

# Verbeteren van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Landelijke lessen en best practices uit de taskforces EPA  
voor regionale samenwerking van de ggz en het sociaal domein  
gericht op herstel en burgerschap van mensen met een  
ernstige psychische aandoening

Januari 2019



Dit rapport werd gemaakt door Kenniscentrum Phrenos met subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg.

### **Projectgroep**

Chrisje Couwenbergh, Lars de Winter, Suzan Oudejans, Jaap van Weeghel, Nicky de Bie (Kenniscentrum Phrenos), Peter van Zuidam (Zilveren Kruis)

### **Auteurs**

Chrisje Couwenbergh, Lars de Winter, Suzan Oudejans

Met dank aan de Taskforces EPA Amsterdam, Drenthe, Eemland, Zuid-Kennemerland/ Haarlemmermeer, Midden IJssel/ Oost Veluwe, Nijmegen, Rotterdam, Utrecht, Zaanstreek/ Waterland & Zwolle

[www.kenniscentrumphrenos.nl](http://www.kenniscentrumphrenos.nl)

## Inhoud

1	Inleiding .....	5
2	Werkwijze .....	7
2.1	Stappen in de selectie van de best practices .....	7
2.2	Uitkomsten van de selectie .....	9
2.3	Toets op praktische relevantie .....	10
3	Resultaten.....	13
3.1	Overzicht taskforces .....	13
3.2	Keuzehulp: Overzicht van potentiële inhoudelijke Best Practices .....	15
3.3	Routekaart met randvoorwaardelijke practices.....	17
4	Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst.....	19
	Bijlage 1: Verslagen focusgroepen cliënten en professionals .....	20
	Bijlage 2. Verslag werkconferentie september 2018 .....	24

## 1 Inleiding

Zilveren Kruis streeft samen met gemeenten, professionals en cliënten in regionale taskforces naar een integrale aanpak gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstig psychische aandoening (EPA). De taskforces zijn bedoeld als een katalysator om de samenwerking tussen het sociaal en ggz (medisch) domein verder vorm te geven en stimuleren.

Omdat de zorgbehoefte bij mensen met EPA vrijwel nooit uitsluitend betrekking heeft op GGz behandeling, maar ook op persoonlijke ontwikkeling, wonen, sociale contacten, en werken/daginvulling, is deze samenwerking tussen de zorg (ZvW) en maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van essentieel belang. Dit vraagt om het bieden van zorg, ondersteuning en begeleiding óver de schotten van individuele organisaties, sectoren en wettelijke kaders heen.

In totaal zijn er in tien verzorgingsgebieden in Nederland taskforces opgezet. Bij deze taskforces waren onder andere partijen als GGz instellingen, RIBW's, aanbieders van verslavingszorg en gemeentes betrokken. In veel gevallen is er ook sprake van vertegenwoordiging of betrokkenheid van cliënten en naasten, evenals woningcorporaties en/of de GGD. Taskforces worden vaak getrokken door een onafhankelijk voorzitter, een projectleider of programma coördinator. Primaire activiteiten waren gericht op visievorming, opzetten van multidisciplinaire overlegstructuren en het vormen van multidisciplinaire teams. Hiermee zijn er binnen de regionale taskforces EPA verschillende werkwijzen en interventies ontwikkeld en toegepast, die de zorg voor mensen met EPA kunnen verbeteren.

Onderhavig rapport beschrijft een onderzoek dat is uitgevoerd door Kenniscentrum Phrenos met een subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg, waarbij deze werkwijzen en interventies zijn geïnventariseerd en beschreven. Resultaat van het onderzoek is een selectie van mogelijke werkwijzen die het ambulante zorg aanbod kunnen verrijken en het behandelt de vraag wat de landelijke lessen zijn voor het opzetten van een regionale samenwerking. Doel is om deze kennis landelijk te ontsluiten om zodoende vergelijkbare initiatieven te ondersteunen bij het opstarten, inrichten en implementeren van regionale samenwerkingsvormen gericht op het verbeteren en toegankelijker maken van ambulante zorg voor mensen met EPA.

De vragen die in dit onderzoek worden beantwoord zijn:

1. Welke best practices kunnen worden geïdentificeerd binnen de regionale taskforces EPA?  
Daarbij kan worden gedacht aan:
  - a. de toepassing van innovatieve of veelbelovende *interventies* om de zorg te verbeteren, of
  - b. veelbelovende *werkwijzen of zorgarrangementen* waarin bestaand aanbod van verschillende aanbieders en sectoren op innovatieve wijze wordt samengebracht om integrale zorg voor (bepaalde subgroepen uit) de EPA-groep te realiseren.
2. Hoe kunnen deze best practices in alle regio's worden verspreid, zodat zij voor alle mensen met EPA beschikbaar zijn?

Dit rapport betreft de eindrapportage over bovenstaande vragen. Om de diversiteit van de activiteiten van de taskforces recht te kunnen doen, zijn de activiteiten van de taskforces ingedeeld in een drietal inhoudelijke thema's (persoonlijk herstel, ggz behandeling en begeleiding, en

maatschappelijke participatie) en drie randvoorwaardelijke thema's (visie en organisatieontwikkeling, competenties professionals, en bekostiging). Omdat geïdentificeerde best practices binnen de taskforces EPA nog in een fase van ontwikkeling zijn en veelal nog niet op effectiviteit zijn onderzocht, is er voor gekozen om de term *potentiële* best practice te hanteren.

De resultaten uit dit eindrapport zijn verwerkt in een implementatieplan, bestaande uit een routekaart met keuzehulp. Deze zijn gericht op betrokkenen van alle bestaande en nieuwe taskforces om te gebruiken bij het opstarten of (verder) inrichten van een taskforce of andere vorm van regionale samenwerking. Dit eindrapport kan gezien worden als een verantwoording en onderbouwing voor de samenstelling van de routekaart met keuzehulp.

## 2 Werkwijze

### 2.1 Stappen in de selectie van de best practices

Hieronder wordt stap voor stap beschreven hoe de selectie van potentiële best practices uit de taskforces tot stand is gekomen. Alle stappen hierin zijn door minimaal twee onderzoekers uitgevoerd. Indien zij het niet met elkaar eens waren werd naar consensus gezocht.

De selectie van potentiële best practices bestond uit een zevental stappen:

1. een landelijke inventarisatieronde resulterend in een overzicht van de taskforces EPA en een 'longlist' van alle visies, ideeën, voorbeelden, interventies en werkwijzen afkomstig uit deze taskforces;
2. het indelen van de visies, voorbeelden, interventies en werkwijzen uit de longlist in randvoorwaardelijke en zorginhoudelijke subthema's;
3. het opstellen van een 'shortlist' bestaand uit concrete voorbeelden met een heldere focus (vanaf deze stap beschreven als practices);
4. het selecteren van randvoorwaardelijke practices uit de shortlist voor de routekaart
5. het toetsen van de zorginhoudelijke practices uit de shortlist aan de generieke module EPA;
6. het verder toetsen van de praktische relevantie van de potentiële zorginhoudelijke best practices aan de hand van behoeften en voorkeuren van professionals en cliënten;
7. het toetsen van de uit stap 1 t/m 6 verkregen lijst met randvoorwaardelijke practices en potentiële zorginhoudelijke best practices aan het veld door middel van een werkconferentie.

De randvoorwaardelijke practices zijn verwerkt in de routekaart (een wegwijzer voor het organisatorisch inrichten van een taskforce) en de potentiële zorginhoudelijke best practices zijn opgenomen in de keuzehulp, onderdeel van de routekaart, dat betrokkenen ondersteunt bij het zorginhoudelijk inrichten van een taskforce. De stappen in de selectie worden hieronder nader beschreven.

#### Stap 1: Landelijke inventarisatie

Allereerst is een landelijke inventarisatieronde uitgevoerd. Hierin werd inzichtelijk gemaakt hoe alle tien regionale taskforces EPA waren opgezet en welke werkwijzen en interventies werden uitgevoerd. Deze informatie werd verzameld met behulp van drie methoden:

- a) Het uitzetten van een *online enquête* met daarin vragen over de inrichting en opzet van de taskforce en een inventarisatie van visies, ideeën, voorbeelden, interventies en werkwijzen. Deze enquête werd ingevuld door voorzitters, projectleiders en/of ondersteuners van de taskforces.
- b) Het bestuderen van *werkdocumenten* over de taskforce. Deze werden toegezonden door de betreffende voorzitter of projectleider en indien van toepassing aangevuld met werkdocumenten die door de onderzoekers als aanvullend werden aangemerkt.
- c) Het uitvoeren van aanvullende en verdiepende *interviews* met projectleiders, voorzitters of ondersteuners van de taskforce.

De bevindingen uit de online enquête en werkdocumenten werden samengevoegd in een *inhoudelijke synthese* die als voorbereidend document voor de interviews werd gebruikt.

Uit bovenstaande informatiebronnen zijn alle voorbeelden van een visie, idee, wens of ontwikkeling geselecteerd. Daarbij werd de volgende vraag gehanteerd: *Draagt het voorbeeld bij aan de verbetering van ambulante zorg voor mensen met EPA binnen het verzorgingsgebied?* Alle voorbeelden die hieraan voldeden kwamen terecht op de longlist.

#### Stap 2: Indelen voorbeelden uit longlist in inhoudelijke en randvoorwaardelijke subthema's

Omdat taskforces zowel op organisatorisch als zorginhoudelijk vlak tot verbeteringen voor de ambulante zorg kunnen leiden, en de opgehaalde voorbeelden inderdaad zowel zorginhoudelijke als organisatorische voorbeelden bevatten, werd een indeling gemaakt op randvoorwaardelijke- (wat is er nodig op organisatorisch vlak om een taskforce op te starten?) en inhoudelijke voorbeelden (hoe kan een taskforce op zorginhoudelijk vlak worden ingericht en welke zorg en begeleiding kan worden geboden?).

De randvoorwaardelijke subthema's werden vervolgens ingedeeld in de drie subthema's *visie en organisatieontwikkeling*, *competenties professionals*, en *bekostiging*; en drie inhoudelijke subthema's, te weten *persoonlijk herstel*, *GGZ behandeling en begeleiding* en *maatschappelijke participatie*.

#### Stap 3 en 4: Het opstellen van een shortlist en selectie van randvoorwaardelijke practices

Hoewel algemene visies, ideeën en wensen waardevol zijn, zijn ze te weinig uitgewerkt om als concreet voorbeeld van een goede praktijk (een 'practice') te dienen. Om daarover te kunnen spreken moet een voorbeeld minimaal voldoende uitgewerkt zijn (concreetheid) en een duidelijke focus (specificiteit) hebben op een bepaald doel. Daarom werden alle voorbeelden uit de longlist die onvoldoende specifiek en uitgewerkt waren verwijderd, en werden de overgebleven voorbeelden vanaf dit punt aangemerkt als 'practice'. Uit deze shortlist van concrete en specifieke practices werden vervolgens de randvoorwaardelijke practices geselecteerd om een implementatieplan te maken met de organisatorische en procesmatige stappen om een taskforce op te zetten. Dit implementatieplan heeft vorm gekregen in een routekaart met keuzehulp.

#### Stap 5: het toetsen van de inhoudelijke practices uit de shortlist aan de generieke module EPA

Binnen dit onderzoek was geen ruimte om practices op effectiviteit te onderzoeken. Om toch te waarborgen dat de practices bijdragen aan goede zorg, is bekeken of de doelstellingen en rationale van de verzamelde inhoudelijke practices uit de shortlist voorkwamen in [de generieke module EPA](#). Deze module benoemt de zorg, ondersteuning en begeleiding voor de EPA doelgroep die volgens wetenschappelijke, ervarings- en praktijkkennis tot gewenste resultaten leidt. Deze kwaliteitsstandaard is opgesteld en geautoriseerd binnen het brede Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (per 1 januari opgegaan in Akwa). Alle inhoudelijke practices waarvan de doelstelling en/of rationale niet voorkwamen in de generieke module EPA werden in dit selectiemoment verwijderd. De overgebleven practices worden beschouwd als potentiële best practices.

#### Stap 6: toetsing van de praktische relevantie van de potentiële inhoudelijke best practices

In deze stap werden de practices getoetst op praktische relevantie, aan de hand van door professionals en cliënten aangegeven thema's en elementen van goede zorg. Hiertoe werden parallel aan de selectieprocedure twee focusgroep-bijeenkomsten georganiseerd (één met cliënten en één met professionals). Hierin werd de vraag gesteld: *wat is voor jullie goede zorg?* De focusgroepen



werden gevolgd door het uitvoeren van een conjunct-analyse. Meer informatie over de uitkomsten en procedure van deze focusgroepen en de conjunct-analyse wordt onder het kopje 'toets praktische relevantie' gegeven.

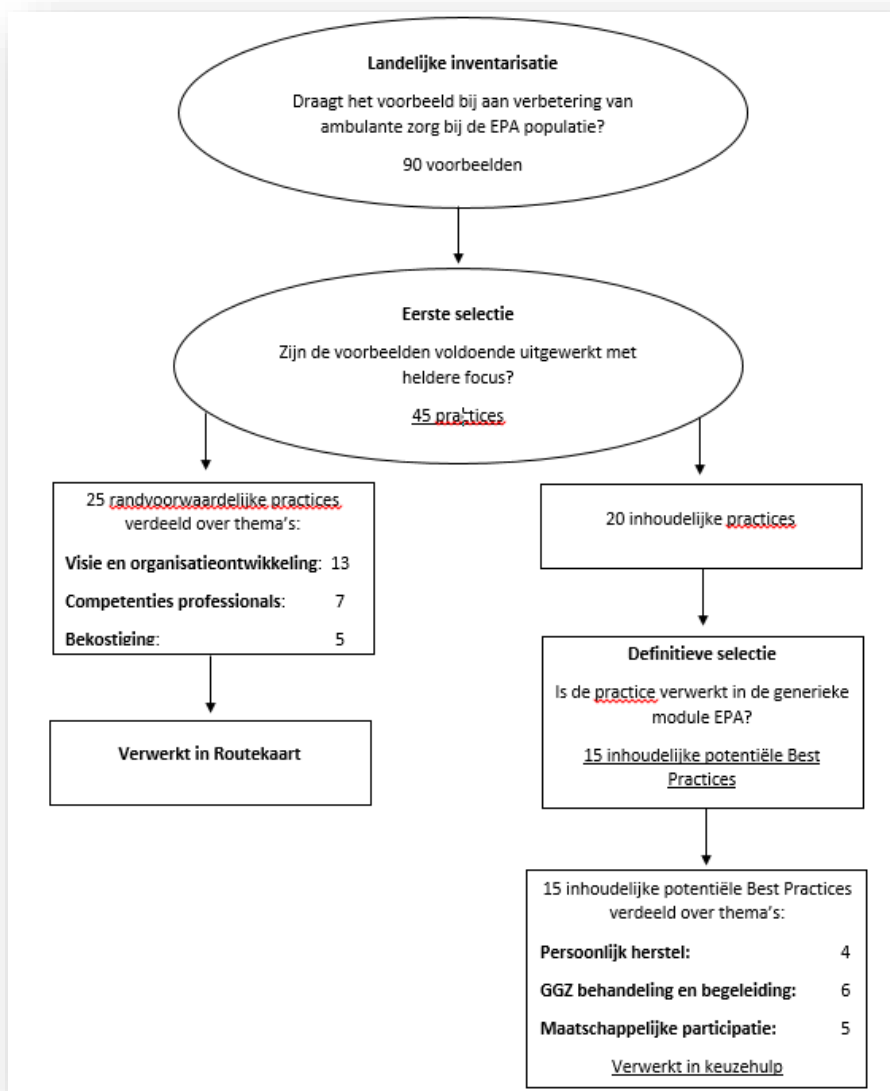
De potentiële best practices kregen een extra aanprijzing wanneer deze aansloot bij wat door de cliënt of professional werd aangeduid als goede zorg, met één, twee of drie sterren. Wanneer de practice aansloot op een thema of element dat uit de focusgroepen door de cliënt of professional naar voren kwam als goede zorg, kreeg de potentiële best practice één ster, als dit het geval was voor thema's of elementen die *zowel* door cliënten *als* professionals werden aangedragen als goede zorg, kreeg de potentiële best practice twee sterren en wanneer de practice aansloot op thema's of elementen zowel uit de focusgroepen als uit de conjunct-analyse, dan kreeg de potentiële best practice drie sterren.

#### Stap 7. Toetsing randvoorwaardelijke practices en zorginhoudelijke best practices aan direct betrokkenen

Tijdens een werkconferentie is de selectie gepresenteerd en ter toetsing en aanvulling voorgelegd aan de direct betrokkenen uit de tien taskforces EPA (verslag in bijlage 2). Ook zijn er veel ervaringen uitgewisseld en is met aanwezigen nagedacht over de gewenste ontwikkelingen voor de toekomst.

## 2.2 Uitkomsten van de selectie

De hierboven beschreven selectieprocedure is weergegeven in een flowchart (figuur 1). Te zien is dat uit de longlist op basis van de landelijke inventarisatie (stap 1 en 2 in de selectie), 90 voorbeelden konden worden geselecteerd. Na selectie op basis van concreetheid en specificiteit (stap 3) kon een shortlist van 45 practices worden geselecteerd. Uit deze shortlist werden 25 randvoorwaardelijke practices geselecteerd (stap 4) die opgenomen werden in de routekaart. De 20 overgebleven zorginhoudelijke practices werden getoetst aan de generieke module EPA (stap 5) waardoor uiteindelijk 15 potentiële inhoudelijke best practices overbleven die meegenomen konden worden bij de keuzehulp. Deze 15 potentiële zorginhoudelijke best practices kregen een extra aanprijzing op basis van toetsing van de praktische relevantie (stap 6). De geselecteerde practices werden tot slot tijdens de werkconferentie gepresenteerd waarna laatste aanvullingen werden gegeven door de direct betrokkenen (stap 7).



Figuur 1. Flowchart selectie practices routekaart en keuzehulp

### 2.3 Toets op praktische relevantie

Zoals in stap 6 aangegeven, werden parallel aan de selectie van de potentiële best practices twee focusgroep bijeenkomsten (verslagen in bijlage 1) georganiseerd (één met cliënten en één met professionals) waarin hen de vraag gesteld werd: *wat is voor jullie goede zorg?* De deelnemers werden aan de hand van verschillende werkvormen gevraagd elementen van goede zorg te definiëren, te inventariseren en te prioriteren.

Bij de focusgroep met de cliënten resulteerde dit in zes thema's, waarbij elk thema kon worden onderverdeeld in drie elementen waar de zorg aan zou moeten voldoen (zie resultaten Box 1).

### Box 1. Overzicht thema's en elementen focusgroep en conjunct-analyse cliënten\*

Thema 1. Samenwerking tussen de verschillende organisaties.

- 1.1: Kennis bij de behandelaar over het beschikbare aanbod van alle verschillende zorginstellingen in de regio**
- 1.2: Snel en flexibel terecht kunnen voor aanvullende zorg bij andere zorginstellingen indien nodig.
- 1.3: Minder bureaucratie en regels tussen zorginstellingen en de gemeente (Wmo)

Thema 2. Basisvoorwaarden in de relatie met de behandelaar.

- 2.1: Gelijkwaardigheid in de relatie met behandelaars
- 2.2: Goede match/ klik met de behandelaar en cliënt en de keuze voor behandelaar
- 2.3: Veiligheid en vertrouwen tussen cliënt en behandelaar

Thema 3. Communicatie.

- 3.1: Openheid en transparantie over de afspraken die zijn gemaakt tussen behandelaren (niet over cliënten, maar met cliënten)
- 3.2 Duidelijke voorlichting over de behandeling en wat je mag verwachten
- 3.3 Goed luisteren naar de cliënt**

Thema 4. Bereik- en beschikbaarheid van zorg.

- 4.1: Tijd en aandacht van behandelaar
- 4.2: Een duidelijk aanspreekpunt dag en nacht
- 4.3: Tijdige zorg, bv. geen lange wachtlijsten**

Thema 5. Zie de persoon.

- 5.1: Het eigen verhaal van de cliënt centraal
- 5.2: Persoonsgerichte behandeling, niet een standaard aanbod afdraaien**
- 5.3: Eigen regie en keuze van de cliënt

Thema 6. Deskundigheid.

- 6.1: Goed geschoolde en deskundige behandelaar**
- 6.2: Inzet van meer en goed passende diagnostiek
- 6.3: Inzet van ervaringsdeskundigheid

\* De vetgedrukte elementen kwamen uit de conjunct-analyse als top-5 elementen van goede zorg

Bij de focusgroep met de professionals resulteerde dit in acht thema's, waarbij elk thema kon worden onderverdeeld in twee tot drie elementen waar de zorg aan zou moeten voldoen (zie Box 2 op de volgende pagina voor de resultaten).

De thema's uit de focusgroepen werden vervolgens nog eens geprioriteerd aan de hand van een conjunct-analyse. Een conjunct-analyse is een analyse die het belang van zorgeigenschappen vaststelt. Het belang van deze zorgeigenschappen werd vastgesteld door middel van een voor de cliënt en professional apart samengestelde vragenlijst (ook wel zorgpakket genoemd) die werd beoordeeld op kwaliteit. In deze vragenlijst werden verschillende combinaties van elementen (ook wel zorgpakketten genoemd) uit de door de cliënt en professionals gedefinieerde thema's in de focusgroepen aangeboden. Deze zorgpakketten werden door de cliënt en professionals beoordeeld op kwaliteit van zorg met behulp van een score van 1 tot 10. Het combineren van deze scores volgens de conjunct-analyse methodiek resulteert in een cijfermatige prioritering van elk element. Binnen dit onderzoek is gekozen om voor zowel de professionals als de cliënten een top 5 van deze elementen samen te stellen. Deze elementen zijn vetgedrukt terug te vinden in tekst boxen 1 en 2.

## Box 2. Overzicht thema's en elementen focusgroep en conjunct-analyse professionals\*

### Thema 1. Middelen.

- 1.1: Ruimte binnen de financiële kaders om passende zorg te kunnen bieden
- 1.2: Genoeg capaciteit voor opname indien nodig**
- 1.3: Genoeg faciliteiten, bv. ruimtes, computers, ICT.

### Thema 2. Systeem belemmeringen.

- 2.1: Regeldruk verminderen, minder formulieren en administratie
- 2.2: Niet krampachtig vasthouden aan de regels
- 2.3: Minder productiedruk en meer tijd beschikbaar voor bv. intervisie en casuïstiekbespreking

### Thema 3. Persoonlijk herstel.

- 3.1: Zorg die aansluit bij de wens en keuzes van de cliënt**
- 3.2: Meer ruimte voor de mens, minder op de diagnose
- 3.3: Betrekken van naasten bij de behandeling

### Thema 4. Maatschappelijk herstel.

- 4.1: Stigma bestrijden, bv. kwartiermaken in de wijk en omgeving van cliënten**
- 4.2: Meer ondersteuning bij het vinden van werk, bv. IPS
- 4.3: Meer ondersteuning bij opbouwen van sociale contacten (eenzaamheid bestrijden)

### Thema 5. Kwaliteit en deskundigheid.

- 5.1: Inzet ervaringsdeskundigheid**
- 5.2: Aanwezigheid van kennis over state of the art zorg
- 5.3: Tijd voor professionele ontwikkeling en opleiding

### Thema 6. Innovatie.

- 6.1: Tijd voor innovatie en het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen
- 6.2: Creativiteit benutten

### Thema 7. Bejegening en houding.

- 7.1: Gelijkwaardigheid, verminderde hiërarchie tussen cliënt en hulpverlener
- 7.2: Goed luisteren en de tijd nemen (presentie)
- 7.3: Nabij en bereikbaar zijn

### Thema 8. Samenwerking in- en extern

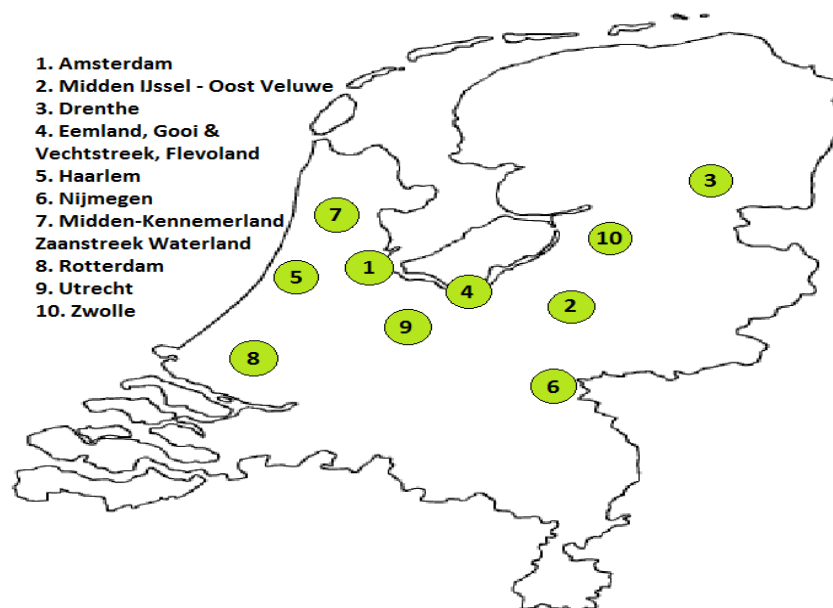
- 8.1: Korte lijnen en elkaar weten te vinden**
- 8.2: Goede organisatorische afspraken tussen betrokken instanties (incl. gemeente)
- 8.3: Over en weer elkaars expertise op waarde schatten en inzetten indien nodig

\* De vetgedrukte elementen kwamen uit de conjunct-analyse als top-5 elementen van goede zorg

## 3 Resultaten

### 3.1 Overzicht taskforces

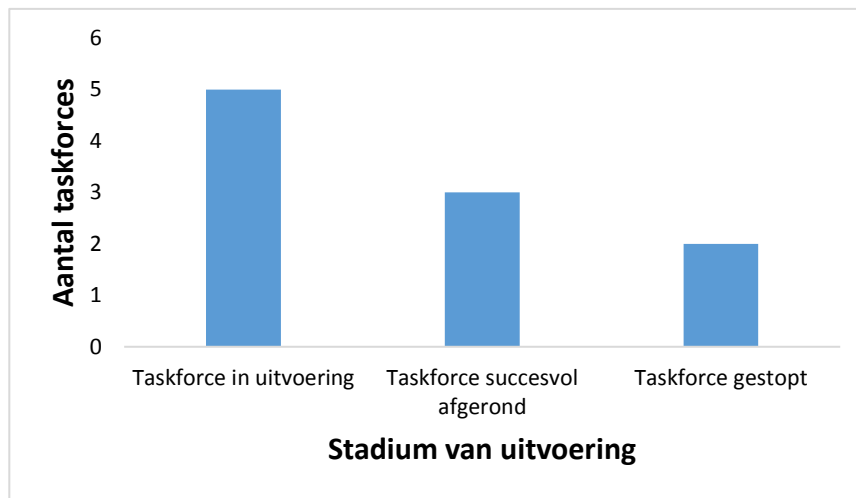
In totaal zijn er in tien verzorgingsgebieden in Nederland taskforces opgezet. Deze taskforces waren verspreid over een groot geografisch gebied in Nederland, voornamelijk in de middenstrook. In onderstaande figuur is een overzicht te vinden van de locaties van de tien bestaande taskforces gedurende de looptijd van dit project (2018).



*Figuur 2.* Overzicht verzorgingsgebieden taskforces EPA

Bij deze tien taskforces is via een online enquête, het bestuderen van werkdokument en een interview met contactpersonen van de taskforces (zie 'Werkwijze' voor een uitgebreide beschrijving) informatie verzameld over onder andere de samenstelling van de taskforces, de doelgroep, activiteiten en het stadium van uitvoering.

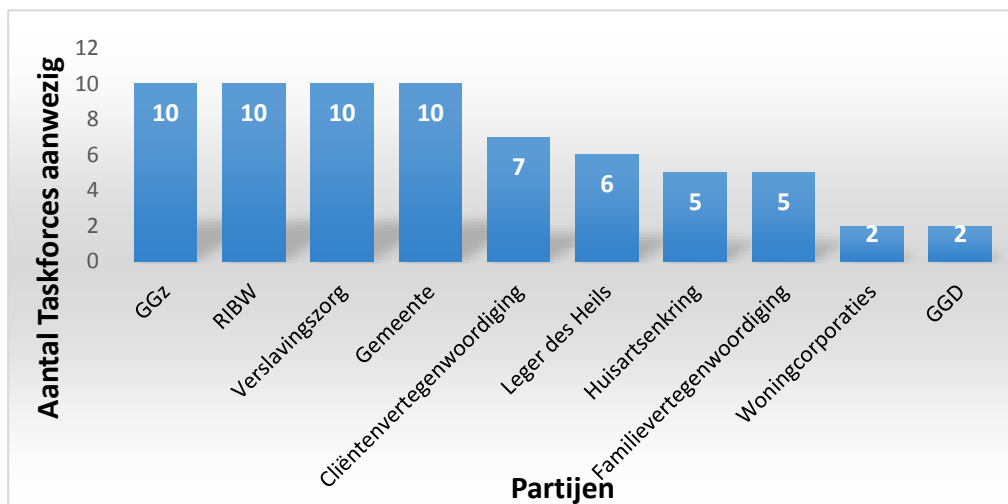
Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat vijf taskforces nog midden in het proces van uitvoering waren, drie taskforces waren afgerond en hun werkwijze met succes hebben voortgezet en geborgd binnen de organisatie en twee taskforces gedurende het proces waren gestopt vanwege te weinig draagvlak en middelen. Dit overzicht is grafisch weergegeven in figuur 3.



*Figuur 3.* Overzicht stadium van uitvoering taskforces

Bij alle taskforces bestond de doelgroep uit mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die in zorg zijn binnen het verzorgingsgebied van de taskforce. Sommige taskforces hebben zich binnen de EPA doelgroep gericht op specifiekere groepen. Zo hebben drie taskforces zich tevens gericht op ‘zorgmijders’, vijf op cliënten met verward en/of overlastgevend gedrag, twee taskforces op jongvolwassenen, drie taskforces op ouderen, twee taskforces op cliënten met comorbide verslaving, vier taskforces op comorbide licht verstandelijke beperking, twee taskforces op cliënten in een beschermde woonomgeving en twee taskforces op cliënten met internaliserende, stille problematiek.

Bij de taskforces zijn een variëteit aan partijen betrokken. Bij alle taskforces waren GGz instellingen, RIBW’s, de verslavingszorg en de gemeente betrokken. Ook was een cliëntenvertegenwoordiging, het eger des Heils, de huisartsenkring, familievertegenwoordiging, woningcorporaties en de GGD betrokken bij een aantal taskforces. De verdeling in aantallen zijn terug te vinden in figuur 4.



Figuur 4. Overzicht betrokken partijen bij de taskforces

De primaire activiteiten waar de taskforces zich mee bezig hebben gehouden liepen sterk uiteen:

- Drie taskforces waren primair gericht op het formuleren van een gezamenlijke visie op de zorg voor cliënten.
- Twee andere taskforces hebben regisseursbijeenkomsten op organisatieniveau opgezet om inspanningen onderling te verdelen en beter af te stemmen.
- Bij drie taskforces bestond de primaire activiteit uit het organiseren van multidisciplinaire casuïstiekoverleggen op cliëntniveau.
- Twee taskforces hebben gezamenlijke teams opgezet die integrale zorg boden aan cliënten met EPA.

### 3.2 Keuzehulp: Overzicht van potentiële inhoudelijke Best Practices

Uit het laatste selectiemoment op basis van de generieke module EPA (zie werkwijze, stap 5) kwamen vijftien potentiële zorginhoudelijke best practices naar voren. Deze potentiële best practices zijn ingedeeld in de categorieën *Persoonlijk herstel* (4 practices), *GGZ behandeling en begeleiding* (6 practices) en *Maatschappelijke participatie* (5 practices). Vervolgens zijn ze getoetst op praktische relevantie aan de hand van de thema's voor en elementen van goede zorg uit de focusgroepen en de top 5 uit de conjunct-analyses. Een overzicht van de potentiële best practices en de prioritering op basis van de focusgroepen en conjunct-analyses zijn te zien in tabel 1. Deze prioritering uit de focusgroepen en conjunct-analyse zorgde voor een extra aanprijzing van de potentiële inhoudelijke best practice. Details over hoe deze aanprijzing tot stand kwam is terug te vinden in de legenda onder tabel 1.

Tabel 1. Overzicht potentiële inhoudelijke Best Practices

<i>Inhoud potentiële Best Practice</i>	<i>Prioritering*</i>	<i>Element van goede zorg volgens</i>
<b>Persoonlijk herstel</b>		
Inzet van ervaringsdeskundigen en cliënten	☆☆☆	Cliënt en professional
Inzet van zelfhulp: HEE groepen of WRAP	☆	Cliënt
Buurtcirkels	☆	Cliënt
Een eigen locatie, zoals een Herstelacademie, om de eigenstandige rol van de cliënt te versterken	0	niet naar voren uit focusgroep
<b>GGZ behandeling en begeleiding</b>		
Samenwerking met specialistische poli's vanaf de intake om state of the art zorg toegankelijk te maken	☆☆☆	Cliënt en professional
Een 24/7 bereikbaar aanspreekpunt in de wijk voor crisissituaties waar alle dienstverlening is aangesloten	☆☆	Cliënt en professional
Samenwerking en 100% informatie-uitwisseling met de huisarts	☆☆☆	Cliënt en professional
Herhaalde diagnostiek en herevaluatie behandeling	☆	Cliënt
HIC voor opname, waarbij de ambulante zorg regie houdt	☆☆☆	Professional
Familie coaching door ervaringsdeskundigen	☆	Professional
<b>Maatschappelijke participatie</b>		
Sociale inclusie in wijken vergroten (bijv. Festival der mooie dingen)	☆☆☆	Cliënt en professional
Begeleiding bij het vinden en behouden van werk (o.a. via IPS)	☆	Professional
Laagdrempelig wijksprekuren met alle organisaties	☆	Professional
Getrainde metgezel die ondersteunt en mee gaat bij praktische zaken	0	niet naar voren uit focusgroep
Samenwerking met woningbouwcorporaties om woningen te realiseren (evt. met garantie van ondersteuning en proeftijd)	0	niet naar voren uit focusgroep

\* ☆ = bevat thema/element voor goede zorg uit focusgroep bij de cliënt óf professional; ☆☆ = bevat thema/element voor goede zorg uit focusgroep bij de cliënt én professional; ☆☆☆ = bevat thema/element voor goede zorg uit de focusgroep bij de cliënt óf professional én kwam naar voren in top 5 conjunct analyse bij de cliënt of professional

Op het gebied van **persoonlijk herstel** kwamen drie potentiële zorginhoudelijke best practices (te weten *Inzet van ervaringsdeskundigheid*, *Zelfhulp* en *Buurtcirkels*) overeen met de thema's of elementen van 'goede zorg' volgens de cliënt en/of professional. De potentiële best practices *Zelfhulp* en *Buurtcirkels* sloten aan bij de elementen van goede zorg volgens de cliënt terwijl de potentiële best practice *Inzet van ervaringsdeskundigheid* aansloot bij goede zorg volgens de cliënt en professional en daarnaast ook aansloot bij een top-5 uit de conjunct-analyse.

Op het gebied van **GGZ behandeling en begeleiding** sloten alle zes potentiële best practices aan bij de thema's en elementen van goede zorg volgens de cliënt en/of professional. De potentiële best practice *Herhaalde diagnostiek en herevaluatie van behandeling* kwam hierbij alleen overeen met de elementen van goede zorg volgens de cliënt. De potentiële best practices *HIC voor opname, waarbij de ambulante zorg regie houdt* en *Familie coaching door ervaringsdeskundigen* kwamen beide overeen met elementen van goede zorg volgens de professional, waarbij eerstgenoemde ook aansloot bij een top-5 uit de conjunct-analyse. In publieksversie van de routekaart is de best practice 'HIC voor opname', verbreed naar 'Mogelijkheden om de zorg op te schalen' en worden zowel High Intensive Care (HIC) als Intensive Home Treatment (IHT) genoemd. De potentiële best practices *Samenwerking met specialistische poli's vanaf de intake om state of the art zorg toegankelijk te maken*, *Samenwerking en 100% informatie-uitwisseling met de huisarts* en *Een 24/7 bereikbaar aanspreekpunt in de wijk voor crisissituaties waar alle dienstverlening is aangesloten* kwamen overeen met elementen van goede zorg volgens zowel de cliënt als de professional. De eerste twee genoemde potentiële best practices kwamen tevens overeen met een top-5 uit de conjunct-analyse.



Op het gebied van **maatschappelijke participatie** kwamen drie potentiële inhoudelijke best practices (te weten *Sociale inclusie in wijken vergroten*, *Begeleiding bij het vinden en behouden van werk* en *Laagdrempelig wijkspreekuur*) overeen met elementen van 'goede zorg' volgens de cliënt en/of professional. De potentiële best practices *Begeleiding bij het vinden en behouden van werk* en *Laagdrempelig wijkspreekuur* kwamen beide overeen met elementen van goede zorg volgens de professional. De potentiële best practice *Sociale inclusie in wijken vergroten* kwam overeen met elementen van goede zorg volgens zowel de cliënt als de professional. Deze potentiële best practices kwam tevens overeen met een top-5 uit de conjunct-analyse.

Bovengenoemde vijftien potentiële zorginhoudelijke best practices worden verder toegelicht in stap 4 van de routekaart 'de keuzehulp Best Practices'. In deze keuzehulp worden deze potentiële best practices met behulp van literatuur en voorbeelden uit de taskforces uitgewerkt. De uitwerking van de keuzehulp is hier ([hyperlink naar de site waar de routekaart met keuzehulp te vinden is](#)) te vinden.

### 3.3 Routekaart met randvoorwaardelijke practices

Naast potentiële zorginhoudelijke best practices kwamen uit onze selectie ook randvoorwaardelijke practices naar voren die als landelijke lessen kunnen dienen voor het opzetten van een taskforce. Op basis van deze informatie is een implementatieplan of 'Routekaart met keuzehulp' ([hyperlink naar de site waar de routekaart met keuzehulp te vinden is](#)) met aanbevelingen voor het opzetten van een taskforce gemaakt. De Routekaart bevat vijf stappen:

**Stap 1: Opstart.** Bij de opstart van een taskforce is het van belang een heldere en eenduidige projectstructuur op te zetten. Binnen een aantal taskforces werd daarom ook gewerkt met een onafhankelijk voorzitter en/of een stuurgroep, die organisatorisch de grote lijnen uitzet. Soms waren er ook werkgroepen die zich op bepaalde thema's richtten. Daarnaast is het van belang het cliënten- en naastenperspectief te betrekken in de projectstructuur. Naast een heldere projectstructuur dient een taskforce ook duidelijke doelen te formuleren. Het hoofddoel (verbetering van ambulante zorg bij mensen met EPA) kan opgedeeld worden in concrete subdoelen waarbinnen praktische verbetervoorstellen worden voorgesteld. Op deze manier kan efficiënt aan de verbetering van de zorg worden gewerkt.

**Stap 2: In kaart brengen van de behoeften en het bestaande aanbod.** Om deze stap goed te doorlopen is het allereerst van belang om behoeftepeilingen onder cliënten<sup>12</sup> te organiseren. Een goed voorbeeld van zo'n behoeftepeiling is terug te vinden in het *Optimaal Leven* programma van de Taskforce EPA Drenthe. Zij hebben dialoogsessies georganiseerd waarbij ze tijdens lunchbijeenkomsten met meer dan 40 cliënten hebben gesproken over hoe ze de zorg hebben ervaren. Naast behoeftepeilingen is het ook van belang het bestaande aanbod in kaart te brengen en te verbinden aan speerpunten<sup>1</sup>. Dit kan bereikt worden door te inventariseren wat er al is in de zorg en door vignettenstudies op te zetten waarbij de doelgroep en de zorgconsumptie in kaart worden gebracht. Omdat de EPA zorg zelden alleen betrekking heeft op zorg en behandeling in de GGz moeten ook stakeholders (zoals huisartsen, sociale wijkteams en het UWV) worden betrokken<sup>1</sup>. Daarnaast is het altijd raadzaam om gedurende het proces ervaringen uit te wisselen met andere taskforces. Hierdoor kan men van elkaar leren en inspiratie opdoen om de visie zo nodig aan te scherpen. Tot slot is het van essentieel belang om een gezamenlijke visie en taakopvatting te ontwikkelen bij de verschillende deelnemende partijen<sup>1</sup>. De twee taskforces die vroegtijdig zijn gestopt hadden als hoofdreden dat de verschillende partijen niet tot een gedeelde visie kwamen. In

een vroegtijdig stadium is het daarom van belang bij de verschillende partijen een gezamenlijk doel op te stellen en scherp te krijgen welke rol een ieder hierin speelt.

**Stap 3: Inrichting taskforce.** Afhankelijk van de setting kan ervoor gekozen worden om teams volledig te integreren of om als aparte organisaties samen te werken en op regelmatige basis samen te komen. Maak op basis van de structuur en inrichting van de verschillende organisaties daarom van te voren een goede keuze hoe de verschillende organisaties onderling moeten gaan integreren. Vanuit de taskforces zijn er verschillende voorbeelden van hoe de teams geïntegreerd zijn. Dit is in meer detail terug te vinden in de routekaart. Daar waar tussen organisaties wordt samengewerkt, zal ook informatie-uitwisseling over en met de cliënten nodig zijn. Hierover moeten gedegen afspraken worden gemaakt en randvoorwaarden voor informatie uitwisseling worden gecreëerd<sup>2</sup> om dit op een verantwoorde manier te doen. Een voorbeeld voor adequate informatie uitwisseling is PsyNet, waarbij de cliënt zelf de regie heeft wie in kijkt heeft in zijn of haar dossier. Naast randvoorwaarden voor informatie uitwisseling zijn ook randvoorwaarden voor de bekostiging belangrijk om te bespreken. Door de uiteenlopende financiële kaders goed op elkaar af te laten stemmen kan de cliënt namelijk toegankelijke zorg krijgen. Nieuwe samenwerkingsverbanden tussen de organisaties in de taskforce rondom de zorg leiden ook tot beleidsveranderingen. Hierdoor moeten er passende keuzes op beleidsniveau<sup>1</sup> worden gemaakt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan omscholing van de hulpverleners om de cliënten op een juiste manier optimaal te begeleiden.

**Stap 4: Trainingscurriculum.** Wanneer de taskforce adequaat is ingericht kan een trainingscurriculum de organisatie helpen voor te bereiden op de organisatorische en inhoudelijke veranderingen die plaats gaan vinden door toedoen van de taskforce. Allereerst moet een adequaat competentieprofiel voor de professional<sup>2</sup> worden vastgelegd waarin beschreven staat welke bestaande competenties nieuwe accenten krijgen en welke nieuwe competenties moeten worden gecreëerd. Deze nieuwe competenties kunnen worden ontwikkeld met behulp van training en scholing van de professional<sup>1</sup>. Voorbeelden van dit soort trainingen zijn de trainingen ‘GGZ expertise in het Sociaal Domein’ en ‘Vroegsignalering voor vrijwilligers en beroepskrachten in het sociale domein’. Voorbeelden van werkvormen zijn het 4 Domeinenmodel en de MoVIT. Deze trainingen en werkvormen staan meer gedetailleerd uitgelegd in de routekaart.

**Stap 5: Evaluatie.** Om als organisatie te ontwikkelen en stappen te maken is reflectie en evaluatie van de voorzieningen, methoden en beleidsontwikkelingen nodig. Om dit in goede banen te leiden dient de doelformulering, zoals beschreven in de opstart bij stap 1, helder te worden beschreven. Ook kunnen verbeteringen bij de cliënt meetbaar worden gemaakt door het gebruiken met gegevens uit Routine Outcome Monitoring (ROM). De cliënt kan daarnaast de verbeteringen in de eigen organisatie keuren en bevindingen daarover terugkoppelen aan de organisatie met behulp van de PAja! Methode<sup>2</sup>. Op deze manier kan de zorg binnen de organisatie worden verbeterd. Op het gebied van familieparticipatie kan een team met de Quickscan GGZ Werken met familie tot slot ook nagaan wat er al goed gaat, wat beter kan en hoe ze dat kunnen bereiken.

---

<sup>1</sup> Tevens als element van goede zorg genoemd in de focusgroep met professionals

<sup>2</sup> Tevens als element van goede zorg genoemd in de focusgroepen met professionals en cliënten

## 4 Conclusies en aanbevelingen voor de toekomst

In de tien regio's waar tot nu toe een taskforce EPA is opgericht, is veel werk verzet. Goede zorg bieden over schotten van individuele organisaties, sectoren en wettelijke kaders heen is niet eenvoudig. Het vraagt visie, daadkracht en vasthoudendheid van de bestuurders. Het vraagt ook om durf, toewijding en creativiteit bij de betrokken professionals op de werkvloer, die als pioniers te werk gaan.

In dit onderzoek zijn 15 zorginhoudelijke potentiële best practices (onderzoeksvraag 1a) en 25 randvoorwaardelijke practices (onderzoeksvraag 1b) uit de taskforces EPA geselecteerd. Omdat geïdentificeerde best practices nog in een fase van ontwikkeling zijn en veelal nog niet op effectiviteit zijn onderzocht, is er voor gekozen om de term *potentiële* Best Practice te hanteren.

Om de resultaten van dit project te verspreiden en implementeren (onderzoeksvraag 2), is een implementatieplan, bestaande uit een routekaart en keuzehulp opgesteld. Dit eindrapport kan gezien worden als een verantwoording en onderbouwing voor de routekaart met keuzehulp.

In de routekaart met keuzehulp zijn 29 aanbevelingen voor het opzetten en inrichten van een regionaal samenwerkingsverband uitgewerkt en voorzien van voorbeelden. Deze aanbevelingen zijn gericht op betrokkenen van alle bestaande en nieuwe taskforces om te gebruiken bij het opstarten of (verder) inrichten van een taskforce of andere vorm van regionale samenwerking. Dit eindrapport kan gezien worden als een verantwoording en onderbouwing voor de samenstelling van de Routekaart met keuzehulp.

Een beperking van het onderzoek was dat het naastenperspectief niet middels een aparte focusgroep is meegenomen in de toetsing van de praktische relevantie. Naast het cliënten- en professional perspectief is ook het naastenperspectief van essentieel belang voor goede zorg bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

Als specifieke aanbevelingen voor de toekomst op landelijk niveau zijn uit dit project de volgende zaken naar voren gekomen:

- 1) Een landelijk leernetwerk voor de regionale taskforces, waar men kennis bundelt, deelt en samen ontwikkelt. Een deel van de taskforces zijn al aangesloten bij en geïntegreerd met het actieplatform Herstel voor Iedereen. Een dergelijk initiatief zou integrale samenwerking verder kunnen verrijken. Op de incidenteel georganiseerde landelijke bijeenkomsten werd het uitwisselen van ervaringen en kennis als waardevol ervaren.
- 2) Een duidelijke rol voor en stevige vertegenwoordiging van het cliëntperspectief in het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van de taskforces EPA. Ervaringsdeskundigen worden vaak betrokken bij het opzetten van taskforces, maar in de praktijk en evaluatie ontbreekt het cliëntperspectief vaak. Organiseer casuïstiek overleggen met de cliënt en naasten erbij aanwezig, praat niet over maar met mensen. En bevraag niet één of twee ervaringsdeskundigen, maar ook een representatieve afspiegeling van cliënten in de evaluatie.

## Bijlage 1: Verslagen focusgroepen cliënten en professionals

### Verslag focusgroep cliëntvertegenwoordigers Taskforce EPA

Op woensdag 30 mei 2018 werd bij Enik in Utrecht Overvecht een focusgroep georganiseerd door Kenniscentrum Phrenos in het kader het project Taskforces EPA. Hiervoor werden cliëntvertegenwoordigers uitgenodigd die ervaring hebben met zorg omtrent ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Zeventien deelnemers vanuit 4 verschillende regio's (Amsterdam, Utrecht, Nijmegen en Arnhem) met een goede geografische spreiding namen deel. De centrale vraag van de middag was: wat is voor u goede zorg? Deelnemers konden daarvoor putten uit hun eigen ervaring over elementen van zorg die belangrijk waren geweest, maar ook evt. zaken die gemist werden in de huidige praktijk.

#### *Inloop/kennismaking*

Tijdens de inloop werd aan de deelnemers gevraagd om in drietallen kennis te maken. Ze kregen de instructies met elkaar te delen wat de belangrijkste reden was om naar deze middag te komen, wat ze kunnen bijdragen over dit onderwerp en wanneer ze de bijeenkomst geslaagd vonden. Op die manier deelden ze hun verwachtingen van de middag met elkaar.

#### *De stelling*

Na de kennismaking werd er een stelling gepresenteerd (goede zorg is vooral goede samenwerking) en konden de deelnemers aangeven in hoeverre ze het hiermee eens waren of niet. Alle deelnemers waren het eens met deze stelling, maar bij het bespreken van de argumenten kwamen zowel argumenten voor als tegen de stelling naar boven. Een voorbeeld van een argument voor de stelling was dat je als cliënt meer invloed hebt als er goed samengewerkt wordt tussen behandelaar en cliënt. Als argument tegen werd bijvoorbeeld genoemd dat samenwerking tot regels en bureaucratie leidt en dit een ongewenst effect is.

#### *Het proces*

Na het bespreken van de stelling, werd allereerst aan de deelnemers gevraagd om individueel zoveel mogelijk elementen van goede zorg te bedenken en op verschillende post-its te schrijven. Daarna hebben de deelnemers in groepjes deze post-its ingedeeld in categorieën door ze op een flip te plakken. Vervolgens hebben ze deze categorieën een naam gegeven en geprioriteerd van belangrijk naar minder belangrijk. Uit deze categorisering zijn de volgende thema's met sub-thema's gekomen.

#### *Evaluatie*

Aan het einde van de middag vond een korte evaluatie van de bijeenkomst plaats. De deelnemers hadden de bijeenkomst positief ervaren. Er werd aangegeven dat ze het gevoel hadden gehad informatie te kunnen delen en te kunnen leren van elkaars perspectieven. Bovendien kwam naar voren dat het prettig zou zijn als er vaker zulke bijeenkomsten georganiseerd zouden worden, mede omdat dit ook ruimte geeft tot evaluatie om te kijken wat er verbeterd is in de zorg.

Aan de hand van deze resultaten wordt een vragenlijst samengesteld, waarna met een conjunctanalyse een verdere prioritering in de categorieën zal worden aangebracht. Op die manier zal duidelijk worden wat de belangrijkste elementen van goede zorg zijn.

## *Resultaten focusgroep cliënten*

### Thema 1: Samenwerking tussen de verschillende organisaties

- Sub1: Kennis bij de behandelaar over het beschikbare aanbod van alle verschillende zorginstellingen in de regio
- Sub2: Snel en flexibel terecht kunnen voor aanvullende zorg bij andere zorginstellingen indien nodig
- Sub3: Minder bureaucratie en regels tussen zorginstellingen en de gemeente (Wmo)

### Thema 2: Basisvoorwaardes in de relatie met behandelaar

- Sub1: Gelijkwaardigheid in de relatie met behandelaars
- Sub2: Goede match/ klik met de behandelaar en cliënt en de keuze voor behandelaar
- Sub3: Veiligheid en vertrouwen tussen cliënt en behandelaar

### Thema 3: communicatie

- Sub1: Openheid en transparantie over de afspraken die zijn gemaakt tussen behandelaren (niet over cliënten, maar met cliënten)
- Sub2: Duidelijke voorlichting over de behandeling en wat je mag verwachten
- Sub3: Goed luisteren naar de cliënt

### Thema 4: Bereik- en beschikbaarheid van zorg

- Sub1: Tijd en aandacht van behandelaar
- Sub2: Een duidelijk aanspreekpunt dag en nacht
- Sub3: Tijdige zorg, bv. geen lange wachtlijsten

### Thema 5: Zie de persoon

- Sub1: Het eigen verhaal van de cliënt centraal
- Sub2: Persoonsgerichte behandeling, niet een standaard aanbod afdraaien
- Sub3: Eigen regie en keuze van de cliënt

### Thema 6: Deskundigheid

- Sub1: Goed geschoolde en deskundige behandelaar
- Sub2: Inzet van meer en goed passende diagnostiek
- Sub3: Inzet van ervaringsdeskundigheid

## Verslag bijeenkomst professionals Taskforce EPA

Op maandag 28 mei 2018 werd bij Enik in Utrecht Overvecht een bijeenkomst georganiseerd door Kenniscentrum Phrenos in het kader het project Taskforces EPA. Hiervoor werden professionals uitgenodigd die ervaring hebben met zorg omtrent ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Veertien deelnemers vanuit 4 verschillende regio's (Amsterdam, Nijmegen, Utrecht en Amersfoort) met een goede geografische spreiding namen deel. De centrale vraag van de middag was: wat is volgens u goede zorg? Deelnemers konden daarvoor putten uit hun eigen ervaring over elementen van zorg die belangrijk zijn, maar ook evt. zaken die gemist worden in de huidige praktijk.

### *Inloop/kennismaking*

Tijdens de inloop werd aan de deelnemers gevraagd om in tweetallen kennis te maken. Ze kregen de instructies met elkaar te delen wat de belangrijkste reden was om naar deze middag te komen, wat ze konden bijdragen over dit onderwerp en wanneer ze de bijeenkomst geslaagd vonden. Op die manier deelden ze hun verwachtingen van de middag met elkaar.

### *De stelling*

Na de kennismaking werd er een stelling gepresenteerd (goede zorg is vooral goede samenwerking) en konden de deelnemers aangeven in hoeverre ze het hiermee eens waren of niet. De meeste deelnemers waren het eens met deze stelling, maar ook een aantal mensen niet. Een voorbeeld van een argument vóór de stelling was dat als je samenwerkt, er een optelsom van deskundigheden is en niet meerdere keren opnieuw het wiel hoeft uit te vinden. Als argument tegen werd genoemd dat samenwerking niet betekent dat je individueel goed moet functioneren, dus dat goede zorg uit veel meer bestaat dan alleen goede samenwerking.

### *Het proces*

Na het bespreken van de stelling, werd allereerst aan de deelnemers gevraagd om individueel zoveel mogelijk elementen van goede zorg te bedenken en op verschillende post-its te schrijven. Daarna hebben de deelnemers in groepjes deze post-its ingedeeld in categorieën door ze op een flip te plakken. Vervolgens hebben ze deze categorieën een naam gegeven en geprioriteerd van belangrijk naar minder belangrijk. Uit deze categorisering zijn de volgende thema's met sub-thema's gekomen.

### *Evaluatie*

Aan het einde van de middag vond een korte evaluatie van de bijeenkomst plaats. De deelnemers hadden de bijeenkomst grotendeels positief ervaren. Er werd echter wel aangegeven dat er ook een behoefte was om meer ervaringen met elkaar te delen over het werken in de praktijk, omdat het interessant is te horen hoe professionals uit andere regio's werken.

Aan de hand van deze resultaten wordt een vragenlijst samengesteld, waarna met een conjunctanalyse een verdere prioritering in de categorieën zal worden aangebracht. Op die manier zal duidelijk worden wat de belangrijkste elementen van goede zorg zijn.

## Resultaten

### Thema 1: Middelen

- Sub1: Ruimte binnen de financiële kaders om passende zorg te kunnen bieden
- Sub2: Genoeg capaciteit voor opname indien nodig
- Sub3: Genoeg faciliteiten, bv. ruimtes, computers, ICT.

### Thema 2: Systeembelemmeringen

- Sub1: Regeldruk verminderen, minder formulieren en administratie
- Sub2: Niet krampachtig vasthouden aan de regels
- Sub3: Minder productiedruk en meer tijd beschikbaar voor bv. intervisie en casuïstiekbespreking

### Thema 3: Persoonlijk herstel

- Sub1: Zorg die aansluit bij de wens en keuzes van de cliënt
- Sub2: Meer ruimte voor de mens, minder op de diagnose
- Sub3: Betrekken van naasten bij de behandeling

### Thema 4: Maatschappelijk herstel

- Sub1: Stigma bestrijden, bv. kwartiermaken in de wijk en omgeving van cliënten
- Sub2: Meer ondersteuning bij het vinden van werk, bv. IPS
- Sub3: Meer ondersteuning bij opbouwen van sociale contacten (eenzaamheid bestrijden)

### Thema 5: Kwaliteit en deskundigheid

- Sub1: Inzet ervaringsdeskundigheid
- Sub2: Aanwezigheid van kennis over state of the art zorg
- Sub3: Tijd voor professionele ontwikkeling en opleiding

### Thema 6: Innovatie

- Sub1: Tijd voor innovatie en het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen
- Sub2: Creativiteit benutten

### Thema 7: Benadering en houding

- Sub1: Gelijkwaardigheid, verminderde hiërarchie tussen cliënt en hulpverlener
- Sub2: Goed luisteren en de tijd nemen (presentie)
- Sub3: Nabij en bereikbaar zijn

### Thema 8: Samenwerking in- en extern

- Sub1: Korte lijnen en elkaar weten te vinden
- Sub2: Goede organisatorische afspraken tussen betrokken instanties (incl. gemeente)
- Sub3: Over en weer elkaars expertise op waarde schatten en inzetten indien nodig

## Bijlage 2. Verslag werkconferentie september 2018

### Verslag werkconferentie 'Best Practices uit de Taskforces EPA'

Vrijdag 14 september 13.30-17.00, Enik Recovery College Overvecht

Vrijdag 14 september werd de Werkconferentie 'Best Practices uit de Taskforces EPA' gehouden bij Herstelacademie Enik in Utrecht Overvecht. Doel van deze Taskforces is om het regionale aanbod van ambulante zorg voor mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA) te verbeteren door innovatieve samenwerking tussen GGz partijen (ZvW) en gemeenten (WMO) te stimuleren. In dit project, uitgevoerd door Kenniscentrum Phrenos in samenwerking met Zilveren Kruis, worden de lessen en Best Practices landelijk geïnventariseerd. Tijdens deze werkconferentie zijn de bevindingen besproken en aangevuld door de betrokkenen uit de 10 regionale Taskforces. Ook zijn er veel ervaringen uitgewisseld en is met aanwezigen nagedacht over de gewenste ontwikkelingen voor de toekomst.

Na een kennismaking startte het programma met een inleiding door Jaap van Weeghel, Directeur Wetenschap Kenniscentrum Phrenos. Aan de hand van een korte film "Herstellen doe je thuis" schetste Peter van Zuidam vervolgens de visie van het Zilveren Kruis op het belang van goede zorg dichtbij huis. De film is te zien via: <https://youtu.be/LzaZtSofbqk>

Daarna presenteerden Chrisje Couwenbergh en Lars de Winter de tussentijdse resultaten van de landelijke inventarisatie van Best Practices uit de Taskforces EPA. Er werd geschetst wat de eindproducten van het project zullen zijn, hoe informatie is verzameld en de Best Practices zijn geselecteerd, en een kort landelijk overzicht gegeven. Vervolgens werden de geselecteerde Best Practices gepresenteerd verdeeld over zes thema's: persoonlijk herstel, GGz behandeling en begeleiding, maatschappelijke participatie, visie en organisatie ontwikkeling, competenties van professionals en bekostiging. De presentaties kunt u bekijken door [hier](#) te klikken.

Hierna werd aan aanwezigen gevraagd om aan te geven wat zij het meest relevant vonden en wat er nog ontbrak aan de gepresenteerde resultaten. Deze reacties zullen worden gebruikt om de resultaten verder aan te scherpen en aan te vullen. De algemene indruk was dat de geselecteerde Best Practices een goed bruikbaar overzicht gaven van belangrijke kenmerken en activiteiten van een Taskforce. Wel gemist werden Best Practices, die zich richten op het familie- en naastenbeleid. In het verlengde daarvan werd ook gesuggereerd dat het naastenperspectief, naast dat van cliënten en GGz professionals, misschien als apart criterium mee gewogen had kunnen worden in de beoordeling van de Best Practices.

In het tweede deel van de bijeenkomst bogen de deelnemers in vier groepen zich over de opdracht om de ideale Taskforce te ontwerpen aan de hand van de vraag: *Wat zou een Taskforce idealiter absoluut hebben of doen?* De uitkomsten werden na afloop per groep plenair toegelicht.

Groep 1 stelde dat de ideale Taskforce zich richt op het afstemmen van de visie tussen de verschillende lagen binnen de organisatie. Het cliënt- en naastenperspectief moet worden vertaald naar concrete doelen op beleidsniveau. Een stevig bestuurlijk kader is nodig om ontwikkelingen op systeemniveau een stap verder te krijgen. Er moet snel worden gestart met de uitvoering en al gaande systematisch worden geëvalueerd. De rol van bestuurders is om de ontwikkelingen te faciliteren. Ook als het ingewikkeld wordt, is het zaak om door te gaan met wat de bedoeling was. In



de uitvoering is het van belang om nauw met elkaar samen te werken om de cliënt heen. In de praktijk is dat soort samenwerking ook wat professionals graag willen. Ook gaf men aan dat de doelstellingen meer gericht moeten worden op preventie. Echt herstelgericht werken is misschien wel vooral het voorkomen van maatschappelijke uitval. Ook moet meer aandacht komen voor ouderen in de Taskforces, aangezien dit een groeiende populatie is.

Bij groep 2 kwam naar voren dat een ideale Taskforce een aanjager heeft, die verantwoordelijk is om de ontwikkeling op gang te houden. Het is van belang om heel duidelijk te beschrijven wat de Taskforce doet en verantwoordelijk voor is. Vanaf de start zou de nadruk moeten liggen op de uitvoering ('doen is het nieuwe denken'). Begin klein en bouw de praktijk vanuit daar verder uit. Ook moet er meer aandacht zijn voor de benodigde houding en competenties in opleidingsprogramma's voor professionals. Cliënten, familie en naasten zouden vanaf dag één moeten worden betrokken bij het proces van het opzetten van de Taskforce. De Quicksan voor naastbetrokkenen van Ypsilon werd ook genoemd als een goed instrument om de zorg op de betrokkenheid van naasten te toetsen.

Bij groep 3 is vrije ruimte om te handelen de primaire voorwaarde voor een ideale Taskforce. Wet- en regelgeving mogen niet leidend zijn en bureaucratie moet kunnen wijken. De visie moet vertaald worden in de praktijk. Hun pleidooi is om de Taskforce op een echt cliëntgerichte manier te organiseren. Betrek daarvoor niet één ervaringsdeskundige, maar bevroeg alle cliënten systematisch om het cliëntperspectief goed in beeld te brengen (oa. via de Paaja methodiek). En richt de blik ook buiten de GGz, te beginnen bij het welzijn en de eerste lijn. Of betrek de infrastructuur van de regionale samenwerking tussen GGz en gemeenten op het gebied van arbeid. De verbinding met de rest van de maatschappij moet meer worden gemaakt.

Bij groep 4 werd aangegeven dat de tijd om vertrouwen op te kunnen bouwen tussen de verschillende samenwerkingspartners essentieel is bij het opzetten van een Taskforce. Dat kost zeker een jaar. De GGz sector heeft veel reorganisaties en bezuinigingen achter de rug en dat heeft veel energie gekost. Het betrekken van sleutelfiguren op bestuurlijk niveau is belangrijk om ontwikkelingen op gang te krijgen. Een projectleider en een goede projectstructuur kan dit ondersteunen. De projectleider heeft ook als taak om dwarsverbanden te bouwen tussen het bestuurlijk niveau en de uitvoering. Naast cliënten, moeten familie en naasten worden betrokken in de Taskforce. Tot slot is het van belang de financiering over te dragen naar andere partijen in het werkveld en de gemeente, zodat de continuïteit van de activiteiten van de Taskforces kan worden gewaarborgd.

Na de brainstorm sessie over de ideale Taskforce werd door aanwezigen kort de status quo en de plannen voor de toekomst van hun Taskforce geschetst. Algemene tendens is dat de activiteiten van de Taskforces worden gecontinueerd, veelal onder regie van de gemeente. 3

Als belangrijke overige mededelingen kwamen in de bijeenkomst nog aan de orde:

- Door Peter van Zuidam, zorginhoudelijk adviseur GGZ bij Zilveren Kruis: de mogelijkheid om als gemeente met GGZ samenwerkingspartners bij ZonMW subsidie aan te vragen voor een regionaal aanbod voor mensen met verward gedrag. Meer informatie hierover is te vinden op: <https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/openstaande-subsidieoproepen/detail/item/integraal-aanbod-zorg-en-begeleiding-voor-mensen-met-verward-gedrag-1/>

- Door Peter Smit, ervaringsdeskundige bij GGz Drenthe: het verschijnen van de praktische handreiking over de inzet van ervaringsdeskundigen en naastbetrokkenen en het betrekken van wijk en omgeving. Deze handreiking is te vinden via: <https://ggzdrenthe.nl/media/02-documenten/handreiking-optimaal-leven.pdf>

De middag werd afgesloten door de dagvoorzitter. Op basis van de uitkomsten zal in de komende maanden een handreiking worden opgesteld voor de Taskforces (in verschillende fases van hun ontwikkeling), die begin 2019 beschikbaar is.