**Landelijk Platform GGz**

**Strategisch Meerjaren beleidsplan**

**2013 - 2016**

**versie 23 oktober 2013**

**1. Inleiding**

In een half jaar tijd heeft het LPGGz samen met haar lidorganisaties een strategische en inhoudelijke meerjarenkoers in beeld gebracht voor 2013-1016. Hierbij is eerst terug gekeken (waar komen we vandaan, wat ging er goed en wat juist niet), vervolgens waar we nu staan (wat zijn ons sterke en zwakke punten, waar liggen de kansen en bedreigingen) en daarna is er een koers uitgezet voor de komende jaren.

Het meerjarenbeleidsplan is in eerste instantie bedoeld voor intern gebruik. Het is in de voorliggende vorm gegoten na verschillende discussierondes met stakeholders, externe deskundigen en de achterban, waarbij zowel de mogelijkheden en bedreigingen voor de ggz en voor het LPGGz als netwerkorganisatie zijn besproken. We hebben gekeken wat we willen realiseren of minstens dichterbij willen brengen als belangenbehartiger en wat we daarvoor moeten doen. Daarnaast hebben we separaat met een aantal lidorganisaties gesprekken gevoerd.

De discussies zijn wijdlopig geweest en er hebben veel organisaties aan deelgenomen. Dit heeft de input geleverd voor de richting van het voorgenomen beleid. Samen met bureaumedewerkers en een externe projectleider hebben we de voorliggende versie geschreven. Deze versie is besproken in het netwerkoverleg met de leden, het beleidsoverleg met de beleidsmedewerkers, het bestuur van het LPGGz en de ALV.

Na vaststelling in de ALV is in de zomer het werkplan LPGGz 2014 worden geschreven op basis van het meerjarenbeleidsplan 2013-2016 van het LPGGz.

*Leeswijzer:*

* Als er familie staat, dan bedoelen wij familie en naasten.
* Als er lidorganisatie staat bedoelen wij lidorganisaties en de aangesloten leden van de twee kamers.

**2.** **Missie, visie, identiteit**

Het LPGGz is in 2007 opgericht door ggz-cliënten-/familieorganisaties om de krachten te bundelen voor alle ggz-cliënten en hun familie/naastbetrokkenen in Nederland. De statutaire doelstellingen zijn richtinggevend voor het meerjarenbeleidsplan:

* belangen behartigen namens cliënten/familie-organisaties,
* ondersteunen van de aangesloten organisaties.

Deze doelstellingen zijn in de afgelopen jaren geëvolueerd tot een waaier van cliëntengroepen en thema’s waar de belangenbehartiging en de ondersteuning op ingezet worden.

*Missie:*

Het Platform zet zich er voor in dat beleid en politiek rekening houden met de belangen van mensen met psychische gezondheidsproblemen en hun familie en naastbetrokkenen.

Het LPGGz wil er aan bijdragen dat:

* mensen met psychische gezondheidsproblemen dichtbij huis een goede behandeling, zorg en ondersteuning kunnen krijgen die leidt tot herstel of (minstens) vermindering van de klachten;
* mensen met psychische gezondheidsproblemen kunnen (blijven) deelnemen aan de maatschappij en zeggenschap houden over hun eigen (kwaliteit van) leven;
* er een positiever en realistischer beeld is over mensen met gezondheidsproblemen;
* cliënten- en familieorganisaties inbreng en invloed hebben bij de kwaliteitsverbetering van behandeling, zorg en ondersteuning;
* cliënten- en familieorganisaties goed kunnen functioneren door aandacht voor de randvoorwaarden, mogelijkheden voor informatie-uitwisseling, training, advies en ondersteuning bij projectontwikkeling.

*Visie:*

Het LPGGz heeft de overtuiging dat mensen psychische gezondheidsproblemen net als mensen met somatische gezondheidsproblemen een goede behandeling, begeleiding, zorg en ondersteuning verdienen. Het feit dat in de maatschappij een aantal mensen met psychische gezondheidsproblemen als een bedreiging zien, maakt dat (ex-)cliënten een stempel krijgen en soms uitgestoten worden uit hun sociale groep of maatschappelijke inbedding. Het opnemen van cliënten in een instelling draagt daar aan bij en maakt het voor cliënten moeilijk hun sociale en maatschappelijke rollen te blijven vervullen. Doel van de ggz moet in onze ogen zijn het bieden van adequate en effectieve behandeling en ondersteuning en het optimaliseren van de sociale en maatschappelijke positie en de kwaliteit van leven.

*Identiteit*

Het LPGGz is de landelijke netwerkorganisatie van cliënten/familieorganisaties en functioneert door een taakverdeling met de lidorganisaties. De taken op het gebied van de algemene (dus niet aandoeninggebonden) landelijke en regionale pleitbezorging en belangenbehartiging zijn aan het LPGGz opgedragen. De lidorganisaties dragen hiervoor kennis, informatie, ervaringsdeskundigheid, ervaringsverhalen, meningen en aandachtspunten aan. Door deze samenwerking tussen lidorganisaties en platformbureau/directie kan met professionele ondersteuning de cliënten- en familie-inbreng in de belangenbehartiging worden geborgd.

**3. Relevante externe ontwikkelingen**

Het LPGGZ is in de afgelopen 6 jaar uitgegroeid tot een belangrijke speler in het krachtenveld van de ggz, waarin zorgaanbieders en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, overheid en uitvoeringsorganisaties de andere belangrijkste spelers zijn. Het algemene én het ggz-zorgveld is erg in beweging de laatste jaren, vooral sinds de invoering van de WMO en de overheveling van de ggz naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het zorgstelsel is om de zoveel jaar aan verandering/bijsturing onderhevig. Dit is een verantwoordelijkheid van de rijksoverheid die de wet- en regelgeving aanpast aan veranderende eisen van de tijd, economische voor- of tegenspoed en signalen op basis van praktijkervaring van zorgverleners, cliënten, familie en zorgverzekeraars.

In dit hoofdstuk brengen we een aantal ontwikkelingen in de ggz en andere maatschappelijke sectoren in kaart die voor het LPGGz belangrijk zijn. We omschrijven ze als kansen of bedreigingen.

**3.1 Ontwikkelingen in de ggz**

De ggz staat voor de actuele uitdaging om de kostengroei te beperken, terwijl de kwaliteit van de ggz-zorg en de toegankelijkheid, voor mensen die daar op aangewezen zijn, gegarandeerd blijven. Tegelijk is in de ggz, een grote beweging gaande van zorg binnen de instelling naar zorg in de wijk. Steeds meer mensen gaan of blijven zelfstandig wonen. Voor huisvesting, welzijn, dagactiviteiten zijn ze in toenemende mate afhankelijk van algemene voorzieningen. Waar vroeger de ggz nog op tal van levensgebieden bescherming en ondersteuning bood, is men nu aangewezen op andere organisaties zoals woningcorporaties, welzijnswerk, schuldhulpverlening, enzovoort.

Deze transformatie van de ggz is mede met inzet van het LPGGz in gang gezet, om tegemoet te komen aan een aantal hardnekkige knelpunten op het gebied van kwaliteit van zorg en begeleiding, gebrek aan informatie en inzicht in de ggz voor cliënten en familie en de behoefte aan meer keuze van hulpverleners, zeggenschap en regie voor cliënten over de behandeling en begeleiding.

De belangrijkste partijen in de ggz hebben met elkaar en met de rijksoverheid een ambitieus Bestuurlijk Akkoord gesloten en een programma opgesteld, mede in het licht van de financiële doelstellingen van het kabinet. Het LPGGz is, als vertegenwoordiger van cliënten/familie in de ggz, hierbij betrokken geweest en heeft een substantiële rol vervuld bij de voorbereiding en invulling van dit *Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2014*. Tussen de relevante marktpartijen en de overheid zijn afspraken gemaakt over de volgende onderwerpen:

1. Versterking eerste lijn en basis-ggz; beperking toestroom naar specialistische ggz-zorg
2. Versterking zelfmanagement/eigen kracht van cliënten
3. Ontwikkeling zorgstandaarden, richtlijnen
4. Afbouw beddencapaciteit
5. Opschaling ambulante zorg
6. Terugdringen dwang en drang
7. Prestatiebekostiging zorgaanbieders; afrekenen op het leveren van effectieve en doelmatige zorg. Naast de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord voor de ggz 2013-2014 zijn andere relevante ontwikkelingen aan de orde, zoals:
8. Overheveling lichte vormen van begeleiding en dagbesteding vanuit de AWBZ naar de WMO, naar de gemeenten.
9. Scherpere toetsing van zorg m.b.t. financiering vanuit het verzekerde pakket.

Ontwikkeling van familiebeleid bij instellingen: modernisering modelregeling familiebeleid: betrokken omgeving en professionalisering van de familieraden.

**Overzicht van kansen en bedreigingen**

***1. Versterking eerstelijnszorg en basis-ggz; beperken toestroom naar specialistische ggz***

De instroom en doorstroom van cliënten zal meer onder regie van de huisarts en de cliënt en zijn naasten gaan plaatsvinden. Doel daarvan is dat zorg in de eerste lijn wordt verleend door de huisarts met praktijkondersteuning (POH ggz) en indien nodig met de basis-ggz in de buurt. Er zal worden getracht een onderscheid te maken tussen psychische klachten (gebaseerd op het DSM) en psychosociale en levensproblemen, die een andere aanpak vergen. Verwijzing naar de gespecialiseerde ggz tracht men daarmee af te remmen, maar er is en blijft passende zorg beschikbaar.

*Kansen*

Adequate en tijdige zorg in de directe leefomgeving van de cliënt. Minder kans op stigmatisering, onnodige medicalisering en te zware/dure behandeling.

*Bedreigingen*

Te late onderkenning van de ernst van de problematiek; inadequate diagnosestelling. Onvoldoende kennis en ervaring bij huisartsen van betreffende psychische klachten.

Overbelasting van het systeem (familie en naastbetrokkenen).

***2. Versterking zelfmanagement/eigen kracht van cliënten***

De maatschappelijke ontwikkeling vragen naar een sterkere positie voor cliënt en familie om keuzes te kunnen maken op basis van inzicht in aanbod en kwaliteit van zorg is ook in de ggz opgepikt. De cliënt heeft een eigen verantwoordelijkheid en neemt zelf beslissingen. In de zorg is het van belang dat keuzes, na overleg van hulpverlener met cliënt en ook de familie van de cliënt (triadische werkwijze), worden gemaakt.

*Kansen*

Door cliënten in hun eigen kracht te zetten, de relatie met de behandelaar gelijkwaardiger te maken (shared decision making), keuze-informatie beschikbaar te stellen, keuzemogelijkheden aan te bieden, worden de mogelijkheden verbeterd om de zorg toe te spitsen op de individuele wensen en behoeften van cliënten, persoonlijk herstel te bevorderen, zorgafhankelijkheid terug te dringen en overconsumptie tegen te gaan.

*Bedreigingen*

In het ‘participatie denken’ dreigt men soms te vergeten dat zorg ook noodzakelijk is. Wanneer cliënten aangesproken worden op hun eigen kracht, mogen we hun kwetsbaarheden niet uit het oog verliezen. Er is een onderscheid tussen persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel. Het is niet voor iedereen weggelegd om volledig te participeren in het arbeidsproces, in het verenigingsleven, in de buurt. In plaats van een overgang van zorg naar participatie, is er meer behoefte aan een verbinding van zorg en participatie, waarbij mensen volledig gezien worden, met al hun mogelijkheden en beperkingen, hun kracht en kwetsbaarheid.

Eenzijdige nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten, zonder de beschikbaarheid en invulling van de adequate voorwaarden om hier inhoud aan te geven, brengt het risico met zich mee dat de cliënt met lege handen komt te staan. Er moet in een aantal voorwaarden voor zelfmanagement en herstelondersteuning worden voorzien om de cliënten in hun eigen kracht te zetten: empowerende attitude van hulpverleners, keuze-informatie, keuzetools, herstelondersteuning (herstelwerkgroepen, beschikbaarheid, methodieken voor cliënten zoals Wellness Recovery Action Plan), etc..

***3. Ontwikkeling zorgstandaarden, richtlijnen***

Net als in andere zorgsectoren is de behoefte aan meer zicht op kwaliteit en effectiviteit van behandelingen en zorg de afgelopen jaren toegenomen. Dit geldt zowel voor de cliënten/familie als voor de zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de inkoop van zorg van goede kwaliteit voor een redelijke prijs. Routine Outcome Monitoring (ROM), CQ-Index en klantervaringsmetingen, zorgstandaarden, richtlijnen en vergelijkende informatie horen daar bij.

*Kansen*

In zorgstandaarden is er oog voor meerdere levensterreinen en hun samenhang, waarop de aanwezigheid van aandoening/stoornis qua functioneren van de cliënt, invloed heeft en beschouwt deze integraal. De inbreng van ervaringskennis door cliënten- en familieorganisaties, naast wetenschappelijke kennis en professionele expertise bij zorgstandaarden en richtlijnen, biedt in toenemende mate mogelijkheden om te komen tot een uitgebalanceerde beschrijving van kwalitatief goede - state of the art - zorg voor de respectievelijke cliënten. De cliënteninbreng bij kwaliteitsstandaarden wordt bij wet geborgd. Het streven is om hierbij ook de familie te betrekken.

*Bedreigingen*

Zorgstandaarden en richtlijnen kunnen, bij onjuist gebruik, in de weg staan bij het op individuele maat plannen en uitvoeren van zorg.

Het implementeren en toepassen van zorgstandaarden/richtlijnen vergt doorzettingsmacht, om vrijblijvendheid bij behandelaren te vermijden. Adequaat toegeruste cliënten kunnen hier zelf een rol in spelen, mits zij geïnformeerd worden over de inhoud van zorgstandaarden/richtlijnen. Zorgverzekeraars kunnen het naleven van zorgstandaarden/richtlijnen meenemen bij de zorginkoop.

***4. Afbouw beddencapaciteit***

Nederland kent internationaal gezien relatief een groot aantal bedden in de ggz. Een (langdurige) opname zet de cliënt op afstand van de samenleving, bevordert afhankelijkheid en is niet bevorderlijk voor het persoonlijk herstel. Bij minder beddencapaciteit zullen hulpverleners meer moeite (moeten) doen om cliënten en hun naasten goed te ondersteunen in hun eigen leefsituatie. Ook de prikkel van ‘bedden die leegstaan’ is dan minder sterk.

*Kansen*

Een kleinere beddencapaciteit betekent voor cliënten dat de kans op stigma en afhankelijkheid afneemt. De druk op de samenleving om ruimte te maken voor ggz-cliënten neemt juist toe.

*Bedreigingen*

Het beperken van de opnamecapaciteit zonder gelijktijdige opschaling van adequate ambulante zorg, woon-zorgcombinaties, sociale en maatschappelijke participatiemogelijkheden brengt het risico van sociale en maatschappelijke marginalisering, een verslechtering van de kwaliteit van leven met zich mee.

Door een verschuiving van zorg naar de eigen woonsituatie komt een toenemende druk te liggen op de naastbetrokkenen. Bij veel ggz-cliënten is sprake van een beperkt sociaal netwerk. Als familieleden in beeld zijn, zijn ze vaak overbelast.

Het is beleid van de overheid om mensen met hulpvragen steeds meer te verwijzen naar hun eigen sociale netwerk. Naast directe familie wijst men dan ook op buren, vrienden, lotgenoten en eventueel een daaromheen te organiseren ‘netwerk’. De methode Eigen Kracht Conferenties (EKC) zijn een voorbeeld van vrijwillige inzet rond mensen die gesteund worden door een combinatie van familie, vrienden, lotgenoten, buren, etc.

Eenzijdige nadruk op beddenafbouw kan de leefomstandigheden van cliënten die op verblijf blijven aangewezen, kwalitatief onder druk zetten (afnemende investeringen in gebouwen, teruglopende ondersteunende diensten, etc.).

***5. Opschaling ambulante zorg***

De grootste groep mensen met psychische klachten wordt ambulant behandeld en begeleid. Voor de groep mensen met langdurende en ernstige psychische klachten die nu wordt opgenomen, zal verandering van behandeling en begeleiding naar ambulante hulp moeten worden omgebouwd. Voorbeelden hiervan zijn er al in toenemende mate en die zullen moeten worden opgeschaald.

*Kansen*

Adequate ambulante zorg in onder meer de vorm van multidisciplinaire teams (FACT), samenwerkingsverbanden met sociale en maatschappelijke actoren (organisaties voor huisvesting, werk, welzijn, mantelzorgondersteuning, thuiszorg, etc.) betekent een verbetering van de kansen voor ggz-cliënten om sociaal en maatschappelijk te (blijven) participeren. In de nieuwe regelingen worden familie en naasten meer serieus genomen en krijgen zo een vaste en erkende plek in de zorg. De inzet van ervaringsdeskundigheid kan hierbij een belangrijke rol vervullen, zoals uit praktijk en onderzoek gebleken is. De rehabilitatie- en herstelbenadering maken hier al met succes gebruik van.

*Bedreigingen*

Adequaat inhoud geven aan ambulante zorg, waarmee sociale en maatschappelijke participatie wordt bevorderd, vergt specifieke vaardigheden van hulpverleners en begeleiders in de zorgketen, die verder gaan dan het gericht zijn op medisch herstel. Hier is dringend aandacht nodig voor professionele bijscholing en zorgcoördinatie en de inzet van andere organisaties in de keten. Tekortschietende ambulante zorg kan bijvoorbeeld leiden tot een toename aan gedwongen opnames en/of blijvende eenzijdige afhankelijkheid van ggz-zorg.

Daarnaast moet de maatschappij klaar zijn voor meer mensen met psychische problemen in de wijk. Anders dreigt vereenzaming en uitsluiting. Daarnaast kan dit betekenen, dat familie en naasten meer belast worden.

***6. Terugdringen dwangtoepassing***

De toepassing van dwang wordt teruggedrongen en met waarborgen voor de cliënt omgeven. Ook vindt registratie hiervan plaats om de toepassing te kunnen monitoren.

*Kansen*

Het beschikbaar komen van betrouwbare registratiegegevens m.b.t. het gebruik van dwang en drang-maatregelen maakt het mogelijk om op dit punt tekortschietende zorgaanbieders adequaat in beeld te krijgen en aan te spreken. De registratie behoort tot de kernset van prestatie-indicatoren.

*Bedreigingen*

De definitie van dwang en drang staat gedeeltelijk nog steeds ter discussie. Moet het afsluiten van de eigen kamer van de cliënt ook geregistreerd worden? Het komen tot betrouwbare gegevens m.b.t. dit onderwerp blijft een voortdurend punt van zorg.

***7. Prestatiebekostiging zorgaanbieders; afrekenen op het leveren van effectieve en doelmatige zorg***

De inkoop van effectieve en doelmatige zorg door zorgverzekeraars vergt goed zicht op de kwaliteit en effectiviteit van de zorg die door ggz-zorgaanbieders wordt geboden. Cliënten- en familie-ervaringen zijn belangrijk bij het ontwikkelen van prestatie-indicatoren en kwaliteitscriteria.

*Kansen*

Zorg die toegevoegde waarde heeft voor cliënten verdient financiering. Zorg die niet bijdraagt aan het herstel (medisch, persoonlijk, sociaal, maatschappelijk, functioneel) van de cliënt niet. Zicht hierop zal leiden tot een adequate besteding van het beschikbare zorgbudget.

*Bedreigingen*

Het betrouwbaar meten van de effectiviteit van de ggz is nog volop in ontwikkeling. Een aandachtspunt hierbij is of de voor de cliënt relevante uitkomstmaten in voldoende mate aan bod komen. Een ROM-instrument voor het meten van de mate van herstel bevindt zich nog in het beginstadium van ontwikkeling.

***8. Overheveling begeleiding en dagbesteding vanuit de Awbz naar Wmo/gemeenten***

Het nieuwe kabinet wil begeleiding van cliënten dicht bij de mensen regelen. Daarom worden delen uit de AWBZ overgeheveld naar de WMO. De gemeenten worden daarmee verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van individuele begeleiding, dagbesteding en persoonlijke verzorging.

*Kansen*

De Kanteling die gemeenten willen doorvoeren biedt perspectieven voor maatschappelijke integratie van mensen met langdurende problematiek. Dit kan ertoe leiden dat mensen niet meer onnodig lang afhankelijk blijven van professionele zorg, maar dat oplossingen op maat gevonden worden in combinatie met versterking eigen kracht, inzet van het sociale netwerk (formele en informele zorg versterken elkaar) en collectieve voorzieningen. Ook zijn er kansen op een meer integrale ondersteuning bij problemen op verschillende levensgebieden en op grotere toegankelijkheid van algemene voorzieningen voor de ggz-doelgroep.

*Bedreigingen*

Cliënten raken afhankelijk van het beleid van hun eigen gemeente, ze verliezen recht op verzekerde zorg. Er kan rechtsongelijkheid ontstaan tussen gemeenten. Wanneer de Kanteling niet goed wordt doorgevoerd leidt dit tot snel verlies van professionele ondersteuning, ook in die gevallen waar men niet zonder kan. Veel specifieke ggz-voorzieningen zoals dagactiviteitencentra en inloopcentra (dreigen te) verdwijnen. De bezuinigingen waarmee de transitie gepaard gaat, vergroten het risico op het wegvallen van noodzakelijke zorg en voorzieningen. Er wordt op deze manier veel verantwoordelijkheid bij het sociale netwerk neergelegd. Hun draagkracht is niet eindeloos.

***9. Transitie van de Jeugd-ggz naar Zorg voor Jeugd***

Het voornemen van het kabinet is om per 2015 alle jeugdzorg, inclusief de jeugd-ggz, onder verantwoordelijkheid van de gemeenten te brengen. Met deze transitie wil men tevens een transformatie bevorderen naar meer integrale zorg voor jeugdigen volgens het principe ‘één gezin één plan’.

*Kansen*

De nieuwe jeugdwet biedt kansen voor meer integrale zorg en een betere samenwerking tussen jeugd-ggz en andere vormen van zorg en ondersteuning ten behoeve van jeugdigen en gezinnen. Hiervan kunnen met name jeugdigen en gezinnen in de jeugd-ggz profiteren die te maken hebben met problemen op meerdere levensgebieden (complexe zorgvragen) en daarnaast jeugdigen en gezinnen die verwezen zijn naar de algemene jeugdzorg en ook te maken hebben met psychische of psychiatrische problematiek.

*Bedreigingen*

De overheveling betekent dat jeugd-ggz geen ‘verzekerde zorg’ meer is; wettelijke rechten die in de Zvw zijn geregeld staan op het spel. Er komen nieuwe schotten tussen somatische en psychische zorg; tussen zorg voor 18- en 18+; tussen huisarts en specialist. Wanneer geneeskundige zorg voor jeugdigen met een psychiatrische problematiek onder de nieuwe jeugdwet komt te vallen, worden patiënten afhankelijk van hun gemeente voor toegang, kwaliteit en keuzevrijheid in en van de zorg. Er zijn twijfels of alle gemeenten wel voldoende deskundigheid in huis hebben om goede zorg te kunnen waarborgen.

Bovenstaande beschouwende, wegen de kansen niet op tegen de bedreigingen.

***10. Scherpere toetsing van zorg m.b.t. financiering vanuit het verzekerde pakket***

*Kansen*

Door scherpere toetsing in het verzekerde pakket worden medicalisering en overbehandeling tegengegaan. De financiële middelen komen dan meer ten goede aan mensen met ‘echte’ aandoeningen en zwaardere problematiek, die het echt nodig hebben. De psychiatrie kan zich concentreren op echte ziekten en stoornissen en hoeft zich niet meer bezig te houden met levensproblemen. Dit zal de beeldvorming van de psychiatrie en psychiatrische cliënten ten goede komen.

*Bedreigingen*

Behandeling van bepaalde stoornissen worden niet meer of zelden meer vergoed. Mensen met (schijnbaar) lichte problematiek verliezen hun zorg, waardoor kans op verergering aanwezig is. De beeldvorming dat psychiatrische aandoeningen niet serieus zijn en door ‘een goed gesprek met de buurvrouw’ verholpen kunnen worden, kan versterkt worden. Mede door die beeldvorming kan de ggz onevenredig hard getroffen worden in bezuinigingen.

* 1. **Ontwikkelingen in andere beleidsdomeinen**

Zorg en ondersteuning voor mensen met beperkingen worden in toenemende mate gedecentraliseerd en worden daarmee een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Voorbeelden zijn de grote decentralisaties van extramurale begeleiding en andere AWBZ-functies, arbeid en jeugdzorg. De decentralisaties gaan gepaard met een regierol voor gemeenten en het streven naar een meer integrale aanpak.

De decentralisaties worden soms ook gezien als een beweging ‘van zorg naar participatie’. Mensen met een beperking mogen en moeten meedoen in de samenleving. De aandacht verschuift van hun beperkingen naar hun mogelijkheden. Deze omslag in overheidsbeleid valt gedeeltelijk samen met een beweging in de ggz zelf. Cliënten- en familieorganisaties pleiten al lang voor meer aandacht voor participatie en burgerschap; de HEE-beweging is daar een voorbeeld van. Met het visiedocument ‘Herstel en Burgerschap’ heeft GGZ Nederland zich hierbij aangesloten.

Met name mensen met zware psychiatrische problematiek verkeren doorgaans in een maatschappelijke achterstandssituatie. Dat blijkt uit allerlei gegevens over inkomen, arbeidsparticipatie, maatschappelijke integratie, enzovoort. Extra aandacht voor deze ggz-doelgroep bij ontwikkeling van lokaal beleid lijkt daarom noodzakelijk. Sommige gemeenten erkennen dit, andere gemeenten kiezen principieel voor een inclusief beleid zonder aandacht voor specifieke cliëntengroepen.

Mede door discussies rond de participatiewet en quotumregeling is er wel veel aandacht voor de positie van mensen met een beperking op de arbeidsmarkt. Positief is ook dat in de nieuwe wetgeving de mogelijkheden op arbeid voor iedereen centraal staan en dat gemeenten een ondersteuningsfunctie krijgen voor al hun burgers, ongeacht welke soort uitkering zij krijgen. Daar staat tegenover dat gemeenten steeds minder financiële middelen krijgen om mensen daadwerkelijk naar werk te begeleiden. Door de economische crisis zijn de vooruitzichten op korte en middellange termijn voor verbetering van de inkomens- en arbeidspositie niet rooskleurig.

Naast het verkrijgen van werk is ook behoud van werk een belangrijk thema voor mensen met psychiatrische problematiek. Psychische problemen liggen vaak ten grondslag aan arbeidsuitval. In het algemeen is er het besef dat een complexe, snelle samenleving leidt tot extra uitval van kwetsbare mensen in arbeid en onderwijs. Een belangrijk deel van de ggz-doelgroep is (nog) niet in staat om regulier betaald werk te verrichten. Voor hen is het belangrijk dat er een variëteit van voorzieningen is op het gebied van activering, vrijwilligerswerk, beschermd werk, enzovoort.

Vooroordelen en stigmatisering zijn nog steeds een belemmering voor participatie van mensen met psychiatrische problematiek. Bestrijden van het stigma is nodig zowel om de toegang tot de arbeidsmarkt te vergroten als om de sociale integratie in de wijk te vergroten.

*Kansen*

* Verschuiving van zorg naar de wijk kan een positief effect hebben op de maatschappelijke positie van (ex-)cliënten en de normalisering van hun bestaan, zeker als ondersteuning meer gericht wordt op herstel en participatie.
* Decentralisaties en regiefunctie gemeenten kan leiden tot meer integrale ondersteuning op alle levensgebieden.
* De aandacht verschuift meer naar de kwaliteit van bestaan en de compensatie van beperkingen net als bij mensen met een chronische somatische aandoening.
* Participatiewet en discussie over de quotumregeling kunnen leiden tot meer aandacht voor arbeidsparticipatie van mensen met psychiatrische problematiek. Arbeid op zichzelf draagt sterk bij aan herstel en gevoel van eigenwaarde.
* VN-verdrag en anti-stigma kunnen elkaar versterken en daarmee bijdragen aan maatschappelijke acceptatie en aan meer inclusief beleid van gemeenten en maatschappelijke organisaties.
* Participatie en eigen kracht bieden mogelijkheden voor meer inzet van ervaringsdeskundigheid en cliënten- en familie-initiatieven op het gebied van onderlinge steun en activering. Er is ook toenemende aandacht voor de rol van cliënteninitiatieven bij (arbeids-)re-integratie.

*Bedreigingen*

* Vereenzaming en verwaarlozing voor cliënten met beperkt of geen sociaal netwerk
* Mantelzorgers worden zonder verdere begeleiding of ondersteuning (te zwaar) belast met de extra zorg en ondersteuning voor een zieke partner/kind/ouder en gaan daaraan onderdoor;
* Grote verschillen in gemeentelijk beleid die behalve positief ook negatief kunnen uitvallen. Er zijn geen wettelijke minimumeisen voor gemeentes rond de gedecentraliseerde wet- en regelgeving.
* Wegvallen van noodzakelijke individuele of collectieve voorzieningen door bezuinigingen.
* Te weinig aandacht voor zorgaspecten en specifieke beperkingen door eenzijdige focus op participatie en doelgroepoverstijgend beleid.
* Wegvallen van dagbestedings- en werkvoorzieningen voor mensen die (nog) niet toe zijn aan regulier werk; onvoldoende ondersteuning bij het verkrijgen en behouden van werk.
* Slechte woonsituatie door de kosten van huisvesting (lage inkomens), gebrek aan geschikte woningen, plaatsing cliënten in slechte wijken.

**4. Interne ontwikkelingen binnen LPGGz: sterke en zwakke punten**

*Voorgeschiedenis*

De patiënten- en familieorganisaties in de ggz waren voorloper in de geschiedenis van de patiëntenbeweging. De ggz-beweging werd in vroegere tijden gedreven door verontwaardiging om misstanden en onmenselijke behandelsituaties in de zorg. Verschillende landelijke organisaties zoals de Cliëntenbond, Stichting Pandora, Stichting Landelijke Patiënten Raden (LPR), Ypsilon en Labyrinth~in Perspectief waren vaak afzonderlijk bezig met de belangenbehartiging voor mensen met psychische problemen en hun familie. Het was een kritische en strijdbare beweging. Door de versnippering werd er echter onvoldoende met één stem gesproken. Hierdoor ontbrak het aan collectieve massa en tegenmacht. Er zijn een aantal initiatieven ontplooid om tot meer samenwerking en/of fusie te komen, maar deze liepen op niets uit.

Tot in 2003, toen door vijftien organisaties het initiatief werd genomen om tot verdere samenwerking en krachtenbundeling te komen. Men heeft zich verenigd tot een sterke tegenspeler in het landelijke krachtenveld van de ggz. In deze beginjaren is stap voor stap vooruitgang geboekt in gezamenlijke visievorming en belangenbehartiging. De deelnemende organisaties ontdekten steeds meer de meerwaarde van een gezamenlijk Platform omdat zij bepaalde overstijgende thema’s niet meer zelf hoefden op te pakken en konden uitbesteden aan het Platform.

In 2006 werd de samenwerking geformaliseerd en is de Vereniging Landelijk Platform GGz opgericht. Het Fonds Psychische Gezondheid en het toenmalige Fonds PGO hebben gezorgd voor een startsubsidie. In september 2007 is een ondersteunend bureau opgestart. Vanwege beperkte subsidie was er sprake van een smalle bezetting: een bureaumanager, een beleidsmedewerker en een directeur.

*Meerjarenbeleidsplan*

De vereniging is gestart met de vaststelling van een meerjarenbeleidsplan. De belangrijkste doelstellingen hierbij waren:

1. Het op landelijk niveau behartigen van de belangen van alle mensen met psychische problemen en naastbetrokkenen.
2. Het verbeteren van de positie van mensen met psychische problemen en naastbetrokkenen
3. Het bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen.
4. Het bevorderen van ondersteunings(mogelijkheden)van mensen met psychische problemen en naastbetrokkenen
5. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning
6. Het versterken van competenties van leden op terrein van zelfhulp, lotgenotencontact, etc.
7. Het behartigen van de belangen van de lidorganisaties (met extra aandacht voor de organisaties die cliëntgestuurd zijn).

*Knelpunten bij opstart*

Bij de start kreeg het bureau de verantwoordelijkheid voor een grootschalig innovatieprogramma, genaamd Lokale Versterking. Dit was een heel complex en grootschalig programma, dat nauwelijks gedragen kon worden door het nog opstartende bureau. Voor de aansturing van het programma is een externe programmacoördinator aangesteld met ruime verantwoordelijkheden. Hierdoor ontstond er enerzijds voor de directeur meer ruimte en tijd om het bureau van het platform op te bouwen en de doelstellingen van het meerjarenplan te verwezenlijken. Anderzijds bood het Programma Lokale Versterking de mogelijkheid om als Platform mee te liften op het terrein van visieontwikkeling, productontwikkeling, beeldvorming, communicatie en PR.

De opstart van de vereniging werd daarnaast bemoeilijkt door onderling wantrouwen tussen lidorganisaties, wat voortkwam uit tegenstrijdige organisatiebelangen en/of persoonlijke verhoudingen tussen mensen. Er was sprake van cultuurverschillen tussen lidorganisaties: grote professionele lidorganisaties versus kleine vrijwilligersorganisaties, cliëntenorganisaties versus familieorganisaties, de oude gevestigde orde tegenover nieuwkomers. Door belangen- en visieverschillen kwamen gezamenlijke standpunten, brieven en acties in de beginperiode moeizaam tot stand. De moeilijkste kloof was die tussen cliënten en familie: hierbij bestond vooral bij cliënten(organisaties) de vrees dat zij in een onbewaakt ogenblik ondergesneeuwd zouden raken door de mondige familie(organisaties).

Het ontbrak het LPGGz bij de opstart aan structurele instellingssubsidie. Hierdoor was het lastig om een lange termijn organisatieplan te maken. Elk jaar moest veel tijd worden geïnvesteerd in het zoeken naar geld (met name projectsubsidies) om de kerntaken te kunnen uitvoeren. Het vroeg een lange adem en een intense en consequente politieke lobby om voor het LPGGz structurele en toereikende subsidie te verwerven.

**Randvoorwaarden**

De focus bij de opbouw van het LPGGz lag bij het realiseren van een aantal essentiële randvoorwaarden voor de landelijke koepel:

1. Legitimiteit

* Zonder draagvlak en onderlinge verbondenheid van de lidorganisaties is er geen legitimiteit voor het Platform
* Het LPGGz moet de totale achterban in zich verenigen (zowel mensen met lichte als met ernstige en complexe zorgvragen)
* Een collectieve boodschap die authentiek en herkenbaar is en zuiver gestoeld op gedeelde ervaringskennis
* Bewustzijn lidorganisaties van de meerwaarde van krachtenbundeling (door gezamenlijke lobbyresultaten zichtbaar te maken en te verspreiden). Het Platform moet een plek zijn van ontmoeting, uitwisseling en visievorming: hier is onderling vertrouwen en solidariteit voor nodig.

2. Erkenning

* Het LPGGz was bij aanvang een onbekende speler in het ggz-veld. Voor landelijke beleidsbeïnvloeding is erkenning nodig als DE derde partij in de ggz, DE landelijke gesprekspartner namens cliënten en naastbetrokkenen.
* Er is hard gewerkt aan bekendheid, afstemming, samenwerking en onderhandeling richting andere ggz-partijen, zoals GGZ Nederland, NVvP, NIP, ZN, VWS en politieke partijen.
* Er is gewerkt aan een landelijk extern netwerk (Ministeries, politiek, ggz-veldpartijen) dat tevens ingang biedt voor de lidorganisaties.
* In 2008 ontvingen we de Hanny van Leeuwen prijs voor een project ‘Op je tellen passen’, een landelijk project over zorginkoop in de ggz. Dit was een welkome bevestiging dat het LPGGz erkend werd als ggz-koepel en inhoudelijk op de goede weg was.

3. Positie

* De patiëntenbeweging kende bij aanvang vier koepels: de NPCF, CG-raad, Federatie van Ouderverenigingen en de CSO.
* Bij aanvang van de vereniging speelde de vraag: vallen we *onder* de NPCF? Of onder de CG-raad? De achterban bepaalde anders: het LPGGz moet als koepel van ggz-cliënten en naastbetrokkenen een nevengeschikte en gelijkwaardige koepel worden. Dit is de opdracht geworden van het meerjarenbeleid.

4. Organisatie

* Belangrijke randvoorwaarde is een structurele en toereikende instellingssubsidie. Het LPGGz begon als kwetsbare organisatie. Het ontbrak aan een structurele instellings-subsidie. Hierdoor kon de continuïteit van de collectieve belangenbehartiging niet gewaarborgd worden. Er zijn veel gesprekken gevoerd met het Fonds PGO, VWS en politieke partijen.
* De interne organisatie moet op orde zijn: secretariaat, ledenadministratie, financiële administratie, projectadministratie, urenregistratie, P&O-beleid, huisvesting, ICT en telefonie.

5. Imago

* Het LPGGz was bij aanvang onbekend in de ggz-sector. De belangrijkste opdracht in de beginperiode was dan ook zichtbaar worden door het in beeld brengen van collectieve ervaringen en belangen van ggz-cliënten en naastbetrokkenen en via diverse wegen communiceren wat het LPGGz is en waar we voor staan.
* Hierbij is de strategie gekozen om vooral de boodschap uit te dragen wat we WEL willen en wat er in onze ogen veranderd moet worden. We stralen uit dat we een kritische, constructieve en betrouwbare samenwerkingspartner zijn.

*Wat hebben we bereikt?*

Vanuit cliënten- en familieperspectief gezien zijn de volgende punten te beschouwen als resultaten van 2007-2012:

* De opzet van een ggz-netwerkorganisatie met draagvlak van de achterban
* Verbeterde interne sfeer, met meer onderling vertrouwen en commitment
* Brede erkenning als ggz-partij
* Gelijkwaardige en nevengeschikte positie als PGO-koepel in de top van de patiëntenbeweging
* Voldoende structurele instellingssubsidie om de collectieve taken uit te voeren
* Een persoonlijk netwerk en directe ingang bij ggz-partijen, zorgverzekeraars, overheid (VWS, SZW, OCW), landelijke politiek en gemeenten voor cliënten- en familie-inbreng in de beleidsvorming (landelijk en lokaal);
* Een goed georganiseerde bureauorganisatie
* Voldoende bekendheid en positief imago als samenwerkingspartner, onderhandelaar, spreekbuis en belangenbehartiger

Middels de brede belangenbehartiging die aansluit bij de onderliggende sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen zijn de volgende inhoudelijke doelstellingen behaald:

* Goede aanzet gegeven tot brede implementatie familiebeleid binnen zorginstellingen
* Meer aandacht voor en transparantie rond terugdringen dwang en drang
* Meer transparantie over de kwaliteit en effectiviteit van zorg voor cliënten, middels CQ-index, ROM, ARGUS
* Meer aandacht voor de vraagsturing/zeggenschap/eigen regie van de cliënt;
* Stichting voor een actieve aanpak van stigmabestrijding
* Invloed op de stelselwijzigingen in de ggz: onder andere de eigen bijdrage ggz van tafel
* Invoering van algemene leveringsvoorwaarden in de ggz in samenwerking met GGZ Nederland.

*Wat hebben we niet bereikt?*

* In tegenstelling tot de versterking van de organisatie en de realisatie van structurele subsidie van het LPGGz, werd de subsidiëring van de aangesloten lidorganisaties drastisch ingeperkt. Dit was een enorme aderlating en kaalslag onder de achterban. Ondanks actieve lobby van het LPGGz richting ministerie en politiek is het niet gelukt deze bezuiniging te voorkomen;
* Een klein aantal kleine lidorganisaties (met name cliëntenorganisaties) participeren minimaal of zijn afgehaakt. Ze ervaren het LPGGz als een ‘soort Europa’: de algemene belangen zijn te vaag, het beleidsjargon te abstract en de boodschappen staan te ver af van de beleving van cliënten.
* De lokale en regionale infrastructuur van de ggz-cliënten- en familiebeweging is nog kwetsbaar. De subsidies van gemeenten, verzekeraars en zorginstellingen zijn afgenomen of gestopt. Hierdoor zijn veel RCO’s en cliënteninitiatieven verzwakt of omgevallen. Ook zijn er nog gebieden waar geen RCO is. Sommige (onafhankelijke) cliëntgestuurde initiatieven zijn geadopteerd door zorginstellingen.
* Ondanks de toegenomen aandacht voor het terugdringen van Dwang en Drang, het inzicht in good practices en de afspraak om uniform te registreren middels ARGUS, gaat het veranderproces binnen zorginstellingen traag en is het urgentiebesef laag.
* Familiebeleid staat bij instellingen op het netvlies. Toch scoren maar zeven zorginstellingen in Nederland op de twee pijlers van familiebeleid, te weten familiebeleid in de organisatie (familieraad, familievertrouwenspersoon en klachtenregeling voor familie) en bejegening familie (informeren, ondersteunen, betrekken en bereikbaarheid), voldoende (vier sterren).
* De eigen bijdrage was een maatregel die gebaseerd is op een slechte beeldvorming over de ggz en de uiteenlopende zorgvraag van cliënten en familie. De eigen bijdrage is van tafel, de maatschappelijke beeldvorming is nog steeds slecht.
* We hebben actief geparticipeerd in Zichtbare Zorg. Zorginstellingen leggen maatschappelijke verantwoording af op basis van de Prestatie Indicatoren. Op landelijk niveau zijn er echter geen vergelijkende gegevens en kwaliteitsinformatie voor cliënten/familie, die gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsimpulsen en keuze-ondersteunende informatie.
* In samenwerking met de SLKF is een verzoek ingediend bij VWS om familieraden in de ggz tot een wettelijke verplichting te maken via de Wet cliëntenrechten zorg. Dit verzoek is niet gehonoreerd, maar het belang van het betrekken van familie bij de zorg wordt wel onderkend door de minister.

**Sterkte- en zwakte analyse**

Middels de zogenaamde SWOT-analyse, die is uitgevoerd in overleg met lidorganisaties, bestuur en bureau en externe stakeholders, zijn de sterke en zwakke kanten van de organisatie van het LPGGz in beeld gebracht.

*Sterkte*

* Het LPGGz heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Er is meer onderling vertrouwen, cohesie en onderlinge samenwerking. Hierdoor wordt het cliënten- en familieperspectief goed ingebracht binnen de ggz.
* Het LPGGz is een betrouwbare en erkende partij als landelijke vertegenwoordiger van cliënten en naastbetrokkenen in de ggz. Op landelijk niveau zit LPGGz aan tafel, bijvoorbeeld Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013-2014 en de toekomst Langdurige Zorg.
* De komst van de regiokamer en kamer familieraden zorgt voor een decentrale infrastructuur. Hierdoor kan de belangenbehartiging en beleidsbeïnvloeding vanuit het landelijk netwerk richting gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ondersteund. In het kader van de grootschalige decentralisaties die op komst zijn en de zorginkoop door verzekeraars is deze infrastructuur van groot belang voor de beleidsbeïnvloeding richting deze lokale en regionale partijen.
* LPGGz-bijeenkomsten (Podium) worden gewaardeerd. Hier krijgt de brugfunctie tussen zorg en samenleving goed vorm omdat veel verschillende partijen bij elkaar komen om over een onderwerp te praten.
* Goede landelijke lobby: positieve resultaten op het gebied van eigen bijdrage, dwangbehandeling, familiebeleid en bezuinigingen in de zorg.
* Goede berichtgeving naar buiten toe m.b.t. website, nieuwsbrief IZZUEZ en de zichtbaarheid in het nieuws (mediaoptreden, persberichten).
* Brede bekendheid in het veld.
* LPGGz wordt gezien als een plezierige, constructief-kritische organisatie om mee samen te werken. De inbreng en onderlinge uitwisseling met andere partijen verrijkt het beleid van anderen.
* Veel vernieuwingspotentieel in netwerk aanwezig.

*Zwakte*

* Door de bezuinigingen op de lidorganisaties komt de collectieve belangenbehartiging onder druk te staan. De lidorganisaties moeten overleven wat er uiteraard toe leidt dat de blik meer naar binnen gericht wordt. Enkele lidorganisaties kunnen het hoofd niet boven water houden, een aantal andere heeft het activiteitenpakket en de personele bezetting flink moeten terugsnoeien. Hierdoor is de deelname van sommige lidorganisaties aan het netwerk mager (lang niet iedereen komt).
* We zijn te bescheiden, we vertegenwoordigen één miljoen mensen, deze mensen identificeren zich nog niet met het LPGGz.
* We zijn soms wat te braaf. Onze uitstraling (website) is wat zakelijk, keurig. Ervaringsverhalen ontbreken. We moeten ook de moeilijke maatschappelijke discussies niet uit de weg gaan (bv. waarom gebruiken zoveel mensen antidepressiva?).
* De samenstelling en verenigingsstructuur van het platform verandert als ze ‘lidorganisaties in eigen huis opneemt’ (kamer familieraden, regiokamer). Het LPGGz gaat werken met aangesloten leden. Dit moet goed doordacht en uitgewerkt worden, om onderlinge problemen in de toekomst te voorkomen.
* De verschillen tussen de lidorganisaties zijn groot (bijv. Balans, NVA, Ypsilon tegenover Borderline, Anoiksis, SABN). Hoe houd je alle partijen tevreden?
* Een klein aantal kleine lidorganisaties (met name cliëntenorganisaties) participeert minimaal of zijn afgehaakt. Hierdoor werkt het netwerk niet goed. Ze ervaren het LPGGz als een ‘soort Europa’: de algemene belangen zijn te vaag, het beleidsjargon te abstract en de boodschappen staan te ver af van de beleving van cliënten.
* De ideeën rond faciliteiten voor lidorganisaties zijn niet van de grond gekomen; professionaliseren van kleine organisaties zou ook kunnen door uitwisseling tussen of bundeling van gelijksoortige organisaties.
* Themagroep kwaliteit wordt gemist.
* Er zijn te weinig successen op jeugdgebied.
* De belangenbehartiging voor de eigen positie van de lidorganisaties is verzwakt doordat de belangenbehartiging uitsluitend bij LPGGz ligt. Dat maakt de positie van de leden als entiteit zwakker.
* De lokale en regionale infrastructuur van de ggz-cliënten en familiebeweging is nog kwetsbaar. Veel RCO’s en cliënteninitiatieven zijn verzwakt of omgevallen. Ook zijn er gebieden waar geen RCO is. Sommige (onafhankelijke) cliëntgestuurde initiatieven zijn geadopteerd door zorginstellingen.
* Het lukt onvoldoende om een gezamenlijke vuist te maken richting zorgverzekeraars.

De SWOT-matrixen in bijlage 2 geven een overzicht van de sterke en zwakke punten, de kansen en bedreigingen. Enerzijds op het gebied van ‘belangenbehartiging namens ggz-cliënten’, anderzijds voor LPGGz als ‘netwerkorganisatie met een directeur en landelijk bureau’. Deze matrixen zijn in een netwerkoverleg omgezet in strategie en voornemens voor de komende jaren.

**Hoofdstuk 5 Wat willen we de komende jaren bereiken?**

LPGGz wil de komende jaren haar sterke positie als belangenbehartiger benutten om de zorg en maatschappelijke positie voor mensen met psychische problematiek te verbeteren. Die ambitie kan zij alleen dichterbij brengen door haar instrumentarium als belangenbehartiger te benutten en mét de verantwoordelijke partijen en organisaties:

* initiëren en motiveren vanuit cliënt- en familie-ervaringen en cliënten- en familieperspectief,
* onderhandelen en samenwerken om vernieuwingen te realiseren,
* actievoeren en opkomen voor ggz-cliënten bij ongewenste beleidsveranderingen.

**Inzet in de belangenbehartiging**

1. **Vernieuwing van de zorg in het kader van ‘passende zorg’**

Strategie:

* Een veranderings- en innovatieproces op gang helpen ggz-breed en voor alle cliëntengroepen en hun naasten (zie bijlage), samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dat gericht is op passende zorg dichtbij en in de samenleving, gericht op kwalitatief goede hulp en voorkomen van erger.

Doelen:

* Andere attitude en instrumenten door hulpverleners om de cliënt en naasten ondersteuning te bieden bij herstel én zelfmanagement (eigen regie, eigen kracht);
* Meer tevreden cliënten en hun naasten die sneller en beter geholpen zijn en beter in staat zijn de eigen regie en eigen kracht te benutten;
* Toenemende acceptatie van psychische kwetsbaarheid in het dagelijks verkeer en kennis over de mogelijkheden om daar steun en hulp bij te bieden.

Werkwijze:

* LPGGz levert en borgt als netwerk de cliënten- en familie-inbreng om met hulpverleners/zorgaanbieders en zorgverzekeraars de doelen van passende zorg voor 8 cliëntengroepen te realiseren (zie bijlage matrix cliëntengroepen en eisen te stellen aan de zorg en ondersteuning). Ze stelt daarvoor met de lidorganisaties programma’s van eisen vanuit cliënten- en familieperspectief op.
* LPGGz zal een extra inspanning leveren om het cliëntenperspectief voor de groepen ‘mensen met verslavingsproblematiek en mensen met forensisch-psychiatrische problematiek uit te werken. Ook deze problematiek moet deel gaan uitmaken van de inzet van het LPGGz in de komende jaren.
* Ervaringsverhalen vanuit de diverse cliëntengroepen worden met de lidorganisaties verzameld als onderdeel van de cliënten- en familie-inbreng.
* LPGGz evalueert de voortgang en resultaten tweejaarlijks per doelgroep met de lidorganisaties en door raadpleging van niet-georganiseerde cliënten en hun naasten in samenwerking met het Trimbos Instituut en de PG-koepels.
* Na realisatie van vernieuwde zorgvormen worden de instrumenten van zorgaanbieders voor kwaliteits- en outcome-evaluatie ingezet (CQ-index, ROM) voor deze evaluaties.
* LPGGz voert regelmatig kwaliteitsvergelijking uit tussen zorgaanbieders op diverse thema’s die voor cliënten en hun naasten belangrijk zijn en geeft sterren aan goed functionerende instellingen of afdelingen daarvan.

1. **Betere informatie en meer inzicht voor cliënten en naasten**

Strategie:

* Cliënten en hun naasten hebben recht op informatie en inzicht in het aanbod van hulpverlening, zorg en ondersteuning vanuit de ggz en de gemeenten. De hiervoor verantwoordelijke organisaties worden daarop aangesproken.

Doelen:

* Mensen met psychische klachten moeten informatie kunnen vinden en krijgen om een geïnformeerde keuze te kunnen maken welke hulp ze willen vragen en welke keuzemogelijkheden ze hebben.
* Mensen moeten ook inzicht hebben in hun rechten en plichten als cliënt en familie (informed consent) en de leveringsvoorwaarden van zorginstellingen en zorgaanbieders.
* Over deze onderwerpen is informatie beschikbaar en gemakkelijk verkrijgbaar bij zorgaanbieders en bij het LPGGz. Mensen die de informatie niet zelf zoeken, worden door de huisarts en andere zorgaanbieders adequaat geïnformeerd om de noodzakelijke keuzes te kunnen maken.

Werkwijze:

* LPGGz brengt in kaart welke informatie wel en niet beschikbaar is op de plaatsen waar cliënten en/of hun naasten voor hulp aankloppen, middels een onderzoek onder cliënten en familie.
* LPGGz biedt de resultaten hiervan aan aan de brancheverenigingen, beroepsorganisaties, etc. om met hen afspraken te maken over de beschikbaarheid van en eisen te stellen aan de informatie die mensen nodig hebben.
* LPGGz publiceert op haar website ook de rechten van cliënten. en hun naasten in de ggz en wat mensen nodig hebben om van hun rechten gebruik te maken.

1. **Meer eigen regie en zelfmanagement met een persoonlijk gezondheidsdossier**

Strategie:

Bevorderen dat cliënten meer aan zelfmanagement kunnen doen, met behulp van een persoonlijk gezondheidsdossier, waar al enkele voorbeelden van zijn (bijv. Parkinson.net, Patient1.nl, Zorg.net). Daarmee heeft de cliënt toegang tot zijn gegevens over behandeling, medicatie én ook toegang tot zorgverleners die voor hem/haar belangrijk zijn. Op die manier hebben mensen meer grip op hun zorg en gemakkelijker en sneller contact en uitwisseling met hun hulpverleners.

Doelen:

* Meer zicht krijgen op de reeds beschikbare online gezondheidsdossiers en de mogelijkheden, risico’s en veiligheid voor ggz-cliënten.
* Overzicht krijgen van voorwaarden waaraan een gezondheidsdossier voor ggz-cliënten moet voldoen, toegang van cliënten, hulpverleners, regeling van privacy en welke systemen (bestaande of nieuwe) daaraan voldoen.
* Bij voldoende duidelijkheid, gezondheidsdossier in de ggz invoeren met partijen.

Werkwijze:

* Op dit terrein volgt het LPGGz de ontwikkeling door en in samenspraak met de NPCF.
* Verder ontwikkelen, motiveren en implementeren van een passend gezondheidsdossier met de ggz-partijen.

1. **Meer effectieve ggz-behandelingen, gebaseerd op richtlijnen en kwaliteitsstandaarden**

Strategie:

LPGGz en de lidorganisaties gaan bijdragen aan de ontwikkeling van richtlijnen binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (voorheen LSKS=Landelijk Stichting KwaliteitsStandaarden). Daarbij komt ook aan de orde welke hulp naar de stand van de wetenschap effectief is en daarnaast is het van belang dat die effectieve hulp ook behoort tot de ‘verzekerde zorg’.

Doelen:

* Meer zicht krijgen op de effectiviteit van behandelingen, behandelprogramma’s en begeleiding voor ggz-cliënten.
* Versterken van de rol van het sociale systeem rond de cliënt (naasten, vrienden, buurt, werk, etc.) bij herstel en leven met de psychische kwetsbaarheid.
* Met zorgaanbieders prioriteiten stellen voor wetenschappelijk onderzoek naar behandelprogramma’s en financiering daarvan.

Werkwijze:

* Bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden (richtlijnen en zorgstandaarden) voor behandeling/ ondersteuning van diverse diagnoses met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
* Samenstellen van een meerjarig onderzoeksprogramma aansluitend bij de witte vlekken op het gebied van effectiviteit van behandelingen.
* Samenwerken aan vernieuwing en verbetering van de ggz-behandeling en ondersteuning met experts uit diverse organisaties en domeinen, die geen belang hebben als zorgaanbieder of zorgverzekeraar en uitgaan van de gezondheid, kwaliteit van leven en maatschappelijke positie van cliënten (bijv. wetenschappers, expertise centra, filosofen).

1. **Vergroting van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische kwetsbaarheid**

Strategie:

Behandeling, opname en herstel zodanig vormgeven dat psychische kwetsbaarheid niet (automatisch) leidt tot verlies van sociale en maatschappelijke rollen.

Doelen:

* Jeugdigen met psychische problematiek en cliënten met langdurige psychische kwetsbaarheid krijgen meer kansen, ingangen en ondersteuning geboden om (weer) een plek in de maatschappij te vinden. Doel voor jeugd is om te helpen voorkomen dat problematiek langdurend wordt. Voor mensen met langdurende problematiek is het doel dat zorg en participatie worden ingezet naar eigen wensen en mogelijkheden van cliënten om te kunnen participeren.
* Mensen met ernstige en langdurige psychische problemen en kwetsbaarheid worden zoveel mogelijk behandeld en ondersteund in hun sociale en maatschappelijke omgeving (familie, vrienden, werk, buurt), zodat hun sociale rollen niet verloren gaan. Het aantal opnames wordt zoveel mogelijk teruggebracht door behandeling, ondersteuning en casemanagement aan te bieden aan de cliënt én zijn omgeving.
* Het stigma van mensen met een psychiatrisch verleden of psychische kwetsbaarheid vermindert door een grotere maatschappelijke bekendheid met de problematiek en de acceptatie ervan in buurt, werk, school, etc.
* Borgen van medezeggenschap (cliënten en naasten) ook bij ambulantisering van de zorg.
* Ontwikkelen van visie en strategie op medezeggenschap van cliënten en familie bij decentralisaties van de overheid van jeugdzorg en Wmo.

Werkwijze:

* De aandacht voor deze cliëntengroep wordt gemonitord binnen de afspraken rond het Bestuurlijk Akkoord.
  + LPGGz levert cliënten- en familie-inbreng om nieuwe innovatieve zorgvormen te ontwikkelen en zet hiervoor ervaringsdeskundigen in. Naast ggz-behandeling en begeleiding wordt ook gekeken naar andere mogelijkheden om de last van de problematiek te beperken, zoals anders wonen, werken, verandering van leefsituatie, etc.
  + De visie en innovatieve zorgvormen worden breed bekend gemaakt en er worden met partijen in de zorg en met gemeenten implementatie-afspraken gemaakt.
  + LPGGz voert evaluaties uit naar de resultaten en effecten van de zorgvormen onder/met cliënten, familie en zorgverleners.
* De verantwoordelijkheid voor maatschappelijke participatie ligt bij zorgaanbieders, als onderdeel van een zorg/begeleidingsplan, bij lokale ondersteunende organisaties (onder regie van de gemeenten) én de cliënt zelf. De Regionale Cliëntenorganisaties (RCO’s) en afdelingen van Balans, NVA, etc. houden met LPGGz en eventueel samen met een onderzoeksbureau of kennisinstituut tweejaarlijks een evaluatie onder cliënten over hun ervaringen met ondersteuning gericht op maatschappelijke participatie.
* LPGGz werkt mee aan stigmabestrijding in samenwerking met andere organisaties, zoals de Stichting Samen Sterk tegen Stigma, Fonds psychische gezondheid, etc.
* Het sociaal-cultureel planbureau wordt gevraagd de maatschappelijke acceptatie van psychische kwetsbaarheid op te nemen in haar terugkerende monitors en sociaal-cultureel rapport.

**Als netwerkorganisatie**

1. **Vertegenwoordigen cliënten van de ggz en maatschappelijke ondersteuning**

Strategie:

Invulling geven aan de rol van vertegenwoordiger namens ggz-cliënten en hun naasten, door constructief-kritisch bij te dragen aan de beleidsontwikkeling voor de sector en aanpalende domeinen die voor ggz-cliënten en hun naasten van belang zijn.

Doelen:

* Cliënten- en familie-inbreng leveren en borgen, samen met de lidorganisaties, vanuit ervaringsdeskundigheid om daarmee de toegankelijkheid te waarborgen en de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verbeteren.
* Cliënten- en familie-inbreng leveren vanuit cliënten- en familieperspectief bij wetgevings- en decentralisatietrajecten, beleidsvoornemens van de overheid, bezuinigingen in de zorg. De komende jaren zullen aandacht vragen:
  + Wet verplichte ggz;
  + decentralisatie ambulante begeleiding en dagbesteding naar gemeenten;
  + transitie zorg voor Jeugd naar gemeenten en de positie van jeugd-ggz daarin;

ambulantisering en extramuralisering van de ggz. LPGGz is niet overtuigd van het succes van de trans transitie en ziet meer mogelijkheden in het verbeteren van de ketensamenwerking. De voordelen wegen niet op tegen de nadelen van de stelselwijziging.

* Een brug slaan tussen de zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheid en de samenleving gericht op acceptatie, een positieve houding en een goede ondersteuning van (ex-) cliënten bij maatschappelijke participatie.

Werkwijze:

* Met diverse methoden en instrumenten betrouwbaar verzamelen en analyseren van cliënten- en familie-ervaringen, wensen en behoeften op het gebied van zorg en ondersteuning.
* Middels systematische ervaringsverhalen zichtbaar maken welke impact veranderingen in zorg, ondersteuning en (gebrek aan) participatie in de samenleving op cliënten en hun naasten hebben.
* LPGGz laat regelmatig evaluaties of onderzoek doen onder betrokken cliëntengroepen, om de effecten op cliënten en hun omgeving in kaart te brengen.
* Cliëntengroepen en ggz-domeinen die binnen LPGGz relatief aandacht hebben gehad worden ‘ontgonnen’ wat betreft cliënt- en familie-ervaringen, zoals de forensische ggz, de verslavingszorg en de ‘gewone’ Jeugdzorg (waar relatief veel kinderen/jeugdigen zijn met Ψ-problematiek).
* Cliënt-/familie-ervaringen gevraagd en ongevraagd uitdragen en inbrengen bij beleidsontwikkeling en besluitvorming ten behoeve van en binnen de ggz, zorgverzekeraars, wet- en regelgevende organisaties en de politiek.
* Zichtbaar maken van de ‘stem van cliënten’, zodanig dat deze voor het grote publiek en voor ggz-cliënten in het bijzonder herkenbaar is en uiting geeft aan hun opvattingen.
* Bijdragen aan discussie over psychiatrie en samenleving, door deel te nemen aan meningsvorming én door zelf debat, discussie en meningsvorming op gang te brengen. Dit heeft ook betrekking op onderwerpen die raken aan veiligheid van cliënten, hun naasten en de samenleving.
* Borgen van medezeggenschap van cliënten en naasten in de wetgeving rond decentralisaties.

**2. Versterken van de netwerkorganisatie**

Strategie:

De infrastructuur van LPGGz en het netwerk van lidorganisaties wordt versterkt, zodanig dat de inbreng van cliënt- en familie-ervaringen en -ervaringsdeskundigheid meer effect heeft en de bijdrage aan meningsvorming over ontwikkelingen in ggz en psychiatrie vergroot wordt.

Doelen:

* Borgen van een goede uitwisseling van ervaringen met lidorganisaties (en hun leden) die in te zetten zijn in de belangenbehartiging en profilering.
* Beschikbaarheid van ervaringsdeskundigheid voor inbreng in langdurende trajecten (bijv. rond beleidsontwikkeling) en ad hoc situaties.
* Versterken van de regionale inbreng in gemeenten en in zorginstellingen door samenwerking en onderlinge taakverdeling met de zelfstandige Regionale Cliëntenorganisaties en de familieraden in ggz-instellingen.
* Vergroten van de zichtbaarheid van het LPGGz en de lidorganisaties voor het grote publiek.

Werkwijze:

* Opbouwen van een ‘ervaringendepot’ voor gebruik in de belangenbehartiging en een werkwijze voor het ad hoc verzamelen van ervaringen rond actuele ontwikkelingen, onderwerpen of incidenten (vanuit pers, politiek, debat). Landelijk bureau en lidorganisaties maken hiervoor niet-vrijblijvende afspraken.
* Opbouwen en trainen van een netwerk van ervaringsdeskundigen, die beschikbaar zijn voor het leveren van een inbreng in beleidsontwikkeling, debat, meningsvorming als vertegenwoordigers van specifieke groepen cliënten en of familie.
* Vormgeven van een efficiënt werkende regionale infrastructuur om de belangenbehartiging op (boven-)lokaal niveau te voeden en te ondersteunen. De infrastructuur moet haar diensten bewijzen bij de invoering van (boven-)lokaal beleid binnen WMO, Zorg voor Jeugd en Participatiewet.
* Ontwikkelen van communicatiebeleid gericht op betere zichtbaarheid van het netwerk, van zowel LPGGz als de lidorganisaties, waarbij de informatievoorziening aan de leden profiteert van de samenwerking (bijv. in de vorm van een portal). Op het gebied van informatievoorziening aan de leden van alle lidorganisaties worden taken verdeeld en gemeenschappelijke producten ontwikkeld, die tijd en kosten besparen.
* Advies en ondersteuning op het gebied van bestuur, organisatieverandering en –versterking van de lidorganisaties en training van een vrijwillig kader op diverse terreinen wordt verzorgd bijvoorbeeld door PGOsupport. Door bezuinigingen zijn organisaties genoodzaakt te snijden in hun kosten en (soms) personele ondersteuning. Mogelijkheden om bundeling van krachten te onderzoeken of andere vormen van samenwerking kunnen ook via PGOsupport worden betrokken.