaal Leven teams. Een tweede beperking van dit onderzoek is dat de interviewleidraad voor de medewerkers uitgebreid van aard was, waardoor niet alle vragen bij alle medewerkers binnen de gestelde tijd aan bod konden komen. Een derde beperking is dat er om praktische redenen voor gekozen is cliënten op basis van een zorgvuldig doorlopen wervings- en selectieprocedure te includeren voor het onderzoek en zodoende werden uitgenodigd voor een interview. In de toekomst zou er breder onder cliënten kunnen worden geworven. Tot slot konden cliënten in de interviews vaak goed aangeven hoe ze iets ervoeren, maar vonden ze het soms lastig om aan te geven waaróm ze iets op die manier ervoeren, bijvoorbeeld door voorbeelden te geven. Soms was het daarom lastig verdiepend inzicht te krijgen in de achtergrond van de ervaringen van cliënten ten aanzien van bepaalde aspecten van Optimaal Leven.

4.3 Suggesties voor vervolgonderzoek

Zoals in de discussie naar voren kwam, wordt in het algemeen aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar de specifieke kenmerken van Optimaal Leven en de effecten die op basis daarvan verwacht mogen worden. Naast deze algemene aanbeveling worden er voor vervolgonderzoek nog zeven specifieke suggesties gedaan.

Ten eerste wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om ook vervolgmetingen van cliënten te betrekken waardoor ontwikkelingen in de tijd gevolgd kunnen worden voor indicatoren van cliënttevredenheid, ervaren herstel, ervaren kwaliteit van leven en psychosociaal functioneren. Voorwaarde hiervoor is dat er binnen de teams tijd en ruimte is om deze metingen uit te voeren zodat cliënten gedurende een langere periode stelselmatig gevolgd kunnen worden. Daarnaast zouden uitkomsten vergeleken kunnen worden met standaard zorg en kunnen de uitkomsten van de periodieke metingen op het gebied van ervaren geluk en functionele remissie aanvullend nog meegenomen worden.

Ten tweede wordt als suggestie voor vervolgonderzoek voorgesteld de problematiek van cliënten van Optimaal Leven nader in kaart te brengen. Op basis van de eerste metingen is gebleken dat de gemiddelde problematiek ten aanzien van het psychosociaal functioneren bij cliënten van Optimaal Leven wat minder ernstig lijkt in vergelijking met de doelgroep in zorg bij FACT. Als mogelijke verklaring hiervoor is genoemd dat de problematiek meer divers is bij de Optimaal Leven teams, zowel wat betreft aard als ernst. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of dit ook daadwerkelijk het geval is.

Ten derde, in aanvulling op voorgaande, verdient het aanbeveling de kenmerken van de cliëntenpopulatie ook in breder perspectief nader te onderzoeken. Zo kwam in de interviews met medewerkers soms zijdelings aan de orde dat medewerkers zich afvragen op basis van welke indicaties een cliënt nu wel of niet in zorg komt bij Optimaal Leven en of dat passend is bij de doelgroep die Optimaal Leven beoogt te bedienen. Inzicht in de huidige cliëntenpopulatie kan de doorontwikkeling van Optimaal Leven, inclusief de beoogde doelgroep, ondersteunen. Daarnaast is inzicht in de cliëntenpopulatie van belang om de (onderzoeks)resultaten van Optimaal Leven goed te kunnen interpreteren. Belangrijke vragen hierbij zijn: wat voor typen cliënten komen in zorg bij Optimaal Leven en hoe verhoudt dat zich tot de initiële instroom van Optimaal Leven en de instroom in bijvoorbeeld FACT teams? Om hier echt verdiepend inzicht in te krijgen volstaat het vergelijken van basale cliëntkenmerken zoals leeftijd en diagnoses niet. De eerste stap dient dan ook te zijn om uit te zoeken met behulp van welke informatie deze verdiepende analyse gedaan kan worden.

Ten vierde wordt de suggestie gedaan om in vervolgonderzoek nader in te zoomen op het proces van op- en afschalen binnen Optimaal Leven. Op basis van deze onderzoeksevaluatie komt een beeld naar voren dat op- en afschalen van zorg en ondersteuning soepeler en sneller verloopt omdat dit binnen het team zelf plaats kan vinden. De vraag is echter in welke mate en op welke manier, vooral als het gaat om afschalen, dit plaats vindt binnen de Optimaal Leven teams. Dit is van belang om twee redenen. Ten eerste omdat er nogal eens onduidelijkheid is over wat er precies met op- en afschalen bedoeld wordt. Ten tweede vanwege het belang dat gehecht wordt aan het inzetten van passende zorg wat betreft intensiteit en vorm vanuit het oogpunt van

herstelondersteunende zorg (gericht op zoveel mogelijk eigen regie van de cliënt) en vanuit financieel oogpunt (gericht op goede zorg met zo laag mogelijke kosten).

Ten vijfde wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek de ervaringen van naasten met Optimaal Leven te onderzoeken. Zowel cliënten als medewerkers zijn overwegend tevreden over de mate waarin naasten betrokken worden bij de zorg en ondersteuning van de cliënt. Echter, is niet onderzocht of naasten dit zelf ook zo ervaren.

Ten zesde wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek ook de ervaringen van lokale (zorg)partners met de gebiedsgerichte werkwijze van Optimaal Leven in kaart te brengen. Zo moet duidelijk worden hoe zij de samenwerking in de wijk en met Optimaal Leven ervaren en hoe deze verder verbeterd kan worden.

Tot slot wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek in kaart te brengen welke methodieken en op grond van welke uitgangspunten worden ingezet binnen het team en in hoeverre dit aansluit bij de behoeften van de cliëntenpopulatie van Optimaal Leven.

5. Aanbevelingen voor de praktijk

Het doel van deze evaluatie is om de gehanteerde aanpak en de (voorlopige) opbrengsten van Optimaal Leven in kaart te brengen. Daarnaast kunnen de resultaten ook benut worden voor de verdere ontwikkeling van de bestaande proeftuinen en de nog op te starten proeftuin in Midden- Drenthe. In de interviews hebben medewerkers aandachtspunten, en daarmee samenhangend, aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd. De input van de medewerkers op dit punt, samen met de overall bevindingen in deze onderzoeksevaluatie vormen de basis voor dit hoofdstuk. De aanbevelingen hebben betrekking op de drie pijlers van Optimaal Leven, integrale zorg, herstelondersteunende zorg en gebiedsgerichte zorg, en de doorontwikkeling van de proeftuin.

Vanwege de tijd die is verstreken sinds de afname van de interviews en de ontwikkelingen die zich sindsdien mogelijk hebben voorgedaan, is het mogelijk dat sommige aanbevelingen niet meer (volledig) aansluiten op de werkelijkheid.

Integrale zorg

Ten aanzien van integrale zorg worden vier aanbevelingen benoemd. Een eerste aanbeveling is om de samenstelling van het team kritisch te beschouwen. Het gaat dan om het toevoegen van nieuwe expertise en om het uitbreiden van de inzet van huidige expertise in het team. Op de wensenlijst om toe te voegen aan het team zijn genoemd verslavingsartsen, ten behoeve van expertise op het gebied van verslaving en medewerkers van MEE (of een vergelijkbare organisatie) ten behoeve van expertise op het gebied van LVB.

Als het gaat om het uitbreiden van de inzet van huidige functies dan is het, vanwege de schaarste aan regiebehandelaren, de wens van medewerkers om hier meer van aan te trekken. Verder staat op de wensenlijst de inzet van welzijnsmedewerkers in Assen en Hoogeveen/De Wolden. In Assen maakt op dit moment nog geen welzijnsmedewerker in de praktijk deel uit van het team. In Hoogeveen geldt dat de welzijnsmedewerker slechts voor vier uur per week deel uitmaakt van het team. Dit vormt een contrast met de twintig uren per week die welzijn binnen team Emmen voor zijn rekening neemt. Verschillende medewerkers hebben er op gewezen dat een dergelijke kleine aanstelling belet om echt het verschil te kunnen maken in de zorg en ondersteuning van cliënten en het inbrengen van persoonlijke kwaliteiten en expertise in het team. Gezien de specifieke aanvullende rol die welzijnsmedewerkers in een Optimaal Leven team kunnen vervullen, en in team Emmen vervult, zou dit een verbreding en verrijking voor team Assen en team Hoogeveen/De Wolden kunnen betekenen. Zo zijn welzijnsmedewerkers inzetbaar zonder indicatie, zijn zij bij uitstek (uit)draggers van gebiedsgericht werken en kunnen zij mogelijk (extra) bijdragen aan soepeler en sneller afschalen van zorg en ondersteuning. Ook de inzet van VNN in team Assen, twee medewerkers met ieder acht uren per week voor Optimaal Leven, wordt genoemd als te weinig omvattend om goed te kunnen functioneren in het team en impact te kunnen maken. Tot slot is ook gepleit voor uitbreiding van de inzet van trajectbegeleiders om naast behandeling ook participatie steviger neer te kunnen zetten ('Als je ziet wat werk mensen oplevert dan zie je mensen haast gezonder worden dan dat ze alleen maar in behandeling blijven zitten').

Een tweede aanbeveling is om binnen het team blijvende aandacht voor het kennen van alle medewerkers

en hun expertise te hebben en om binnen het team duidelijkere afspraken over de rol- en taakverdeling te maken. Ondanks dat de meeste medewerkers hebben aangegeven dat zij hun persoonlijke kwaliteiten en expertise gericht kunnen inzetten in de teams, blijkt ook dat het belangrijk is en blijft, zeker bij personele wisselingen, om elkaar (nog) beter te leren kennen en te weten wat ieders expertise is, zodat die gericht aangesproken kan worden. Ook is gebleken dat sommige medewerkers het wenselijk zouden vinden om duidelijkere en structurelere afspraken met elkaar te maken over de gewenste rol- en taakverdeling (wie doet wat en waarom) in het team en in het verlengde daarvan: wat dit betekent voor (de aansluiting op) bestaande systemen en financieringswijzen. Daarbij kunnen inhoudelijk maar ook financiële overwegingen een rol spelen. In het bijzonder zouden daarin ook de rol en taken van de ervaringsdeskundige aan de orde moeten komen. Op dit moment wordt de rol van de ervaringsdeskundige in de Optimaal Leven teams verschillend ingevuld, dan gaat het om of zij al dan niet worden ingezet als 1^e of 2^e casemanager en of zij al dan niet groepsactiviteiten organiseren. Voor wat betreft het casemanagementschap, dit lijkt afhankelijk te zijn van de wensen en behoeften van ervaringsdeskundigen zelf, de afspraken die hierover in het team zijn gemaakt en bezetting in het team. Sommige medewerkers wijzen er op het onwenselijk te vinden dat de ervaringsdeskundigen worden ingezet als casemanager omdat zij 'juist specifieke kennis en een specifieke rol hebben, dus dan is het juist mooi als ze ook echt beschikbaar zijn daarvoor, dat ze niet de druk hebben van een caseload'.

Tot slot zijn er in het kader van integrale zorg nog twee aandachtspunten naar voren gekomen op het gebied van verwijzingen en indicaties en afschalen. Zo is gebleken dat, ondanks dat het vaak makkelijker en sneller gaat, de praktijk ook weerbarstig is. De wens is nog steeds dat verwijzingen, maar ook WMO-indicaties, sneller geregeld worden. Daarnaast is duidelijk naar voren gekomen dat afschalen van zorg naar intensiteit en lichtere vormen van zorg nadrukkelijker op de agenda zou mogen komen te staan. Aan de orde is gekomen dat er binnen de teams meer aandacht is gekomen voor afschalen en het, indien mogelijk, eindig maken van zorg en ondersteuning vanuit Optimaal Leven. Toch wordt er nog steeds ruimte gezien om dit vaker en nadrukkelijker aan de orde te stellen en op dit punt binnen de teams meer een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen ('Of er kan worden afgeschaald, dat leidt nog wel eens tot discussie').

Herstelondersteunende zorg

Ten aanzien van herstelondersteunende zorg worden er drie aandachtspunten en aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd. Ten eerste is het belangrijk om binnen het team de gemeenschappelijke visie op herstel met elkaar te blijven delen en toetsen en vooral ook met elkaar in gesprek te blijven over hoe deze visie in de praktijk handen en voeten moet krijgen. Er is in grote lijnen sprake van een gemeenschappelijke visie op herstel, maar deze staat soms onder druk. Door drukte, als gevolg van onderbezetting bijvoorbeeld. Maar medewerkers geven ook aan dat de gemeenschappelijke visie op herstel gelegd is bij de start van de proeftuin, door personele wisselingen is het soms de vraag in hoeverre iedereen nog meegenomen is in die gemeenschappelijke visie. Daarnaast begint herstelondersteunende zorg met een gemeenschappelijke visie op herstel, maar gaat het uiteindelijk om de (continue) vertaling van die visie naar een gemeenschappelijke benadering en handelen in de praktijk. Juist over dat laatste zeggen veel medewerkers dat dat nog beter kan: dit verschilt nu nog van mens tot mens en soms ook van beroepsgroep tot beroepsgroep. Genoemde valkuilen daarbij zijn te veel en eenzijdig redeneren vanuit het medisch model en onvoldoende regie bij de cliënt neerleggen.

Een tweede aanbeveling richt zich op het betrekken van naasten. Uit deze onderzoeksevaluatie is gebleken dat naasten betrokken worden: zowel medewerkers als cliënten hebben aangegeven dat hier voldoende aandacht voor is. Toch hebben medewerkers ook aangegeven dat hiervoor nog meer aandacht zou mogen zijn, bijvoorbeeld door voorlichtingsfolders te maken, familiegroepen te maken en bijeenkomsten te organiseren.

Een derde aanbeveling heeft betrekking op de implementatie van de I.ROC en het HOP. Gebleken is dat nog relatief weinig medewerkers ervaring hebben opgedaan met de I.ROC en het HOP. De meeste medewerkers hebben zich positief uitgelaten over deze instrumenten, veelal wijzen ze er dan op dat deze instrumenten passend zijn bij de missie en visie van Optimaal Leven. Maar bij het toepassen van deze instrumenten lijken er belemmeringen op te treden. De belangrijkste belemmeringen bij zowel de I.ROC als het HOP zijn dat deze instrumenten niet bij alle cliënten en niet in elke (herstel)fase passend zijn en dat de vragen door cliënten als te moeilijk worden ervaren. Een belangrijke belemmering voor het HOP lijkt daarnaast te zijn dat dit een forse tijdsinvestering en dito concentratievermogen vereist. Het lukt daardoor vaak niet om het HOP binnen één contactmoment af te ronden en vraagt daardoor aandacht en doorzettingsvermogen om het daadwerkelijk af te ronden in de daarop volgende contactmomenten. Een mogelijk gevolg daarvan is dat medewerkers deze instrumenten niet (meer) inzetten of alleen bij die cliënten waarbij zij verwachten dat deze belemmeringen niet of in minder sterke mate op zullen treden. Naast deze belemmeringen zijn er ook aanwijzingen dat de instrumenten op verschillende manieren worden afgenomen. Tot slot zijn er ondersteuningswensen in manieren waarop het HOP het beste afgenomen kan worden en wensen in aanpassing van het format. Aanbeveling is om beide instrumenten, nu deze enige tijd in de praktijk toegepast zijn, te evalueren en na te gaan hoe aan de belemmeringen tegemoet kan worden gekomen.

Gebiedsgerichte zorg

Ten aanzien van gebiedsgerichte zorg zijn er twee aanbevelingen naar voren gekomen. Medewerkers hebben aangegeven dat het leggen van contacten in de wijk en het aangaan van samenwerking in hun ogen nog veel beter kan, hoewel de blik de laatste tijd al steeds meer naar 'buiten' gaat. Er lijkt dus steeds meer aandacht voor te komen, maar concrete stappen hiertoe moeten nog gezet worden. Hiervoor moet de komende tijd aandacht zijn.

Een andere aanbeveling kwam naar voren in interviews met cliënten. Daaruit bleek dat sommige cliënten zelf graag contacten willen leggen met wijkbewoners. Zij zien daarin geen rol weggelegd voor Optimaal Leven ('Dan komt er een sausje van psychiatrie over heen'). Wel willen ze graag ondersteund worden in manieren waarop zij die contacten kunnen leggen. Hier ligt mogelijk een behoefte voor een groter deel van de cliënten van Optimaal Leven waarop ingezet kan worden.

Doorontwikkeling proeftuinen

Tot slot kwam er ook ten aanzien van de doorontwikkeling van de proeftuin een aantal aanbevelingen naar voren, namelijk op het gebied van: werven en inwerken van nieuwe medewerkers, de aansturing van de proeftuin, de actielessies en het implementeren van nieuwe werkwijzen.

De eerste aanbeveling richt zich op het zorgvuldig werven en inwerken van nieuwe medewerkers. In de proeftuinfase is de praktijk leidend voor de te ontwikkelen werkwijze. Dat betekent dat medewerkers van Optimaal

Leven de ruimte krijgen om vanaf de werkvloer (bottom-up) te onderzoeken hoe de integrale zorg en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen het best vorm gegeven kon worden. Gebleken uit deze evaluatie is dat het werken in zo'n proeftuin bij je moet passen. Het beroep dat wordt gedaan op je innovatieve mindset en het werken zonder strakke kaders kan er ook toe leiden dat mensen (tijdelijk) overvraagd worden. Sommige medewerkers hebben er daarom voor gepleit om hiervoor bij de werving van nieuwe collega's extra aandacht te hebben. Zij geven aan dat het nodig is om potentiële nieuwe medewerkers op dit punt vooraf goed te informeren. Naast zorgvuldig werven is het belangrijk om nieuwe medewerkers goed in te werken, juist omdat de kaders niet zo strak ingevuld zijn en omdat Optimaal Leven continu in ontwikkeling is. Nieuwe medewerkers moeten wegwijs gemaakt worden in verschillende aspecten van Optimaal Leven, waaronder werken in een integraal team, het eigen maken van een nieuwe gemeenschappelijke visie op en leren werken met nieuwe instrumenten (I.ROC, HOP) en rapportagesystemen. Aanbevolen wordt dan ook om aan het inwerkproces veel aandacht te besteden en bijvoorbeeld een draaiboek voor nieuwe medewerkers op te stellen.

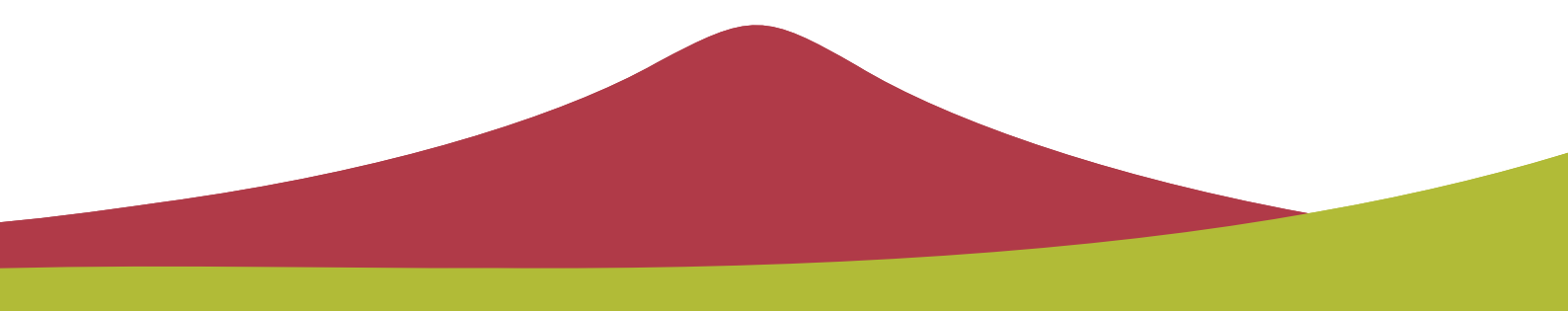
Een tweede aanbeveling heeft betrekking op de (bestuurlijke) aansturing van de Optimaal Leven. In deze onderzoeksevaluatie is als aandachtspunt naar voren gekomen dat de (bestuurlijke) aansturing van de proeftuin voor veel medewerkers onduidelijk is als het gaat om wie hier bij betrokken zijn en wat hun rol is. Sommige medewerkers geven aan hier wel behoefte aan te hebben. Ook hebben sommige medewerkers aangegeven, ondanks het bottom-up principe, soms onvoldoende betrokken te zijn bij beslissingen die van hogerhand werden genomen. Kortom, hier lijkt soms nog ruis te ontstaan. Aanbevolen wordt dan om ook medewerkers hier meer in mee te nemen.

Een derde aanbeveling betreft de actieleersessies. Op basis van de interviews blijkt dat deze overwegend positief worden ervaren, zeker in de eerste fase van Optimaal Leven. Toch zijn er ook verbeterpunten en inhoudelijke suggesties aangedragen voor de invulling van toekomstige actieleersessies. In het bijzonder komt daarin de wens naar voren om de kennis en ervaringen vanuit de regio's onderling meer uit te wisselen en zo van elkaar te leren. Aanbevolen wordt om de actieleersessies te evalueren en te kijken hoe de sessies mogelijk nog verbeterd kunnen worden.

Tot slot wordt een vierde aanbeveling gegeven. Het vinden van de juiste balans in het verder ontwikkelen van de proeftuin is soms lastig: de veelheid aan richtingen is soms ingewikkeld, je kunt niet alles tegelijkertijd anders gaan doen. Medewerkers hebben op dit punt aangegeven het de komende tijd belangrijk te vinden om iets minder tegelijk te gaan doen, maar vooral zaken gericht uit te werken en tijd en ruimte te nemen voor implementatie en evaluatie nadien.

Referenties

1. Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Erp, N. van, Hulsbosch, L., Lange, A. de, & Oud, M. in opdracht van het ministerie van VWS (2018). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ* (artikelnummer AF1650). Geraadpleegd op: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1650-landelijke-monitor-ambulantisering-en-hervorming-langdurige-ggz>
2. Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(3), 133-134. Geraadpleegd op: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-013-0046-z>.
3. Kenniscentrum Phrenos (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op: <https://kenniscentrumphrenos.nl/assets/2020/06/Over-de-brug-PvA-EPA-september-2014.pdf>
4. Couwenbergh, C., Harmsen, K., Oudejans, S., & Winter, de. L. (2019). *Routekaart en Keuzehulp voor regionale samenwerking tussen ggz en sociaal domein*. Geraadpleegd op: <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2019/02/Routekaart-met-keuzehulp.pdf>
5. KPMG Plexus. (2016). *EPA Vignettenstudie Drenthe*. Geraadpleegd op: <https://ggzdrenthe.nl/media/documenten/rapportage-epa-vignettenstudie-drenthe-digitale-versie-2.pdf>
6. Kemp, W. (december 2018). *Complete presentatie Programma Optimaal Leven* (persoonlijke communicatie).
7. Diekman, W., Kemp, W., & Wunderink, C. (april 2019). Optimaal Leven teams, het 1e half jaar (praktijkevaluatie). Geraadpleegd op: <https://optimaallevendrenthe.nl/documentatie>
8. Delespaul, P., & consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
9. Mulder, N., Weeghel, van. J., Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., Mierlo van. T., & Kienhorst, G. (2020). *Netwerkspsychiatrie. Samenwerken aan herstel en gezondheid*. Amsterdam: Boom uitgevers.
10. Kemp, W., Ouden, den. R., Smit, B., Smit, P., Toering, T., Diekman, W., Optimaal Leven teams, & Supportgroep leden en afdelingen control (2019/2020). Optimaal Leven teams, het 3^e half jaar (praktijkevaluatie). Geraadpleegd op: <https://optimaallevendrenthe.nl/documentatie>
11. Alle gepresenteerde cijfers rondom aantal medewerkers zijn van peildatum 19 oktober 2020. Stagiaires zijn buiten beschouwing gelaten.
12. Stel, van der, J.C. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(11), 815-822. Geraadpleegd via: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-11-artikel-vanderstel.pdf>
13. Diekman, W., Kemp, W., & Wunderink, C. (april 2019). Optimaal Leven teams, het 1e half jaar (praktijkevaluatie). Geraadpleegd op: <https://optimaallevendrenthe.nl/documentatie>
14. Ion R., Monger, B., Hardie, S., Henderson, N., & Cumming, J. (2013). A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4), 211-215. Geraadpleegd op: <https://irocwellbeing.com/uploads/webpages/IROC%20British%20Journal%20of%20Mental%20Health%20Nursing.pdf>
15. De zes periodieke metingen die binnen Optimaal Leven worden afgenomen zijn: de I.ROC (herstel), HoNOS (psychosociaal functioneren), CQi (cliënttevredenheid), MANSA (kwaliteit van leven), Happiness Index (geluk) en FR (functionele remissie).
16. Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey. Geraadpleegd op: <https://www.phamous.nl/>
17. Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A.I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(5), 273-84. Geraadpleegd op: https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1238pdf.pdf

18. Nugter, M.A., Buwalda, V.J.A., Dhondt, A.D.F., & Draisma, S. (2012). Gebruik van de HoNOS bij de behandeling van patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54(2), 153-159. Geraadpleegd op: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/450/articles/9331>
 19. Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A.I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(5), 273-84. Geraadpleegd op: https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1238pdf.pdf
 20. Parabiaghi, A., Kortrijk, H.E., & Mulder, C.L. (2014). Defining multiple criteria for meaningful outcome in routine outcome measurement using the Health of the Nation Outcome Scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 291-305. Geraadpleegd op: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-013-0750-7>
 21. Ion R., Monger, B., Hardie, S., Henderson, N., & Cumming, J. (2013). A tool to measure progress and outcome in recovery. *British Journal of Mental Health Nursing*, 2(4), 211-215. Geraadpleegd op: <https://irocwellbeing.com/uploads/webpages/IROC%20British%20Journal%20of%20Mental%20Health%20Nursing.pdf>
 22. Aardema, A.H., Boonstra, N., Pijnenborg, G.H.M, Rudd, B., Metz, M.J., Castelein, S., Sportel, B.E. (submitted). Validation study of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC) in a Dutch population of participants with a schizophrenia spectrum disorder.
 23. Nieuwenhuizen, van. C., Janssen-de Ruijter, E. A. W., & Nugter, M. (2017). Handleiding Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Stichting QoLM.
 24. Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). Utrechtse Bevlogenheidsschaal. Voorlopige handleiding. Utrecht: Sectie Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie Universiteit Utrecht. Geraadpleegd op: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Handleiding_UBES.pdf
 25. Gagne, C. (2004). *Rehabilitatie, een weg naar herstel. Lezing Hanzehogeschool Groningen*. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.
- 

Bijlage - Uitgebreide beschrijving werkwijze onderzoeksevaluatie

De onderzoeksvragen zijn beantwoord op basis van interviews en periodieke metingen afgenomen bij cliënten en medewerkers.

Interviews

Voor deze onderzoeksevaluatie zijn tussen 1 oktober 2020 en 23 november 2020 in totaal twaalf cliënten geïnterviewd over hun ervaringen met de zorg en ondersteuning van Optimaal Leven, evenredig verdeeld naar de Optimaal Leven regio's (Assen, Emmen, Hoogeveen/De Wolden). Dit betekent dat van elk Optimaal Leven team vier cliënten zijn geïnterviewd.

Doel was om een groep van twaalf cliënten te interviewen waarbij er variatie was in de verdeling van man/vrouw en in leeftijd. Ook variatie in duur in zorg, aanmeldende (moeder)organisatie en fase van herstel werd nagestreefd. Bij de selectie van de cliënten is gekozen voor een pragmatische aanpak zodat op korte termijn gericht cliënten geworven konden worden.

De selectieprocedure kende drie opeenvolgende stappen:

- Allereerst zijn regiebehandelaren van de drie teams gevraagd om op basis van de genoemde kenmerken een lijst van twintig potentiële respondenten (60 in totaal voor de drie teams) op te stellen. De aangeleverde cliëntselectie bevatte in twee gevallen twintig cliënten en in één geval zeventien cliënten. In alle gevallen werden daarbij kenmerken ten aanzien van geslacht (M=24; V=33) en leeftijd (geboortjaar 1962-2000) vermeld. Voor de overige kenmerken (duur in zorg, aanmeldende organisatie en fase van herstel²⁵) was dat deels het geval, waardoor het aanbrenge van spreiding binnen deze kenmerken niet altijd mogelijk was.
- In de tweede stap zijn op basis van deze lijsten twaalf cliënten (vier voor elk team) semi-willekeurig geselecteerd door de onderzoeker. Daarbij is gekozen voor verschillende combinaties van geslacht en leeftijdscategorieën. Uitgangspunten daarbij waren een gelijke verdeling van mannen en vrouwen (representatief voor de populatie van Optimaal Leven) en maximale variatie in aangeleverde leeftijdscategorieën. Binnen die mogelijke combinaties zijn willekeurig cliënten geselecteerd. Bij één aangeleverde lijst was ook de fase van herstel genoteerd. Voor de selectie van cliënten uit dat team is er, naast geslacht en leeftijd, ook rekening gehouden met een spreiding in fase van herstel waarin de cliënt zich bevond.
- In de derde stap is de casemanager of een andere bij de cliënt (nauw) betrokken medewerker door de onderzoeker benaderd. Deze medewerker werd verzocht om de betreffende cliënt middels een informatiebrief over het onderzoek te informeren en bij verlening van toestemming voor deelname aan het onderzoek, de contactgegevens aan de onderzoeker te verstrekken. De onderzoeker heeft vervolgens rechtstreeks contact opgenomen met de cliënt voor het plannen van het interview.

²⁵ Gagne (2004)

Van de twaalf cliënten die in eerste instantie door de onderzoeker geselecteerd waren voor deelname aan het onderzoek, zijn er tien ook daadwerkelijk benaderd door de bijbehorende casemanager. In twee gevallen gaf de casemanager aan dat een verzoek tot deelname aan het onderzoek voor de cliënt op dat moment niet passend was door opname of omdat de cliënt zich in een kwetsbare periode bevond. Naar aanleiding daarvan zijn er door de onderzoeker twee aanvullende cliënten met vergelijkbare kenmerken geselecteerd van de startlijst van zeventien of twintig potentiële cliënten. Van de twaalf cliënten die door de casemanagers zijn benaderd voor het interview verleenden er elf medewerking aan het interview, één cliënt wilde niet participeren in het onderzoek. Deze cliënt gaf aan dat er te veel speelde en daardoor deelname aan het onderzoek niet zag zitten. De onderzoeker heeft daarop een cliënt met vergelijkbare kenmerken (geslacht, leeftijd) geselecteerd, deze cliënt is door de casemanager benaderd en was bereid mee te werken aan een interview. In Tabel 1 is voor de geïnterviewde cliënten de verdeling naar geslacht en leeftijd weergegeven.

Geboortejaar	Vrouw	Man	Totaal
1950-1959	1	-	1
1960-1969	1	2	3
1970-1979	1	2	3
1980-1989	2	1	3
1990-1999	1	1	2
Totaal	6	6	12

Tabel 1: Leeftijd en geslacht geïnterviewde cliënten

Bijna alle geïnterviewde cliënten (n=11) ontvingen al een vorm van zorg en ondersteuning die (deels) overlapt met de zorg en ondersteuning die zij nu van Optimaal Leven ontvangen. De geïnterviewde cliënten kregen deze zorg en ondersteuning voorheen vanuit (een combinatie) van GGZ Drenthe (n=9), Promens Care/Cosis (n=3), VNN (n=2) en/of vergelijkbare organisaties.

Veel geïnterviewde cliënten vonden het lastig aan te geven sinds wanneer zij zorg en ondersteuning van Optimaal Leven ontvangen. Voor de helft van de cliënten (n=6) geldt dat zij aangeven per oktober 2018 'automatisch' van een FACT team van GGZ Drenthe over te zijn gegaan naar Optimaal Leven. De overige cliënten schatten de duur dat zij in zorg zijn bij Optimaal Leven van negen maanden tot 1,5 jaar.

Op verzoek van de cliënt kon het interview face to face afgenomen worden bij de cliënt thuis (n=3), op kantoor van Optimaal Leven (n=7), telefonisch (n=2) of via beeldbellen (n=0). Indien de respondent daar toestemming voor gaf (n=11) werd er een geluidsopname van het interview gemaakt ten behoeve van de uitwerking. Eén respondent gaf geen toestemming, en in een ander geval is de geluidsopname voortijdig beëindigd in verband met technische problemen.

Het interview duurde gemiddeld een uur. Het interview werd afgenomen met behulp van een semigestructureerde interviewleidraad. Het interview bevatte twee algemene vragen over Optimaal Leven, namelijk *Kreeg je, voordat je zorg en ondersteuning van Optimaal Leven ontving, ook zorg en ondersteuning?*, en: *Sinds wanneer ontvang je zorg en ondersteuning van Optimaal Leven?*. Verder bestond de interviewleidraad uit zeventien open vragen over ervaringen met Optimaal Leven als het gaat om *integrale zorg* (3 items), *herstelondersteunende zorg* (8 items), *gebiedsgerichte zorg* (3 items) en *waardering van de zorg en ondersteuning* (2 items). Tot slot was er ruimte voor de respondent om aanvullende zaken te benoemen (1 item). De interviews zijn afgenomen door twee interviewers die respectievelijk tien en twee interviews afnamen. Beide waren betrokken bij de constructie van de interviewleidraad en instructies voor de afname zijn vooraf uitgebreid besproken en vastgelegd. De interviews zijn aan de hand van aantekeningen en de geluidsopname uitgewerkt. Deze transcripten vormden de basis voor de analyse van de interviews.

Bij cliënten van Optimaal Leven worden ook een aantal periodieke instrumenten afgenomen. Voor de invoer van deze metingen is het datasysteem dat is geïntegreerd in het EPD (Roqua) van GGZ Drenthe benut. De metingen van cliënten van Cosis of VNN die niet dit EPD staan, zijn vanaf papier apart ingevoerd. In deze onderzoeksevaluatie zijn de resultaten van de eerste metingen van HoNOS, I.ROC, CQi en MANSA, afgenomen tussen oktober 2018 en oktober 2020, in kaart gebracht.

Medewerkersonderzoek

Voor deze onderzoeksevaluatie zijn tussen 3 november en 30 november 2020 in totaal vijftien medewerkers (M=6, V=9) van Optimaal Leven geïnterviewd over hun ervaringen met het bieden van zorg en ondersteuning binnen Optimaal Leven, evenredig verdeeld naar de Optimaal Leven regio's (Assen, Emmen, Hoogeveen/De Wolden). Dit betekent dat van elk Optimaal Leven team vijf medewerkers zijn geïnterviewd.

Doel was om een groep medewerkers te interviewen die een grote variatie in disciplines en moederorganisaties representeren. Hiertoe zijn de medewerkerslijsten opgevraagd en is er aan de hand van een aantal selectiecriteria een groep van vijftien medewerkers samengesteld die vervolgens benaderd zijn voor deelname aan een interview. De criteria die gehanteerd zijn bij de selectie voor te interviewen medewerkers waren:

- 1) Met uitzondering van de projectleider komen alle medewerkers die werkzaam zijn binnen een team Optimaal Leven in aanmerking;
- 2) Per Optimaal Leven team vijf medewerkers includeren;
- 3) Elke 'team-subset' van vijf medewerkers bevat minimaal een vertegenwoordiger van Cosis, GGZ Drenthe en VNN;
- 4) Minimaal één ervaringsdeskundige includeren;
- 5) De medewerker is minimaal 4 maanden werkzaam bij Optimaal Leven;
- 6) Grote mate van variatie in disciplines die medewerkers vertegenwoordigen.

Het laatste criterium, een grote mate van variatie in disciplines die medewerkers vertegenwoordigen, verdient nog een korte toelichting. Grofweg is hier onderscheid gemaakt in twee categorieën: medewerkers die een regiebehandelaarsfunctie vervullen en medewerkers die geen regiebehandelaarsfunctie vervullen. Vervolgens zijn binnen deze twee categorieën per functie medewerkers gegroepeerd, hieruit zijn vervolgens willekeurig medewerkers geselecteerd. Vanwege de specifieke rol die ervaringsmedewerkers vervullen in de Optimaal Leven teams, met name als het gaat om herstelondersteunende zorg, werd het van belang geacht om minimaal één ervaringsdeskundige te interviewen. De vijftien geïnterviewde medewerkers representeren negen verschillende disciplines. Omwille van het waarborgen van de anonimiteit van de geïnterviewde medewerkers wordt de concrete uitwerking van de geselecteerde disciplines niet gegeven.

Alle medewerkers die zijn geselecteerd voor deelname aan het interview zijn hiervoor per mail benaderd, alle medewerkers gaven aan mee te willen werken aan het interview. Op verzoek van de medewerker kon het interview face to face plaatsvinden bij de medewerker thuis (n=3), op kantoor van Optimaal Leven (n=8), telefonisch (n=0) of via beeldbellen (n=4). Alle medewerkers gaven toestemming voor het maken van een geluidsopname van het interview.

Het interview duurde meestal een uur tot anderhalf uur. Het interview werd afgenomen met behulp van een semigestructureerde interviewleidraad bestaande uit 26 open vragen. Het interview bestreek zes thema's, namelijk *achtergrondinformatie* (3 items), *integrale zorg* (2 items), *aanpak Optimaal Leven* (2 items), *herstelondersteunende zorg* (7 items), *gebiedsgerichte zorg* (5 items) en *werken in de proeftuin Optimaal Leven* (7 items). Tot slot was er in de laatste vraag ruimte voor de respondent om aanvullende zaken te benoemen (1 item). De interviews zijn afgenomen door twee interviewers die respectievelijk 14 en 1 interviews afnamen. Instructies voor de afname zijn door beide interviewers vooraf uitgebreid vastgelegd en besproken. De interviews zijn aan de hand van aantekeningen en de geluidsopname uitgewerkt. Deze transcripten vormden de basis voor de analyse van de interviews.

Naast de interviews is tussen 19 oktober 2020 en 4 november 2020 ook een werkbelevingslijst (UBES-9) afgenomen bij medewerkers (inclusief projectleiders) van de Optimaal Leven teams (n=64). De vragenlijst is ingevuld door 49 medewerkers (Assen=13, Emmen=15, Hoogeveen/De Wolden =20). Het betreft een herhaalmeting, in het najaar van 2018 en 2019 is de UBES-9 ook afgenomen bij medewerkers van de Optimaal Leven teams. In 2018 werd de vragenlijst ingevuld door 42 medewerkers (Assen=13, Emmen=11, Hoogeveen/De Wolden=18) en in 2019 door 34 medewerkers (Assen=8, Emmen=12, Hoogeveen/De Wolden=14)



PARTNERS IN PROGRAMMA OPTIMAAL LEVEN

 <p>Gemeente Emmen</p>	 <p>cosis hulp bij een verstandelijke of psychische beperking</p>	 <p>Gemeente Assen</p>
 <p>VNN VERSLAVINGSZORG NOORD NEDERLAND</p>	 <p>VGZ</p>	 <p>ggz Drenthe geestelijke gezondheidszorg</p>
 <p>GEMEENTE MIDDEN-DRENTHE</p>	 <p>Gemeente Hoogeveen</p>	 <p>Zilveren Kruis</p>