

Een routekaart voor het opzetten van regionale samenwerking tussen de ggz en het sociaal domein voor herstel en burgerschap van mensen met een ernstige psychische aandoening

Deze Routekaart en Keuzehulp werden gemaakt door Kenniscentrum Phrenos met subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg.
Tekst en redactie: Chrisje Couwenbergh, Kristien Harmsen, Suzan Oudejans en Lars de Winter
Ontwerp en opmaak: Studio aan de Werf, Utrecht

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 ernstige psychische aandoening (EPA). De taskforces zijn bedoeld als een katalysator om de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein verder vorm te geven en stimuleren. Zo is een snellere terugkeer in de samenleving mogelijk en worden mensen ondersteund om daaraan actief deel te nemen. Opdracht van de taskforces EPA is om het ambulante zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) te verbeteren. 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 deze routekaart en keuzehulp, gemaakt door [Kenniscentrum Phrenos](#) met subsidie van de Stichting Achmea Gezondheidszorg, worden de landelijke lessen voor het opzetten van een taskforce (*Routekaart*) en de best practices voor de inhoud van zorg (*Keuzehulp*) beschreven.

Routekaart

Stap 1 Opstart

1

- Projectstructuur
- Duidelijke doelen

Stap 2

2

In kaart brengen van de behoeften en het bestaande aanbod

- Behoeftetepeiling onder cliënten
- Bestaand aanbod en gebruik ervan in kaart brengen en verbinden aan doelen
- Bevraag en betrek stakeholders
- Leer van andere taskforces
- Een gezamenlijke visie en taakopvatting

Stap 3

3

Inrichting Taskforces

- Keuze maken voor de mate van integratie van zorg
- Creëer randvoorwaarden voor informatie uitwisseling
- Randvoorwaarden voor bekostiging
- Passende keuzes op beleidsniveau

Stap 4

4

Keuzehulp Best Practices

- Persoonlijk herstel
- Ggz-behandeling en begeleiding
- Maatschappelijke participatie

Stap 5

5

Trainingscurriculum

- Competenties
- Training en scholing

Stap 6

6

Evaluatie

--> Stap 1 Opstart

1.1 Projectstructuur

Een taskforce is aanvankelijk een project: het is een tijdelijke structuur, waarbij zaken die behouden blijven uiteindelijk 'in de lijn' geïmplementeerd worden. Daarom is het bij de opstartfase belangrijk om aandacht te schenken aan en overwogen keuzes te maken voor de structuur van het project. Daarbij gelden de volgende aandachtspunten:

- > Besteed aandacht aan bestuurlijke verankering. Stel daarbij de vraag: Wat is minimaal nodig om de taskforce vanuit het bestuur goed te laten functioneren? Daarvoor dienen afspraken gemaakt te worden over de bestuurlijke verantwoordelijkheden, maar ook over middelen en reikwijdte.
- > Denk al in deze fase aan het triadisch perspectief: hoe worden cliënten, naastbetrokkenen en de hulpverleners zelf betrokken bij de keuzes die bij de inrichting van de taskforce gemaakt gaan worden?
- > Kies een passende organisatiestructuur voor de taskforce. Raadpleeg eventueel bestaande bronnen voor het opzetten van een projectstructuur. Op de website [In voor zorg!](#) zijn handreikingen en voorbeelden van verbeterprojecten in de zorg te vinden.

Voorbeelden uit de taskforces

Binnen veel taskforces werd gewerkt met een onafhankelijke voorzitter en soms een onafhankelijke projectleider. Voordeel hiervan is dat deze geen organisatiebelangen heeft en de aandacht volledig op het proces kan richten.

Een ander voorbeeld van een gedetailleerde uitwerking van een projectstructuur is het *Optimaal Leven*-programma in Drenthe: daarin is een projectstructuur opgezet met onder andere een stuurgroep, een kernteam, projectteam en werkgroepen rond inhoudelijke thema's. Een programmamanager bewaakt het proces en er zijn tussen de gremia duidelijke afspraken gemaakt over taken, bevoegdheden en overlegmomenten.

In de **taskforce Apeldoorn** was het van grote meerwaarde dat er cliëntvertegenwoordigers in de taskforce zaten. Zij lazen stukken en konden op die manier meepraten over alle actiepunten die besproken werden in de vergaderingen. Zo werd het ook duidelijk wat cliënten belangrijk vinden.

1.2 Duidelijke doelen

De opdracht van de taskforces is om het ambulante zorgaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) te verbeteren. Die opdracht kan op vele manieren worden ingevuld en moet dan nog vertaald worden naar concrete acties. Dat is nog niet zo gemakkelijk. Belangrijk is dat het hoofddoel wordt vertaald en onderverdeeld in een aantal subdoelen. Kenmerk van de subdoelen is dat ze bijdragen aan het hoofddoel. Ook moet aan het einde of gedurende het project vastgesteld kunnen worden of de taskforce daadwerkelijk bijdraagt aan deze doelen. Een goede manier om dat te doen is via indicatoren: dat zijn meetbare zaken die een aanwijzing geven over de kwaliteit van een bepaald onderwerp.



Voorbeelden uit de taskforces

De **taskforce Amsterdam** heeft een aantal speerpunten geformuleerd, die bijdragen aan het hoofddoel (het ambulante aanbod van zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te verbeteren), waaronder 'Werk, opleiding en inkomen', en 'Goed en betaalbaar wonen'. Voor wonen is het doel bijvoorbeeld 'Voor alle psychisch kwetsbare Amsterdammers realiseren we passende en zo zelfstandig mogelijke woonruimte met aandacht voor de juiste matching.' De indicator voor het bereiken van dit doel is: 'Er zijn in de periode 2016-2018 door de gemeente 1000 woningen opgeleverd (300 per jaar) in het kader van het programma 'huisvesting kwetsbare personen'.

De **taskforce Drenthe** (*Optimaal leven*) heeft als hoofddoel geformuleerd dat het programma moet bijdragen aan de zelfstandigheid van een cliënt in zijn of haar eigen omgeving. Om dit doel te evalueren is een aantal indicatoren gekozen, zoals herstel (gemeten met een herstelvragenlijst), het aantal crisissituaties en opnames.

--> Stap 2 In kaart brengen van de behoeften en het bestaande aanbod

2.1 Behoeftepeiling onder cliënten

Om het regionale aanbod van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen te verbeteren, is goede kennis over hún wensen en behoeften noodzakelijk.



Voorbeelden uit de taskforces

Binnen GGZ Drenthe zijn er bij de aanvang *Optimaal Leven*-dialoogtafels gehouden (ook wel ‘dialoogsessies’ genoemd). Dit is een manier om over en weer verwachtingen uit te spreken, de vragen en (on)mogelijkheden van de ander beter te begrijpen en gezamenlijke uitgangspunten te beschrijven. Voor de sessies zijn cliënten van de drie betrokken zorginstellingen uitgenodigd voor een lunchbijeenkomst in hun eigen regio. Er is met meer dan 40 cliënten gesproken over de volgende thema’s:

- Op welke wijze heeft de gegeven zorg en ondersteuning je geholpen?
- Wat hielp je minder goed?
- Wanneer je terugkijkt naar je pad, wat zou je heel erg geholpen hebben?
- Waar heb je nu wat aan?

De dialoogtafels hebben geresulteerd in de folder [Wat willen mensen die in zorg zijn eigenlijk?](#)

2.2. Bestaand aanbod en gebruik ervan in kaart brengen en verbinden aan doelen

Een taskforce is een samenwerkingsverband. Dat betekent niet dat er per se nieuw (zorg)aanbod ontwikkeld moet worden.

Kennis over het bestaande aanbod en het gebruik ervan (de zgn. zorgconsumptie) is de basis om goed in te kunnen schatten wat er gedaan moet worden om de doelstellingen te realiseren. Bestaand aanbod zou juist meer of breder ingezet kunnen worden door de samenwerking. Al het bestaande aanbod in kaart brengen was bijvoorbeeld voor de **taskforce Amsterdam** het vertrekpunt: maak zichtbaar wat er al is en zorg ervoor dat de samenwerkingspartijen hier kennis van nemen en dit inzetten waar nodig.

De vignettenstudies

De EPA-vignetten zijn in 2012 ontwikkeld door Altrecht, Kwintes, Jellinek (toentertijd Victas) en Lister (toentertijd SBWU) in samenwerking met KPMG Plexus en worden gebruikt om de doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen en hun zorgconsumptie bij de verschillende betrokken organisaties in een regio beter in kaart te brengen. Het biedt alle betrokkenen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten en familie) een duidelijk gezamenlijk startpunt, een 'foto' van de huidige status. Alle taskforces hebben een vignettenstudie uitgevoerd.

Een aantal rapporten van vignettenstudies zijn openbaar en online te raadplegen zoals de vignettenstudie uitgevoerd in Amsterdam en de vignettenstudie uitgevoerd in Utrecht. Taskforces konden ook gebruikmaken van de landelijke vignettenstudie uitgevoerd door Vektis, waarin per gemeente en per vignet de aantallen cliënten met ernstige psychische aandoeningen, de zorgkosten van deze groep cliënten en de gemiddelde kosten per cliënt. Bij iedere gemeente is de Wmo-regio toegevoegd, zodat ook gegevens over alle gemeentes binnen Wmo-regio's bekeken kunnen worden. De gegevens uit de vignettenstudies kunnen worden ingezet om gekozen doelen te onderbouwen en evalueren.

2.3. Bevraag en betrek stakeholders

De wensen en behoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben zelden alleen betrekking op zorg en behandeling in de ggz. Samenwerking met huisartsen en sociale wijkteams, maar ook UWV en diensten Werk en Inkomen (inclusief schuldsanering) en woningbouwcorporaties, is heel belangrijk. Zonder de invulling van basisbehoeften, zoals een huis en inkomen, zal zelfstandig wonen en deelnemen aan het maatschappelijk verkeer niet lukken. Ook eenzaamheid, een gebrek aan daginvulling en een slechte lichamelijke gezondheid zijn prangende problemen.

Om te voldoen aan deze belangrijke behoeften, zal een taskforce moeten samenwerken met andere stakeholders zoals huisartsen, sociale wijkteams en woningbouwcorporaties.

De samenwerkingsvorm met de partners uit andere sectoren verschilt per regio. Sommige regio's kunnen voortbouwen op bestaande infrastructures, terwijl in andere regio's alles nog open is. Om te bepalen wat er in de regio nodig is, moeten samenwerkingspartners bevraagd en betrokken worden bij de start van een taskforce.

Vragen die aan de samenwerkingspartners gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld:

- Wat is jullie huidige aanbod en werkwijze voor mensen met ernstige psychische aandoeningen?
- Wat kunnen de activiteiten van de taskforce (gericht op het verbeteren van het ambulante zorgaanbod) daaraan bijdragen?
- Wat zouden jullie aan de doelstellingen van de taskforce kunnen en willen bijdragen?
- Op welke manier willen jullie geïnformeerd en/of betrokken worden bij de taskforce?



2.4 Leer van andere taskforces

Bij een oriëntatie hoort verkenning naar wat anderen doen. Zo heeft de **taskforce Nijmegen** een bijeenkomst georganiseerd, waarvoor alle taskforces werden uitgenodigd om ervaringen en goede voorbeelden uit te wisselen.

2.5 Een gezamenlijke visie en taakopvatting ontwikkelen

Deelnemers aan de taskforce dienen het met elkaar eens te worden over wat de gemeenschappelijke visie is, en welke verantwoordelijkheden en taken alle partijen hebben bij het bereiken van het gekozen doel.

Voorbeelden uit de taskforces

In de gemeente Haarlemmermeer-Zuid-Kennemerland-Haarlem bleken de samenwerkingspartijen te verschillen van opvatting over de opvang van verwarde personen: de politie richtte zich meer op ordehandhaving en de ggz meer op zorg. Om tot een gezamenlijke aanpak te komen, moesten de partijen eerst met elkaar in overleg om tot een gezamenlijk perspectief voor deze doelgroep te komen.

De gebiedsteams van de **taskforce Utrecht** besloten een aantal uitgangspunten te formuleren die zowel voor cliënten als voor hulpverleners gelden, zoals: 'de cliënt heeft de regie', 'herstellen doe je thuis' en 'volwaardig burgerschap'.





--> Stap 3 Inrichting taskforces

3.1 Keuze maken voor de mate van integratie van zorg

Begeleiding en behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening vergt brede expertise, die vaak versnipperd over meerdere organisaties geboden wordt. Dit sluit vaak slecht aan bij het uitgangspunt 'herstellen doe je thuis', waarbij zorg en begeleiding dichtbij de voorkeur heeft. In die situatie plooit de zorg zich om de cliënt heen, in plaats van dat de cliënt zich moet aanpassen aan regels en procedures van de verschillende zorgaanbieders. Daarvoor is een zeker niveau van integratie van organisaties of teams nodig, maar het is afhankelijk van de lokale situatie en context hoe sterk of met betrekking tot welke onderdelen deze integratie het beste plaats kan vinden: volledig geïntegreerde teams of een frequente afstemming?

Voorbeelden uit de taskforces

Lister en Altrecht werken samen in **gezamenlijke teams**, de **gebiedsteams ggz**. Een gebiedsteam biedt inwoners met een ernstige psychische aandoening behandeling en begeleiding dicht bij huis, in de wijk. Daarbij werkt het team nauw samen met huisartsen, wijk- of buurtteams en andere (zorg)partijen in de wijk. Hierdoor sluit de zorg beter aan bij wat mensen nodig hebben. Cliënten worden zo sneller en meer op maat ondersteund. Het gebiedsteam ggz is een netwerksamenwerking. Het is geen nieuwe organisatie, maar een aanbod van geïntegreerde begeleiding en behandeling van Lister en Altrecht op uitvoeringsniveau.

Ook in de **taskforce Drenthe** is gekozen om te gaan werken in gezamenlijke *Optimaal Leven*-teams met medewerkers vanuit verschillende zorgaanbieders: GGZ Drenthe, Verslavingszorg Noord-Nederland en Cosis (voorheen Promens Care). Deze integrale teams op wijkniveau begeleiden ongeveer 180 cliënten, die zijn ingeschreven bij één van de organisaties. Ook de gemeenten uit het werkgebied nemen actief deel aan de ontwikkeling van de teams. Doel is dat de teams laagdrempelig in de wijk toegankelijk zijn. Zo zit het team Assen in een wijkcentrum, waardoor er veel contact is met

andere bewoners en initiatieven in de wijk. In Emmen neemt ook een welzijnsstichting deel aan het team, waardoor het sociale domein en het zorgdomein gezamenlijk optrekken. Door de samenwerking in de teams kan het aanbod van de deelnemende organisaties beter op elkaar worden afgestemd en wordt er een nieuwe gezamenlijke en meer herstelgerichte aanpak ontwikkeld. Die aanpak resulteert in één gezamenlijk herstelplan. In dat herstelplan komen alle levensgebieden aan bod. Het nieuwe format is ontwikkeld aan de hand van de bestaande behandel- en begeleidingsplannen vanuit de verschillende betrokken organisaties.



Binnen de **taskforce Rotterdam** is er niet gekozen voor gezamenlijke teams en spreekt men van ‘**ploegjes**’ **rondom een cliënt**: dit zijn professionals van verschillende organisaties die elkaar weten te vinden, bestaande uit een binnenring van sleutelprofessionals die casusregie voeren en een buitenring van mensen die incidenteel met ernstige psychische aandoeningen te maken hebben.

In de **taskforce Noord-Kennemerland-Zaanstreek-Westland** overweegt men geen gezamenlijke teams, maar wel een **geïntegreerde intake** op te zetten. Daarbij worden direct samen met de cliënt, alle hulpverleners die een rol in de ondersteuning kunnen bieden en eventueel naasten een inschatting en een plan gemaakt van de ondersteuning die op de verschillende levensgebieden gewenst is. Dat scheelt tijd, frustratie en langs elkaar heen werken.

Tot slot hebben veel taskforces gekozen voor een terugkerend **casuïstiekoverleg** met professionals vanuit verschillende betrokken organisaties. Op deze manier leert men elkaar en elkaars werkwijze kennen en groeit het onderling vertrouwen.

3.2 Creëer randvoorwaarden voor informatie-uitwisseling

Daar waar op cliëntniveau samenwerking tussen organisaties plaatsvindt, zal ook informatie-uitwisseling over en met deze cliënten nodig zijn. Dit is niet altijd eenvoudig, omdat organisaties informatie over cliënten in principe niet delen met anderen, om zo de privacy van cliënten te kunnen waarborgen. Deze situatie is bij dergelijke samenwerkingsverbanden nogal eens hinderlijk, zowel voor cliënten (die telkens opnieuw hun verhaal moeten vertellen of informatie als bekend veronderstellen) als voor hulpverleners (die zich slecht kunnen voorbereiden of veel inspanning moeten doen om aan de juiste informatie te komen). Bij het opzetten van een taskforce is het dus van belang hier maatregelen voor te treffen.



Voorbeelden uit de taskforces

In de **taskforce Drenthe** zijn voor de cliënten van de *Optimaal Leven*-teams speciale toestemmingsformulieren ontwikkeld voor de digitale informatie-uitwisseling binnen teams (met teamleden vanuit verschillende organisaties) en – indien nodig – ook buiten het team (bv. met samenwerkingspartners zoals de woningbouwcorporatie).

De **taskforces Eemland, Nijmegen, Drenthe, en Utrecht** hebben ook initiatieven genomen om te werken vanuit één online systeem. Een voorbeeld daarvan is PsyNet. In PsyNet heeft iedere cliënt zijn eigen digitale omgeving. De cliënt kan zelf betrokken hulpverleners vragen om deel te nemen aan PsyNet. Zo vormen de cliënt en zijn hulpverleners een digitaal netwerk, waarbij de cliënt regie en grip heeft op wie toegang heeft tot zijn of haar privacygevoelige informatie. Ander voorbeeld is Jouw Omgeving, waar de **taskforce Drenthe** mee gaat experimenteren.

3.3 Randvoorwaarden voor bekostiging

Onderdelen van behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen overstijgen de verschillende wettelijke kaders en bekostigingsstructuren (bv. Zvw, Wmo, justitie en re-integratiegelden vanuit UWV en gemeenten). De uitdaging is ervoor te zorgen dat alle functies goed bereikbaar en toegankelijk zijn voor cliënten, ongeacht de achterliggende bekostigingsstructuren.

Belangrijke randvoorwaarde voor het realiseren van een integrale, persoonsgerichte aanpak is dat de uiteenlopende financieringskaders goed op elkaar worden afgestemd. Hoe dat het beste gerealiseerd kan worden, verschilt per regio. Sommige taskforces denken over het bundelen van budgetten en maken financiering beschikbaar op uitvoeringsniveau voor gezamenlijke teams. Andere regio's houden de budgetten gescheiden, maar maken tijd en capaciteit vrij voor indirecte tijd van medewerkers om te overleggen en af te stemmen. Hoe dan ook, zal er over de verdeling van tijd en kosten moeten worden besloten bij de opstart van een taskforce.

3.4 Passende keuzes op beleidsniveau

Nieuwe samenwerking bij de zorg en begeleiding op cliëntniveau zal leiden tot andere behoeften of doelen op beleidsniveau: een individueel zorg- en begeleidingstraject gericht op meer zelfstandigheid van de cliënt zal tot gevolg hebben dat de hele organisatie van zorg verandert. Tevens vragen deze veranderingen andere competenties van de betrokken professionals. De kennis en vaardigheden van professionals moeten hiermee in lijn worden gebracht en dat betekent dat opleiding en training een (gezamenlijk) beleidsspeerpunt zal worden.

Voorbeelden uit de taskforces

In de **taskforce Amsterdam** wordt gewerkt met regisseurs voor beleidsspeerpunten: regisseurs zijn professionals die de acties rondom een bepaald beleidsspeerpunt uitvoeren en die periodiek bijeenkomen om de voortgang, behoeften en benodigde (vervolg)acties te monitoren.

Binnen de **taskforce Apeldoorn** waren 36 beleidsactiepunten opgesteld en een werkprogramma. Rondom elk actiepunt werd een projectgroep geformeerd die zich bezighield met de uitvoering daarvan.



Stap 4 Keuzehulp Best Practices

Wat zijn goede voorbeelden waarmee het feitelijke behandel- en begeleidingsaanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen verbeterd kan worden? Om deze vraag te beantwoorden zijn uit de tien bestaande regionale **Taskforces EPA** 'Best Practices' verzameld. Het zijn voorbeelden van bestaande of nieuwe invulling van zorg of begeleiding, die we hebben geselecteerd op grond van wetenschappelijke, praktijk- en ervaringskennis. Voor meer informatie zie het volledige rapport Best Practices uit de Taskforces EPA en de [generieke module Ernstige psychische aandoeningen](#).

4.1 Persoonlijk herstel

4.1.1 Inzet van ervaringsdeskundigheid

Voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen is de inzet van ervaringsdeskundigheid vaak heel belangrijk bij hun herstelproces (Boertien & Van Rooijen, 2010).

Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel door:

1. de eigen ervaringen in te zetten om anderen te ondersteunen bij het vinden of maken van ruimte voor hun persoonlijk herstelproces;

2. de eigen ervaringen van stigmatisering en empowerment in te zetten om een herstelondersteunende omgeving en herstelondersteunende zorg te bevorderen;
3. een emanciperende en destigmatiserende functie ten opzichte van de andere teamleden in het ggz-team te hebben en daarmee herstelondersteunende zorg te bevorderen (Van Bakel et al., 2013).

Ervaringsdeskundigheid en herstel kunnen alleen vorm krijgen binnen de ggz als de bestaande zorgpraktijk wezenlijk wordt aangepast. De generieke modules [Herstelondersteuning](#) en [Destigmatisering](#) geven daarom handreikingen en aanbevelingen voor de inzet van ervaringsdeskundigen in zowel de directe zorg als in de organisatie ervan.

Voorbeelden van inzet van ervaringsdeskundigheid

Binnen de **taskforce Drenthe** hebben ervaringsdeskundigen een grote rol bij de ontwikkeling van de *Optimaal Leven*-teams. In de dagelijkse praktijk hebben zij een hoopgevende voorbeeldfunctie in het contact met cliënten in het denken over de mogelijkheden van herstel en de begeleiding in het vinden van eigen invulling daarin, zie hier de [handleiding](#) (Smit, 2018). In meer algemene zin biedt het kennisplein 'De ervaringsdeskundige' [aanknopingspunten en verhalen over de inzet van ervaringsdeskundigheid](#).



4.1.2 Inzet van zelfhulp

Zelfhulp is voor mensen met ernstige psychische aandoeningen een belangrijk onderdeel van goede zorg. Twee voorbeelden hiervan zijn HEE-groepen en WRAP. HEE staat voor Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Het programma is gebaseerd op ervaringskennis, en bevat effectieve werkwijzen en strategieën van mensen met psychische kwetsbaarheden om zichzelf te (leren) helpen. HEE kent drie pijlers: het leren zien en gebruiken van eigen kwetsbaarheden en talenten (herstel), het aanboren van je eigen kracht (empowerment) en het leren toepassen van de kennis die je op grond van je eigen ervaringen opbouwt (ervaringsdeskundigheid). Deelname aan HEE leidt tot een verbeterde kwaliteit van leven en een verminderde zorgbehoefte bij de cliënt (Boevink et al., 2016).

Wellness Recovery Action Plan (WRAP) is een zelfhulp-instrument dat mensen ondersteunt om weer grip te krijgen en te behouden op het leven wanneer dat ontregeld raakt door ernstige gebeurtenissen. Bij WRAP maken mensen zelf een plan voor herstel in hun eigen leven, ondersteund door ervaringsdeskundigen en door middel van uitwisseling tussen deelnemers aan de WRAP-groep. Mensen met ernstige psychische aandoeningen voelen zich na het meedoen

aan een WRAP-groep minder beperkt in hun werk én hun zelfmanagement verbetert (Van Erp et al., 2015). Tevens draagt WRAP bij aan de kwaliteit van leven en de afname van zorgbehoeften en zorggebruik (Cook et al., 2011).

4.1.3 Opzetten van buurtcirkels

Een Buurtcirkel is een netwerk van negen tot twaalf cliënten, die bij elkaar in de buurt wonen. De deelnemers helpen elkaar met waar ze goed in zijn. De een gaat mee naar de tandarts, een ander helpt bij de administratie of maakt met iemand een natuurwandeling. Een vrijwilliger uit dezelfde wijk ondersteunt de deelnemers en een professionele coach volgt de groep vanaf de zijlijn. De ondersteuning is gericht op het opbouwen van een informeel netwerk en meedoen aan het leven in de wijk. Als het nodig is, zoekt de coach samenwerking met andere professionals, zoals welzijnswerk, woningcorporaties of zorgorganisaties. Buurtcirkels helpen mensen met ernstige psychische aandoeningen bij het opbouwen van een sociaal netwerk, wat leidt tot een hogere kwaliteit van leven. Ook neemt het risico op dakloosheid af en leidt het tot minder inzet en afhankelijkheid van professionele zorg.

4.1.4 Een vrije ruimte, zoals een herstelacademie

Een herstelacademie is een plek waar bezoekers in de ontmoeting met elkaar en ongeacht hun achtergrond zichzelf kunnen ontwikkelen. Een herstelacademie heeft een aanbod van educatie en zelfhulp gericht op herstel van welbevinden in en na psychische ontwrichting. Het biedt de deelnemers ruimte om, door een eigen keuze uit het aanbod, de persoonlijke vragen rond pijn, existentie, zingeving, ontwikkeling, inclusie en groei te verkennen. De herstelacademie wordt georganiseerd door ervaringsdeskundigen op basis van zelfhulp.

Het aanbod van herstelacademies is divers. Kenmerkende functies zijn onder andere: ontmoeting, zelfhulp (bv. HEE- en WRAP-groepen), educatie (bv. studiebijeenkomsten op thema's als zin- en betekenisgeving), scholing van ervaringsdeskundigen, creatieve en lichaamsgerichte activiteiten (bv. meditatie, yoga). Meer informatie over de inhoud van herstelacademies is te vinden via de werkplaats [herstelondersteuning](#).

4.2 Ggz-behandeling en begeleiding

4.2.1 Herhaalde diagnostiek en herevaluatie behandeling

Soms stagneert het herstelproces van mensen met een ernstige psychische aandoening. Niet gesignaleerde en/of niet goed behandelde bijkomende problemen, zoals trauma, een licht verstandelijke beperking, verslaving of autisme kan hier de oorzaak van zijn. Daarom is het heel belangrijk dat hulpverlener en cliënt zich beraden en de diagnose en het verloop van de behandeling op gezette tijden kritisch evalueren. Over de tijd treden grote veranderingen op en soms is er in het aanvankelijke diagnostiektraject niet breed genoeg gekeken. Regelmatig herhaalde diagnostiek, op meerdere levensgebieden, kan veel bijdragen aan een passende behandeling en daarmee het herstelproces bevorderen.



Voorbeeld herhaalde diagnostiek

GGNet evalueerde bij een groep van 967 cliënten de diagnostiek opnieuw. Het onderzoek was een initiatief van GGNet-specialisten zelf. Ze vroegen zich af waarom de behandeling zo weinig effect had. Bij een kwart van de cliënten veranderde de hoofddiagnose. Bij 35 procent van die cliënten waarbij de hoofddiagnose veranderde is een (aanvullende) nieuwe diagnose gesteld en bleek de behandeling niet meer passend bij de diagnose. Bij maar liefst 51 procent van het totaal aantal onderzochte cliënten zijn nieuwe inzichten naar boven gekomen die relevant zijn voor de verdere behandeling. Nieuwe diagnoses en nieuwe inzichten samen werden in totaal bij 63 procent van de dossiers vastgesteld (Timmermans, 2018). De resultaten laten zien dat herhaalde diagnostiek veel nieuwe informatie en inzichten oplevert, en belangrijk is voor een passende behandeling.

4.2.2 Beschikbaarheid van zorgaanbod uit gespecialiseerde behandelprogramma's

Om goede behandeling voor verschillende psychische klachten te kunnen krijgen is goede onderlinge samenwerking met specialistische behandelprogramma's in de ggz noodzakelijk. Cliënten in langdurige zorg, bv. F-ACT teams en (ambulante) woonbegeleiding van de RIBW, moeten ook makkelijk verwezen kunnen worden naar behandelinterventies in de poliklinische behandelprogramma's. Soms is ondersteuning bij praktische zaken of een kleine aanpassing aan de kant van het behandelprogramma daarvoor nodig, bijvoorbeeld dat de vaste casemanager of begeleider meegaat naar de eerste afspraak of er wat extra tijd wordt ingepland voor een afspraak.

Tijdige en gerichte informatie aan de cliënt over de soort zorg en ondersteuning die beschikbaar is en wat je ervan kunt verwachten, is essentieel voor diens besluitvorming. Goed toegankelijke en begrijpelijke informatie (bv. een sociale kaart) van al het aanbod in de regio (inclusief wachttijden) kan daarbij heel behulpzaam zijn voor professionals én cliënten.

4.2.3 Samenwerking en informatie-uitwisseling met de huisarts

Huisartsen en praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) spelen een steeds belangrijkere rol in de behandeling van (ernstige) psychische aandoeningen. Bovendien blijft de huisarts altijd de regisseur van de somatische zorg. Die somatische problemen hebben extra aandacht nodig. Recente studies laten zien dat door de gezondheidsproblemen de levensverwachting van deze mensen 20-25 jaar lager is dan die van de algemene bevolking. Bijwerkingen van medicatie en leefstijl spelen hierbij een rol. Op basis van de wensen en mogelijkheden van de cliënt zouden ggz-behandelaar en huisarts samen één plan moeten maken. In de praktijk ervaren cliënten echter vaak dat een goede afstemming en informatie-uitwisseling ontbreekt. De [generieke module Samenwerkingsafspraken](#) beschrijft de landelijke afspraken voor de verwijzing van de cliënt, onderling overleg, consultatie en terugrapportage binnen de ggz en de huisartsenzorg. De module beschrijft de verantwoordelijkheden voor alle betrokken partijen en informatie-uitwisseling voor alle stadia in het proces.

In de multidisciplinaire richtlijnen [Somatische Screening](#) en [Leefstijlinterventies](#) bij ernstige psychische aandoeningen staat precies beschreven waar de jaarlijkse somatische screening en leefstijlinterventies aan zouden moeten voldoen.

4.2.4 24/7 bereikbaar aanspreekpunt in de wijk

Bij crisissituaties, waarbij er direct gevaar is voor de persoon zelf of diens omgeving, wordt gebruikgemaakt van de acute psychiatrische zorg, ook wel crisisdiensten genoemd, die 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar zijn. De [generieke module Acute Psychiatrie](#) biedt hiervoor de landelijke standaard.

De crisisdienst is gericht op acute medisch psychiatrische zorg, en is alleen toegankelijk via verwijzing en bij ernstige escalaties. Voorafgaand aan een dergelijke situatie is vaak ook al behoefte aan hulp vanuit de cliënt of diens omgeving. Omwonenden weten niet altijd met wie ze contact moeten opnemen als de situatie uit de hand dreigt te lopen. Dan wordt de politie gebeld. Dat leidt niet altijd tot de juiste hulp en kan mensen onnodig traumatiseren. Een telefoonnummer waar cliënten en buurtbewoners gericht hulp kunnen vragen, kan helpen dit proces beter en efficiënter te maken. Wijkgerichte communicatie hierover is belangrijk, zodat buurtbewoners weten wie waarover gebeld kan worden.

4.2.5 Mogelijkheden om de zorg op te schalen

Wanneer mensen in ernstige psychiatrische nood verkeren, moet de zorg hier snel op in kunnen spelen. Intensive Home Treatment (IHT)-teams kunnen hulp bieden aan mensen die zonder intensieve behandeling mogelijk opgenomen zouden moeten worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Het IHT-team begeleidt ook patiënten die na een opname naar huis gaan maar daarbij nog extra ondersteuning nodig hebben. Het voordeel van deze intensieve zorg aan huis is dat mensen zo veel mogelijk hun sociale en maatschappelijke rollen kunnen behouden, zoals ouder of partner. De IHT-teams werken nauw samen met de opnameafdelingen en zijn verantwoordelijk voor opname en ontslag ('poortwachtersfunctie'). Meer informatie over IHT is te vinden op www.i-ht.nl.

Als een opname onvermijdelijk is, is het van belang cliënten goed en waardig op te vangen en te behandelen. Hiervoor is het High & Intensive Care (HIC)-model ontwikkeld. In deze kortdurende klinische opname staat het voorkomen van dwang en drang in de zorg en het herwinnen van de eigen regie van de cliënt centraal (Van Mierlo e.a., 2013). De ambulante behandelaar blijft tijdens een opname betrokken en het ambulante behandelplan is richtinggevend. De opname moet slechts een kort intermezzo zijn in het leven van de cliënt. Meer informatie over de HICmethodiek is te vinden op hic-psy.nl.

4.2.6 Familiecoaching door familie-ervaringsdeskundige

Familieleden of andere naastbetrokkenen van mensen met ernstige psychische aandoeningen voelen zich vaak onmachtig of overvraagd. Om hen te ondersteunen is GGZ Familiecoaching ontwikkeld. [GGZ Familiecoaching](#) biedt informatie en trainingen vanuit drie doelstellingen:

1. ondersteuning bieden aan familieleden, zodat zij zich staande kunnen houden onder de last die ze dragen;
2. informatie en praktische tips geven aan familieleden zodat zij de cliënt kunnen helpen bij vinden van zijn/haar weg in het leven;
3. familieleden helpen om weer perspectief te zien voor de cliënt en zichzelf en weer geloof te hebben in zijn of haar toekomst.



4.3 Maatschappelijke participatie

4.3.1 Sociale inclusie in wijken vergroten

Mensen met een psychische kwetsbaarheid hebben vaak een beperkt sociaal netwerk en voelen zich regelmatig eenzaam (Panel Psychisch Gezien, 2014). De wijk of de buurt is in potentie een geschikte plek om sociale contacten te leggen, maar dat gaat niet altijd makkelijk. Dat heeft soms te maken met onrealistische verwachtingen over burenccontact enerzijds, en de ongemakkelijkheid en wrijving die ontstaat door beeldvorming en vooroordelen bij buurtbewoners anderzijds (Brummel, 2017). Ambulantisering maakt het echter wél noodzakelijk dat de wijk of de buurt ook voor mensen met een psychische kwetsbaarheid een thuis moet zijn en zij deel kunnen nemen aan het sociale verkeer. Daarom zijn interventies of maatregelen, gericht op sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid heel belangrijk.

Voorbeelden van sociale inclusie bevorderen

Vanuit verschillende gemeenten en organisaties in Nederland zijn er initiatieven om de sociale inclusie in de wijk te verbeteren. Zo worden in Nijmegen bewonersgroepen opgericht die gezamenlijk plannen ontwikkelen voor verbetering van sociale inclusie binnen hun wijk (Brummel, 2017). Ook zijn er initiatieven zoals TOM (Talent, Ondersteuning, Meedoen) in de buurt in Alphen aan den Rijn, waarbij verschillende zorgorganisaties samenwerken met het maatschappelijk domein om sociale inclusie te bevorderen. In de **taskforce EPA** in Drenthe is meegewerkt aan het Festival der Mooie Dingen. Dit initiatief beoogt door middel van theater, muziek, beeldende kunst, dialoog en ruimte voor humor een realistisch beeld over het leven met een psychische kwetsbaarheid of verslaving te geven aan buurtbewoners.



4.3.2 Begeleiding bij het vinden en behouden van werk

Werk hebben kan mensen met ernstige psychische aandoeningen helpen bij hun herstel. Werk brengt inkomen en financiële zelfstandigheid, sociale contacten, voldoening, persoonlijke waardering en nieuwe ervaringen met zich mee. Het kan een belangrijke ondersteuning betekenen van de eigenwaarde, structuur en routine in het dagelijks leven. Mensen met een ernstige psychische aandoening die behandeling krijgen en willen werken, kunnen hiervoor begeleiding krijgen met de methode Individuele Plaatsing en Steun (IPS; Drake et al., 1996). IPS werkt voor hen beter dan andere re-integratiemethoden. Een IPS-trajectbegeleider biedt intensieve en doorlopende ondersteuning bij het vinden en behouden van betaald werk.

In Nederland zijn er momenteel 34 ggz-instellingen die gebruikmaken van IPS. Tussen de 30 en 40 procent van de cliënten in een IPS-programma heeft een betaalde baan (Van Weeghel et al., 2018). Voor meer informatie, ook waar IPS beschikbaar is, zie www.werkenmetips.nl.

4.3.3 Laagdrempelig wijkspreekuur met alle organisaties

Wonen in een wijk met burgers met een psychische kwetsbaarheid kan soms vragen of zorgen oproepen bij buurtgenoten, terecht of onterecht. Om mensen juist geïnformeerd te houden en hen te ondersteunen bij hun vragen en zorg, én om eventueel actief ondersteuning te bieden aan burgers met een psychische kwetsbaarheid in de wijk kan een wijkspreekuur worden georganiseerd, gericht op psychische gezondheid.



Voorbeeld van een wijkspreekuur

In de **taskforce Utrecht** is in Zeist, met deze gedachtegang als basis, een wekelijks wijkspreekuur georganiseerd voor bewoners. Bij dit wijkspreekuur zijn alle professionals tegelijk aanwezig en kunnen alle burgers terecht met vragen en/of klachten. Doordat men elkaar kent, zoekt men elkaar sneller. Hierdoor kan zorg voor cliënten die in de wijk wonen direct opgeschaald worden en kan er preventief gehandeld worden (De Valk, Siteur & Vink, 2018).



4.3.4 Getrainde metgezel die ondersteunt/meegaat bij praktische zaken

Mensen met een psychische kwetsbaarheid leven vaak in een sociaal isolement. Een metgezel of maatje kan dan uitkomst bieden. Dit is een vaste vrijwilliger met wie de cliënt activiteiten onderneemt.

Voorbeelden van metgezellen/maatjesprojecten

In Deventer, Olst-Wijhe en Raalte is de Vriendendienst opgezet. Vrijwilligers van de Vriendendienst worden getraind bij het bieden van praktische ondersteuning en vervolgens aan iemand met een psychische kwetsbaarheid gekoppeld. Ook kunnen mensen met een psychische kwetsbaarheid bij de Vriendendienst terecht voor onafhankelijke informatie en advies, praktische ondersteuning, sociale contacten en activiteiten (zowel recreatief als herstelgerelateerd).

4.3.5 Samenwerking met woningbouwcorporaties om woning te vinden en behouden

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben eenzelfde recht op woonvoorzieningen als andere burgers. Sterker nog, een stabiele woonomgeving is van groot belang bij het herstelproces. Om dit te bewerkstelligen zijn voldoende beschikbare en betaalbare woningen nodig. Daarvoor zullen gemeenten met corporaties en particuliere initiatiefnemers moeten komen tot een goed toewijzingsbeleid bij uitstroom uit woonvoorzieningen of opvangklinieken ([generieke module Ernstige psychische aandoeningen](#), 2017).



Voorbeelden van samenwerking met woningbouwcorporaties

Volgens de opstapregeling van de **taskforce EPA Midden IJssel – Oost Veluwe** stelt de gemeente Apeldoorn 100 woningen beschikbaar voor cliënten die doorstromen uit een intramurale setting. Deze woningen zijn onder andere bedoeld voor mensen met een psychische of sociale kwetsbaarheid die voldoende zijn hersteld om weer zelfstandig te gaan wonen. Ze krijgen maximaal twee jaar een tijdelijk huurcontract. Daar hoort bij dat de huurder een aantal uren per week begeleiding krijgt. Mocht er sprake zijn van een terugval, overlast of een huurschuld, kan de hulp van hulpverlening worden ingeroepen (EPA Taskforce Midden IJssel – Oost Veluwe, 2017).

--> Stap 5 Trainings- curriculum

5.1 Competenties

Een verandering, zowel in de organisatie als op het gebied van werkwijzen, doet ook een beroep op competenties van betrokkenen: bestaande competenties krijgen andere accenten, of er ontstaat een noodzaak tot het verwerven van nieuwe competenties. Belangrijke competenties voor zorgverleners zijn omgevingsgevoeligheid, herstelgericht werken (aansluiten bij het verhaal van de patiënt, verbinding zoeken, zelfregie stimuleren), en wijkgerichte werkwijze. Met name de competenties benodigd voor een wijkgerichte werkwijze zijn binnen de taskforces van belang: de ggz en het sociaal domein hebben ieder hun eigen expertise, taal en cultuur. De stap naar het verbinden van systemen, financiële stromen en werkwijze vergt volgens de [generieke module Ernstige psychische aandoeningen](#) de volgende (extra) competenties:

- creativiteit: originele of nieuwe oplossingen kunnen bedenken, invalshoeken vinden die afwijken van gevestigde denkpatronen;
- coachen: mensen begeleiden en motiveren om hen beter te laten functioneren door hun zelfinzicht, eigen regie en empowerment te vergroten;

- samenwerken: op effectieve wijze (mee)werken aan een gezamenlijk resultaat, ook als dit niet direct een persoonlijk belang dient;
- netwerken: ontwikkelen, verstevigen van relaties en coalities binnen en buiten de eigen organisatie;
- flexibiliteit: zich bij veranderende omstandigheden gemakkelijk aanpassen;
- overtuigingskracht: anderen voor standpunten en ideeën proberen te winnen en draagvlak creëren.



5.2 Training en scholing

Om professionals te ondersteunen bij het ontwikkelen van de benodigde competenties, is er trainings- en scholingsaanbod. Hieronder staan een aantal voorbeelden van binnen en buiten de taskforces.

Begeleiding en behandeling van mensen een ernstige psychische aandoening vergt, naast specialisatie, een brede expertise. Professionals moeten niet langer kennis hebben van één domein maar breder opgeleid worden met kennis op ten minste de volgende domeinen: psychose, autisme, persoonlijkheidsproblematiek en licht verstandelijke beperkingen (LVB). Voorbeelden van trainingsaanbod op dat gebied zijn de training [‘GGz expertise in het Sociaal Domein’](#) en de training [‘Vroegsignalering voor vrijwilligers en beroepskrachten in het sociale domein’](#). De training [‘GGz expertise in het Sociaal Domein’](#) is een trainingsaanbod om met gemeenten en wijkteams de ondersteuning van mensen met psychische problemen, een licht verstandelijke beperking en/of multiproblematiek verder te ontdekken en te ontwikkelen. In de training leren de teamleden welke expertise zij nodig hebben om voor deze doelgroep in te zetten en wat zij nog nodig hebben van andere disciplines.

De vroegsignaleringstraining is ontwikkeld voor professionals en vrijwilligers in het sociale domein en is gericht op het herkennen van beginnende of bestaande psychische aandoeningen en het aanleren van gespreksvaardigheden.

Tevens zijn er werkvormen die bij kunnen dragen aan het ontwikkelen van competenties van uitvoerenden, zoals [Het 4 Domeinenmodel](#), een communicatie- en analysemodel voor professionals in het medische en sociale domein. Het helpt in de interactie tussen professional en cliënt en tussen professionals onderling. Uitgangspunt is dat er vanuit vier domeinen gewerkt wordt: lichamelijk, maatschappelijk, geestelijk en sociaal. De professional kan op deze vier domeinen samen met de cliënt tot een afgestemd zorgplan

komen. De professional kan aan de hand van het model aangeven binnen welk domein hij of zij de cliënt kan ondersteunen, en tussen professionals onderling wordt er in één taal gecommuniceerd.

Een vorm om teams van elkaar te laten leren biedt [MoVIT](#) (Model Voor Intercollegiale Teamuitwisseling). Daarin komen teams uit, bij voorkeur, verschillende organisaties samen en gaan met elkaar in gesprek. Het doel is inspiratie en nieuwe ideeën voor de zorg, door feedback en uitwisseling tussen teams. MoVIT is een leervorm die in een wat later stadium, als de nieuwe samenwerkingsvorm al enige tijd draait, teams verder kan ondersteunen met inspiratie en ideeën van andere teams die een gelijksoortige ontwikkeling hebben doorlopen.



Voorbeeld uit de taskforces

In de **taskforce Drenthe** *Optimaal Leven* is een training ontwikkeld voor de startende *Optimaal Leven*-teams. In deze nieuwe teams gaan medewerkers vanuit GGZ Drenthe, Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), en Cosis (ambulante ggz-(woon)begeleiding) samenwerken om een integrale aanpak te bieden voor hun gezamenlijke cliënten. Deze zesdaagse training werd gehouden op locaties van verschillende betrokken organisaties en met inzet van experts vanuit die organisaties. Aan de orde kwamen het formuleren van een gezamenlijke visie op herstel, het opzetten van het team (werkprocessen) en teamvorming, deskundigheidsbevordering op inhoud, deskundigheidsbevordering in de samenwerking met de omgeving (hiervoor sluiten ook partners zoals Politie, woningbouwcorporatie en oggz aan), de ontwikkeling van zorg- en werkprocessen en gezamenlijke uitgangspunten.

Nu de teams gestart zijn, wordt er per team verdere verdieping aangeboden. Dat wordt onder andere gedaan door *action learning sessions*, in samenwerking met de Hanze Hogeschool, waarin medewerkers door intervisie op casuïstiekniveau hun gezamenlijke werkwijze steeds verder ontwikkelen.

Ook wordt er per team in kaart gebracht welke expertise en deskundigheid de teamleden hebben, zodat deze optimaal benut kunnen worden en teamleden elkaar op die punten kunnen aanvullen.



--> Stap 6 Evaluatie

Om te ontwikkelen en stappen te maken is ook reflectie nodig; een evaluatie van de voorzieningen, methoden en resultaten op beleidsniveau. Voor taskforces is daarbij de vraag: hebben de veranderingen geleid tot het doel wat we aan het begin voor ogen hadden, namelijk een verbetering van het ambulante aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De eerste stap om hier een (tussentijds) antwoord op te formuleren is om het eens te worden waar dit verbeterde aanbod zich dan in uit. Goed evalueren vereist dan ook goed geformuleerde doelen en indicatoren waarmee de voortgang op deze doelen in kaart gebracht kan worden (zie 1.2)
Evalueren kan zowel kwantitatief als kwalitatief.



Voorbeelden van evaluatie

De **taskforce Utrecht** heeft haar proeftuinen uitgebreid geëvalueerd, zowel op kwalitatief als kwantitatief niveau, resulterend in het rapport Evaluatie proeftuinen Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht. De vragen die daarin

kwantitatief en kwalitatief beantwoord werden betroffen:

- a. In hoeverre is het gelukt in de proeftuinen een integrale, cliëntgerichte werkwijze te realiseren?
- b. Wat is er te zeggen over de bijdrage van de proeftuinen aan het realiseren van volwaardig burgerschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid?
- c. In hoeverre is het gelukt in de proeftuinen een gebiedsgerichte aanpak te realiseren?
- d. Zijn betrokken partijen tevreden over opzet en resultaten?
- e. Wat is er in de proeftuinen geleerd dat van belang is voor de verdere doorontwikkeling van het gebiedsgericht en integraal, cliëntgericht werken?
- f. Welke ontwikkelstappen moeten er worden gezet en welke randvoorwaarden dienen er de komende periode gerealiseerd te worden om een gebiedsgerichte, integrale, ambulante, cliëntgerichte werkwijze voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid verder op poten te zetten?

Ook in de **taskforce Drenthe** worden de resultaten uitgebreid onderzocht en geëvalueerd. In samenwerking met de Hanze Hogeschool is een onderzoeksprogramma geschreven. De Universiteit Groningen en de Universiteit Maastricht zijn ook beiden verbonden aan het onderzoek. Hierin worden de resultaten op vijf niveaus in kaart gebracht: dat van de cliënt, de medewerkers, de omgeving (naasten, wijk, omgeving en samenwerkingspartners), het proces en organisatie.

Neem voor meer informatie over de **taskforce Drenthe** contact op met Willemijn Kemp, de programmamanager *Optimaal Leven* (willemijn.kemp@ctgroep.nl).



Een meer algemene wijze van evalueren, maar zeker van toepassing op het evalueren van activiteiten van doelstellingen taskforces betreft een inventarisatie- en evaluatietool voor naastenbeleid, ontwikkeld door [Ypsilon](#). In twee versies (een voor hulpverleners en een voor familie) wordt de implementatie van familiebeleid met een aantal vragen in kaart gebracht. Deze quickscan kan gebruikt worden om vooraf te inventariseren hoe het ervoor staat, maar ook om achteraf, na invoering, stap voor stap na te gaan wat goed gaat en wat beter kan.

< Een andere toepasbare methode voor evaluatie is de PAja! Methode, voor jongeren. Bij de Participatie Audit (Zwerf-) Jongeren Amsterdam (PAja!) [methode](#) worden jongeren, die betrokken zijn binnen de organisatie (bv. als cliënt in een ggz-instelling) getraind om hun eigen organisatie te keuren en veranderingen voor te stellen.

De eerder genoemde [MoVIT](#) (Model voor intercollegiale teamuitwisseling) bevat ook sterk evaluatieve elementen en kan ingezet worden om teams tussentijds te laten evalueren hoe zij er op een bepaald thema voorstaan, en daar via dit model van te leren.



Literatuur

Bakel, M. van, Rooijen, S. van, Boertien, D., Kamoschinski, J., Liefhebber, S., & Kluft, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompentieprofiel*.

Verkregen op 30-10-2018 via <http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Ervaringsdeskundigheid.pdf>

Boertien, D. & Rooijen, S. van (2010). *Ervaringskennis in de ggz: een noodzaak*. Psychiatrische rehabilitatie, jaarboek 2010-2011, 36-46. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Boevink, W., Kroon, H., Vugt, M. van, Delespaul, P., & Os, J. van (2016) A user-developed, user run recovery programme for people with severe mental illness:

A randomized controlled trial. *Psychosis*, 8, 287-301.

Brummel, A. (2017). *Sociale verbinding in de wijk. Mogelijkheden voor sociale inclusie van wijkbewoners met een licht verstandelijke beperking of psychische aandoening*

(proefschrift). Geraadpleegd op 30-10-2018 via <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/173502/173502.pdf?sequence=1>.

Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A. et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness selfmanagement using wellness recovery action planning.

Schizophrenia Bulletin advance access. (march 14th2011).

Drake, R., McHugo, G., Becker, D., Anthony, W., & Clark, R., (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 391-399. Doi:10.1037/0022-006X.64.2.391.

EPA Taskforce Midden IJssel – Oost Veluwe (2017). *Werkprogramma EPA-Taskforce Midden IJssel – Oost Veluwe juni 2017*.

Verkregen op 30-10-2018 via <https://www.apeldoorn.nl/ter/fl-werkprogramma-epa-taskforce>.

Erp, N. van, Wezep, M. van, Boertien, D., Bakel, M. van, & Michon, H. (2015). *Werken met WRAP. Resultaten voor duurzaam werk bij werknemers met (ernstige)*

psychische aandoeningen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Mak, J., Davelaar, M., & Lee, I. van der (2009). *Jongeren keuren hun opvangvoorzieningen. Evaluatie van de Participatie Audit (zwerf-)jongeren Amsterdam*.

Verkregen op 5-11-2018 via https://www.verwey-jonker.nl/doc/jeugd/Jongeren%20keuren%20hun%20opvangvoorziening_3661.pdf.

Mierlo, T. van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie*. De Tijdstroom, juni 2013.

Smit, P. (2018). *Optimaal leven voor mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid. Een praktische handreiking over de inzet van ervaringsdeskundigen en naastbetrokkenen en het betrekken van wijk en omgeving*.

Verkregen op 30-10-2018 via <https://ggzdrenthe.nl/media/02-documenten/handreiking-optimaal-leven.pdf>.

Timmermans, M. (2018). 'Stop het defaitisme rond chronische patiënten'. *De Psychiater*, 26 (5), 10-12.

Valk, G. de, Siteur, I., & Vink, M. (2018). *Evaluatie proeftuinen Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht*. Geraadpleegd op 30-10-2018

via <https://guusschrijversacademie.nl/wp-content/uploads/2018/08/Evaluatie-proeftuinen-Taskforce-EPA-Midden-Westelijk-Utrecht-juni-2018.pdf>.

Weeghel, J. van, Bergmans, C., Couwenbergh, C., Michon, H. & Winter, L. de (2018). *Individual Placement and Support in The Netherlands: Past, present and future directions*. Manuscript ingediend voor publicatie.

