

Verslag quick scan ‘aanpak wachttijden door inzet ervaringsdeskundigen’

Eric van der Eerden en Wilma Boevink, Vereniging voor Ervaringsdeskundigen (VvEd) en Centrum voor Ervaringskennis (URC)

1. Inleiding

Op verzoek van de landelijke Stuurgroep Wachttijden voerden de VvEd en het Centrum voor Ervaringskennis (User Research Center/URC) een quick scan uit naar initiatieven waarin wachttijden voor behandeling in de specialistische GGZ (sGGZ) worden teruggedrongen (mede) door de inzet van ervaringsdeskundigen. We benaderden tien bij ons bekende initiatieven telefonisch vanuit de veronderstelling dat deze initiatieven voldoende variatie in aanpak zouden tonen. De verslagen van de interviews zijn in een bijlage opgenomen. De benaderde initiatieven horen bij de volgende ggz-instellingen (tussen haakjes hoe we de initiatieven hierna noemen): Ggz-Ingeest met twee projecten (Ingeest, Team ed), Zelfregiecentrum Venlo met twee projecten (Venlo en Venray), GGZ NHN (NHN), Arkin (Arkin), Novadic Kentron (NK), METggz (Metggz) en Mediant met twee projecten (Mediant-M, Mediant-P). We analyseren de initiatieven door te kijken naar de manier waarop zij de wachttijdproblematiek beïnvloeden en staan stil bij de vraag of er op grond van de bevindingen een relatie vermoed kan worden tussen de mate van invloed van de ervaringsdeskundigen en het gewenste effect.

2. Wachttijdpreventie, terugvalpreventie, wachttijdvermindering en wachttijdbegeleiding

Hebben de initiatieven effect op het verminderen van de wachttijden en zo ja, hoe? Daarbij maken wij een onderscheid tussen:

- Wachttijdpreventie: nog voordat mensen worden verwezen naar sGGZ en op de wachtlijst komen, wordt hen alternatieve opties met ervaringsdeskundige inzet voorgelegd;
- Terugvalpreventie: tijdens/na een opname in de kliniek kunnen mensen gebruik maken van contacten met ervaringsdeskundigen om heropname te voorkomen en uitstroom te bevorderen;
- Wachttijdvermindering: wachtenden wordt een alternatief geboden door ervaringsdeskundigen, opdat zij uiteindelijk geen gebruik hoeven te maken van specialistische zorg (sGGZ);
- Wachttijdbegeleiding: wachtenden op behandeling wordt tijdelijk een alternatief geboden, waarbij ervaringsdeskundigen betrokken zijn of het initiatief trekken.

3. Wachtijdpreventie

NHN tracht met de inzet van ervaringsdeskundigen en een andere vorm van gespreksvoering en besluitvorming aan de voordeur van de sGGZ de instroom te verminderen, vanuit de overtuiging dat het aanbod van de herstelacademies meerwaarde biedt. Bij verwijzing naar de sGGZ doet in NHN een team van een psychiater/psycholoog en een ervaringsdeskundige de intake. Dit geeft een andere dynamiek dan de reguliere intakes, mede door de plek waar het gesprek plaats vindt: bij één van de herstelacademies in de regio, waar de ontvangst door de ervaringsdeskundige wordt verzorgd. Dit geeft minder spanning bij de mensen die naar de intake komen. De andere aard van de intake komt tot stand door de aanwezigheid van de ervaringsdeskundige en door de manier waarop het gesprek wordt gevoerd. Rode draad zijn de vier vragen: wat is er gebeurd, wat zijn je talenten, wat zijn je kwetsbaarheden, welke hulp heb je nodig? De gesprekken laten meer wisselwerking zien en zijn gelijkwaardiger.

Daarnaast is vernieuwend dat in de intake niet meer zoals voorheen de bevindingen in een team worden besproken dat daarna een hulpaanbod doet. Nu worden in het gesprek de opties voorgelegd en kan de aangemelde zelf kiezen (sGGZ, basis-GGZ of het aanbod van de herstelwerkplaatsen: wrap, modules, ontspanning, peer groups). Competenties van de ervaringsdeskundige (moeten) zijn: aansluiting kunnen bieden, buiten de eigen problemen kunnen kijken en aanvoelen wanneer eigen ervaringen ingebracht kunnen worden. Er is een training voor de ervaringsdeskundige voor deze combi-intake.

In Metgcz en in Venlo richten de activiteiten zich op de huisartsenpraktijken en de samenwerking met de POH-GGZ. De focus ligt bij het verminderen van het aantal verwijzingen vanuit de huisartsenpraktijken door in een vroeg stadium de hulpvraag te verkennen en eventueel te bedienen en ervaringsdeskundigen bij casusbesprekingen te laten mee-adviseren. Daarnaast verwijzen praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijken mensen door naar ervaringsdeskundigen, dus zonder aanmelding bij de sGGZ. De ervaringsdeskundige biedt allereerst een luisterend oor. Veel wachtenden hebben het gevoel dat ze niks waard zijn en de ervaringsdeskundige werkt met hen aan een hoopvol perspectief.

4. Terugvalpreventie

Venray richt zich op mensen die zijn opgenomen in de kliniek, waarbij ervaringsdeskundigen hen nog voor ontslag opzoeken om daarna samen de overgang van kliniek naar thuissituatie te maken en hen vervolgens daar in het dagelijks leven bij te staan. Het initiatief is ontstaan vanuit de analyse dat met name bij 'draaideurpatiënten' (mensen die opgenomen worden, in de kliniek gedeeltelijk herstellen en weer terugkeren naar huis en binnen afzienbare tijd weer

opgenomen moeten worden) er te weinig wordt gedaan aan de verbetering van de thuissituatie. Door al in de kliniek een relatie op te bouwen, en ook contact te houden als de patiënt met ontslag gaat, kan een ervaringsdeskundige samen met de patiënt werken aan verbetering van de omstandigheden in de thuissituatie. De kans van slagen (preventie van heropname) wordt groter, zo is de inschatting, als het lukt om het contact met de buitenwereld te verbeteren door de patiënten te introduceren in bestaande voorzieningen zoals de zelfregiecentra in de regio. Het initiatief bestaat in zowel Venray als Venlo. In Venlo bestaat het zelfregiecentrum, waarover Venray niet beschikt. De gemeente Venray voorziet in ‘huizen in de wijk’, waar alle burgers welkom zijn. Voor de doelgroep is aansluiting bij deze ‘huizen’ echter (nog) niet vanzelfsprekend.

5. Wachtijdvermindering

In NK is het initiatief van wachtijdbegeleiding (zie hierna in paragraaf 6) verandert in een vrijplaats van activiteiten die leidt tot wachtijdvermindering. Wachtenden bepalen zelf op welke manier zij hun wachtijd willen invullen. Zij worden vanaf het begin bejegend als mensen met een rijke ervaring, en ook direct uitgedaagd om zich te richten op hun kracht. Door de ondersteuning van de vrijwillige herstelcoach, door deelname aan ervaringsgroepen en door de uitnodiging om zich actief te gaan inzetten voor anderen, worden wachtenden steeds geconfronteerd met de gedachte dat ervaringen de kans bieden om je leven anders in te richten. Als ze zich willen inzetten voor anderen, kunnen ze onder bepaalde voorwaarden doorstromen naar de coachende groepen. Het initiatief besteedt veel aandacht aan leren van ervaringen, bijvoorbeeld door de coachende groepen te structureren aan de hand van het landelijk leerplan. Daardoor komt er aansluiting met een professionele loopbaan als ervaringsdeskundige.

6. Wachtijdbegeleiding

Zeven van de negen initiatieven hebben als oorspronkelijk doel de (be)geleiding van mensen die al op een wachtlijst staan voor een intake (NK) of voor sGGZ-behandeling (Arkin, Ingeest, Team ed, Mediant-P en Mediant-M). Ook Venlo hoort in dit rijtje thuis, maar werkt tegelijkertijd ook met mensen die door de POH-GGZ direct worden verwezen naar het initiatief zonder dat ze op een wachtlijst staan (zie paragraaf 3). Bij NK was bij aanvang het doel om het aantal ‘no-shows’ bij de intake-afspraken te verminderen na een lange wachtijd. Bij de anderen was bij aanvang het doel de wachtijd te overbruggen in contact met de ggz-instelling. We vermelden hier expliciet ‘bij aanvang’, omdat de ambities van de instellingen

gaandeweg zijn omgevormd naar wachttijdvermindering, of die ambities nu wel of niet al aantoonbaar in de praktijk worden gebracht. Dit komt terug in de paragrafen 6.3 en 6.4. NK, Arkin, Mediant-P en Mediant-M bieden groepsbijeenkomsten met daarin wisselende inbreng van ervaringsdeskundigen. In NK zoekt bovendien een vrijwillige herstelmedewerker, net als de ervaringsdeskundige in dienst van Ingeest, persoonlijk contact met de wachtenden die dat willen en gaan met hen in gesprek. Ook Team ed biedt persoonlijk contact aan met ervaringsdeskundige vrijwilligers aan mensen die na de intake wachten op een eerste gesprek bij de ggz-instelling. In Venlo neemt een ervaringsdeskundige contact op met mensen die wachten op gespecialiseerde behandeling na doorverwijzing door de praktijkondersteuner van drie huisartsenpraktijken.

6.1 Ervaringsdeskundige inzet in groepsaanbod voor sGGZ-wachtenden

Professionals van Arkin, Mediant-M en Mediant-P werken met groepen voor mensen op de sGGZ wachtlijst. Daarin varieert de inbreng van de betrokken ervaringsdeskundigen. De training van Arkin besteedt in vier bijeenkomsten de helft van de tijd in samenwerking met een ervaringsdeskundige aan vergroting van de zelfregie van deelnemers op basis van een e-health module. De andere helft van de tijd wordt door een niet-ervaringsdeskundige aangeboden. Mediant-P draait groepen die door ervaringsdeskundigen worden begeleid. De inhoud van de bijeenkomsten wordt door de deelnemers zelf bepaald. Mediant-M biedt aan wachtenden acht bijeenkomsten die door een psycholoog en een leefstijlcoach worden begeleid, waarbij een ervaringsdeskundige eigen ervaringen inbrengt indien functioneel of van belang. Deze bijeenkomsten zijn ontwikkeld door de psycholoog en de leefstijlcoach.

6.2 Een-op-een contact met een ervaringsdeskundige voor sGGZ-wachtenden

Ingeest en Team ed bieden geen groepsaanbod voor wachtenden op sGGZ-behandeling, maar een individueel contact met een ervaringsdeskundige. In het Ingeest-contact maakt de ervaringsdeskundige samen met de wachtende een plan, waarbij inzet van e-health modules en deelname aan activiteiten van sociale partner-organisaties en peer-to-peer support groepen mogelijk zijn. Er is dus aansluiting bij bestaande activiteiten, de ervaringsdeskundige creëert vrije ruimte (niet vanuit een diagnose) en er is de behoefte om de contacten met de ervaringsdeskundige te laten voortbestaan ondanks veranderingen van hulpaanbod aan de persoon in of buiten de organisatie. Persoonlijk contact met een ervaringsdeskundige van Team ed komt tot stand na verwijzing door het speciale intake-team van de ggz-organisatie Ingeest. Dat contact bestaat uit het bieden van een luisterend oor, kennismaking met de

activiteiten van Team ed en begeleiding bij het zoeken van activiteiten. Hoewel zowel Ingeest als Team ed initiatieven zijn om de wachtlijsten van GGZ Ingeest terug te dringen, is er onderling geen contact.

In Venlo komt het contact tussen een ervaringsdeskundige en een wachtende tot stand na verwijzing door een POH-GGZ. Een POH-GGZ kan tot een maximum van vijf gesprekken bieden aan mensen die op de wachttijd voor sGGZ staan. Het contact bestaat uit gesprekken over de situatie waarin de wachtende zich bevindt. NK biedt naast groepsaanbod (zie hierboven) ook contact aan met vrijwillige herstelmedewerkers.

6.3 Van wachten naar doen: NK in evolutie

Een bijzondere eend in de bijt is het al langer bestaande initiatief in NK. In NK heeft het groepsaanbod, in combinatie met individueel aanbod, een heel andere vorm gekregen dan oorspronkelijk was bedoeld. Heette het project oorspronkelijk ‘Samen wachten’, later is dit veranderd in ‘Samen herstellen’. De nieuwe naam sluit goed aan bij de verandering in de doelstelling. Oorspronkelijk was het doel wachtenden te motiveren om naar het intakegesprek te komen (na een lange wachttijd) om no-show kosten te voorkomen. Daarom leidde NK vrijwilligers op om wachtenden te begeleiden tot aan het intake-gesprek (wachttijd zes maanden). Nu is het doel bij te dragen aan het aanboren van de eigen kracht door de wachtenden, zodat zij een intake-gesprek niet meer nodig hebben.

Welk traject kunnen wachtenden op een intake doorlopen, waardoor zij geen intake-gesprek meer nodig hebben? Vanaf het begin worden ze door de betrokkenen bij het initiatief benaderd als mensen die door hun verslaving enorm veel ervaring en kennis hebben opgedaan. Dit in tegenstelling tot de gebruikelijke variant waarin zij cliënten zijn met een verslavingsprobleem, waarvoor zij hulp nodig hebben van professionele hulpverleners. Wachtenden kunnen deelnemen aan ervaringsgroepen (ook als zij actief gebruiken) en het contact met vrijwillige herstelmedewerkers aan gaan. Steeds staat daarbij expliciet de optie open dat ook zij kunnen doorgroeien naar de rol van vrijwillige herstelmedewerker of zelfs naar de functie van betaalde ervaringsdeskundige. Zo worden wachtenden uitgedaagd om in plaats van cliënt te worden hun ervaringskennis te ontwikkelen en in te zetten voor anderen die worstelen met verslaving. Vanuit de ervaringsgroepen kunnen mensen die gestopt zijn met hun gebruik, doorstromen naar de coachende groepen. Dan dient zich ook de mogelijkheid aan zelf vrijwilliger te worden in de rol van herstelmedewerker en van betekenis te worden voor andere wachtenden op een intakegesprek. Er is vanaf dat moment ook de mogelijkheid zich verder te ontwikkelen tot een betaalde ervaringsdeskundige.

6.4 Van wachttijdbegeleiding naar wachttijdvermindering?

Ook de betrokkenen bij de initiatieven van Arkin, Mediant-M en Mediant-P benoemden allen expliciet dat hun stip aan de horizon verder reikt dan ‘bezighouden tijdens wachttijd’. Op dit moment zijn daarover vooral vragen. Leidt zelfregie-vergroting (Arkin) tot betere voorbereiding op de behandeling en tot verkorting van de behandeltijd en dus snellere doorstroom? Zijn bij start van de behandeling ‘al een aantal zaken in de week gelegd’, zoals het besef zelf actief aan het herstel te kunnen werken (Mediant-P)? Veranderen behandeldoelen en vergroot de ‘therapie-readiness’ door groepsgewijs met ervaringsdeskundigen thema’s te bespreken (Mediant-M)? Deze vragen zijn nu nog onbeantwoord. Wel is helder dat door de wachttijdgroepen van deze initiatieven er niemand tot andere vervolgotrajecten kwam: iedereen stroomde uiteindelijk door naar de behandeling waarop werd gewacht.

Het initiatief ‘Team ed’ is nog te pril om op dit punt veel te kunnen melden. Volgens regulier protocol behandelt een speciaal intake-team de verwijzingen naar de sGGZ. Dit intake-team is (nog) niet op de hoogte van het aanbod en de mogelijkheden van Team ed. Ook maken de ervaringsdeskundigen van Team ed geen onderdeel uit van het intake-team. Op een verwijzing volgt een telefonische benadering door dit team en toezending van digitale vragenlijsten. Volgens dit protocol volgt een eerste face-to-face gesprek pas na drie maanden. In het initiatief van Team ed volgt het eerste warme contact direct na verwijzing door het intake-team. Over de criteria waarop naar Team ed wordt verwezen, is nog geen uitwisseling tot stand gekomen.

7. Resultaten

Van geen enkel initiatief zijn op dit moment wetenschappelijke onderzoeksresultaten beschikbaar of in aantocht. Wel zijn er eerste tellingen uitgevoerd.

Mediant-P en Mediant-M geven aan dat de interventie (nog) niet leidt tot wachttijdvermindering: alle deelnemende wachtenden zijn in behandeling gegaan. Arkin is nog te kort geleden gestart om al een telling te kunnen doen. In Ingeest gingen 13 van de 25 benaderde wachtenden in zee met een ervaringsdeskundige. Hun hulpvraag werd verduidelijkt of veranderde zelfs. Ook haakten ze aan bij activiteiten van partner-organisaties. Geen van deze 13 zag af van SGGZ-behandeling. Team ed is nog een erg pril initiatief, waar vooral nog afstemming met het intake-team een te nemen horde is. Er kwamen vier verwijzingen door

naar het Team ed, waarbij vooral dat afstemmingsgemis met het speciale intake-team, wat kan Team ed bieden en wat niet, een rol speelde.

NK begon in 2012 met als doel het aantal 'no-shows' bij de intake (na een lange wachttijd) te laten afnemen door contact met een ervaringsdeskundige. Uit een eerste meting in dat jaar kregen 113 wachtenden ondersteuning van een vrijwillige herstelmedewerker en alle 113 wachtenden verschenen op de intake. Bij een even grote controlegroep (wachtenden die geen ondersteuning kregen) was de 'no-show' 11 % en het aantal afzeggingen voor een intake gesprek 2%. Het 'Samen herstellen' initiatief van NK laat bijzondere resultaten zien. In de eerste negen maanden van 2018 namen in totaal 68 wachtenden deel (in welke vorm dan ook). Van die 68 wachtenden zagen uiteindelijk 30 mensen af van een intakegesprek, omdat zij het gevoel hadden dat behandeling niet meer nodig is. Het aantal intakes nam af met 44%.

In Venlo is in de samenwerking tussen POH-GGZ en een ervaringsdeskundige een vermindering opgetreden van het aantal wachtenden op behandeling. Hoe groot die vermindering is, is nog niet duidelijk. In NHN is de doorstroom naar de SGGZ afgenomen met 67%. In Metggz is het aantal aanmeldingen door de POH-GGZ door inzet van een ervaringsdeskundige afgenomen met 80%: Twintig van de 25 mensen die contact kregen met een ervaringsdeskundige werden niet aangemeld voor behandeling. Van het initiatief in Venray zijn nog geen cijfers bekend over een eventuele daling van het aantal heropnames.

8. Ervaringsdeskundige invloed

De variëteit van de gescande initiatieven is onder andere gebaseerd op de mate van invloed van de betrokken ervaringsdeskundigen bij de inrichting ervan. Sommige initiatieven bieden groepsbijeenkomsten onder leiding van hulpverleners in aanwezigheid van een ervaringsdeskundige, zoals bijvoorbeeld in Mediant-M het geval is. Andere initiatieven kwamen tot stand door toedoen van (een) ervaringsdeskundige(n), variërend van één-op-één contacten met een ervaringsdeskundige in een overigens onveranderde context (Ingeest) tot de toeleiding naar door ervaringsdeskundigen ingerichte contexten (Team ed, NK, NHN en Venlo). Bekend is dat bijna alle betrokken GGZ-organisaties ervaringsdeskundigen in dienst hebben en ook door ervaringsdeskundigen ingerichte vrijplaatsen hebben onder de noemer van herstelwerkplaatsen of varianten daarop. In die vrijplaatsen worden in meer of mindere mate ervaringsdeskundige, evidence based, interventies aangeboden, zoals WRAP, 'Herstellen doe je zelf' of onderdelen uit het HEE-programma. Toch zijn niet alle initiatieven aan die vrijplaatsen gekoppeld en is het niet overal vanzelfsprekend dat wachtenden op het bestaan van aanbod in die vrijplaatsen wordt gewezen. De variatie gaat van het benoemen van

cliëntervaringen op de juiste momenten door een ervaringsdeskundige in een overigens ongestructureerde ervaringsdeskundige inzet versus het aanreiken van gestructureerd steunend aanbod van door ervaringsdeskundigen ontwikkelde trainingen en modules. Het lijkt hier in wezen te gaan over de polen ‘inzet ervaringsdeskundigen in het reguliere aanbod’ versus ‘inzet ervaringsdeskundige interventies en kruisbestuiving tussen regulier aanbod en het ervaringsdeskundig paradigma.

9. Reflectie en discussie

De hier beschreven bevindingen van een quick scan naar de inzet van ervaringsdeskundigen bij wachttijdbestrijding zijn ‘quick’ en ‘very dirty’ verkregen. We startten onze verkenning door middel van ons bekende praktijken op genoemd gebied en we erkennen dat dat wat ons bekend is, niet alomvattend is. Bovendien waren onze interviews telefonisch en hebben we weliswaar de verslagen van de interviews ter verifiëring aan de geïnterviewden voorgelegd, maar niet onze bevindingen, zoals in dit verslag beschreven. Zowel de beschikbare tijd als de financiële ruimte voorzagen niet in meer dan we gedaan hebben.

In onze quick scan brachten we op basis van telefonische interviews tien initiatieven in kaart, waarmee wordt getracht te reageren op de wachttijdproblemen in de ggz. Alle initiatieven dragen positief bij. Er zijn geen ‘harde’ resultaten, maar wel sterke aanwijzingen voor het effect van ervaringsdeskundige interventies, zoals die van NHN, NK en Venlo. Ook de wachttijdbegeleidingsacties horen bij de positieve bevindingen, omdat ze de wachttijdpijn in zekere zin verminderen. Wachtenden kunnen hun wachttijd overbruggen met contact met de organisatie waar ze in behandeling gaan en kunnen dat contact in zekere zin positief benutten met een voorbereiding op die behandeling. Van wachttijd- of wachtlijstbestrijding lijkt hier echter geen sprake, althans voor zover we nu weten. Onduidelijk is of de wachttijdbegeleiding uiteindelijk leidt tot een kortere en effectievere behandeling, waarmee indirect de wachttijd zou worden bestreden. Daarnaast zijn er initiatieven die veelbelovend de wachttijd verkorten, doordat wachtenden door een aantrekkelijk alternatief ervaringsdeskundig aanbod afzien van behandeling of zelfs ervoor kiezen om niet op de wachtlijst te worden geplaatst. Ten slotte zijn het vooral de initiatieven die samenwerken met de huisartsenpraktijken die er in slagen verwijzing naar de sGGZ te voorkomen.

De meeste initiatieven zijn onlangs gestart, waardoor de aantallen wachtenden nog klein zijn en er derhalve nog weinig kan worden geconcludeerd over de getallen die we presenteerden. Er is bovendien nergens sprake van een wetenschappelijke studie naar patiëntenstromen en de invloed daarop van de initiatieven. Misschien kan deze scan als een pilot functioneren van een

groter en serieuzer onderzoek naar de inzet van ervaringsdeskundigen door middel van wachttijd-initiatieven. Overigens dient deze quick scan nog een ander doel: het biedt handvatten aan regio's of instellingen waar de wachttijdproblematiek speelt, maar waar nog geen ervaringsdeskundigen worden ingezet in de oplossing er van. De opdrachtgever kan met dit verslag haar voordeel doen in de verspreiding van de resultaten.

Inherent aan een quick scan is dat het verzamelde materiaal meer vragen oproept dan beantwoordt. De belangrijkste is misschien wel wat precies de interventies zijn die door ervaringsdeskundigen worden gedaan, die maken dat de wachttijden worden beïnvloed (of niet). Naarmate die interventies meer uitgedacht zijn en aansluiten bij reeds wetenschappelijk onderbouwde interventies, of deze interventies juist behelzen, lijkt het effect groter. Is dat ook zo? In het verlengde hiervan is er de vraag of initiatieven van ervaringsdeskundigen – of in ieder geval een invloedrijke betrokkenheid van ervaringsdeskundigen in de ontwikkeling en uitvoering van de interventie – een groter is effect hebben dan wanneer ervaringsdeskundigen worden ingezet in initiatieven van anderszins professionals in de onderzochte organisaties. Samengevat: we kunnen op basis van deze scan geen harde uitspraken doen over het structurele effect van de inzet van ervaringsdeskundigen op de wachttijdproblematiek in de GGZ. Daar staat tegenover dat deze quick scan voorbeelden biedt van de oplossing van de wachttijdenproblematiek met behulp van ervaringsdeskundigen. Bovendien kan deze scan een veelbelovende opstap zijn naar een groter vervolgonderzoek naar de inzet van ervaringsdeskundigen in de ggz, waarbij de wachttijdbestrijding een vruchtbare 'kapstok' kan zijn.

Bijlage – verslagen quick scan telefonische interviews

Telefonisch interview met Bas Hermanussen, projectleider en ervaringsdeskundige bij GGZ Ingeest, 30-8-2018

Inleiding

Sinds februari 2018 verstuurt Ingeest brieven naar mensen die zich aangemeld hebben bij het Fact team Osdorp in Amsterdam. In de brief wordt aangegeven dat er een wachttijd is voordat met de behandeling kan worden gestart, en wordt de vraag gesteld of patiënten de behoefte hebben om in gesprek te gaan met een ervaringsdeskundige.

Het proces

Het initiatief kwam van de geïnterviewde ervaringswerker van FACT Osdorp van GGZ Ingeest, Bas Hermanussen. In eerste instantie ging Bas zelf aan de slag, naast zijn werk, tot hij zich realiseerde dat dit een initiatief is dat veel tijd vraagt. Daarom schreef hij een projectvoorstel en diende dat in bij het interne innovatie-fonds. Het project is positief gehonoreerd – mede dankzij bestuurder Elsbeth de Ruijter - waardoor hij een budget kreeg voor een jaar. Daarmee kon hij een ervaringsdeskundige aannemen specifiek voor dit project, die in juli is gestart. Bas is nog op zoek naar financiering om het project te kunnen continueren.

Op het moment dat er een aanmelding binnen komt bij team FACT Osdorp, wordt direct een brief gestuurd naar de betreffende persoon. Als de persoon daarop reageert, volgt er een gesprek met een ervaringsdeskundige. Wanneer er geen reactie komt, wordt er telefonisch contact gezocht. Tijdens het eerste contact vindt een kennismaking plaats en wordt samen met de aangemelde geïnventariseerd welke onderwerpen op dat moment aandacht vragen (wat speelt er, heeft iemand al doelen waarmee hij aan de slag wil, zijn er zaken die in het verleden goed gingen en die misschien nu al weer opgepakt kunnen worden, en wat kan de ervaringsdeskundige of kunnen partners in het sociaal domein voor die persoon op dit moment betekenen). Op basis daarvan maakt de ervaringsdeskundige samen met de cliënt een plan, waarbij inzet van e-health modules en deelname aan activiteiten van sociale partnerorganisaties of peer-to-peer support groepen mogelijk zijn. Soms heeft de ervaringsdeskundige ook een signalerende functie en worden urgente problemen die ook behandeling behoeven sneller opgepakt.

De eerste resultaten

Er zijn 25 brieven gestuurd. Daarop hebben 13 mensen gereageerd, die allemaal een relatie zijn aangegaan met de ervaringsdeskundige. 75% van de mensen die gereageerd hebben, gingen in op het aanbod van partnerorganisaties. In 2 gevallen heeft de ervaringsdeskundige contact gezocht met een behandelteam om de behandeling eerder op te starten.

Meerwaarde inzet ervaringsdeskundige

De meerwaarde van het project komt allereerst tot stand doordat er direct contact is met de organisatie: er wordt aandacht besteed aan de problemen die mensen ervaren en samen met hen wordt bekeken wat zij op dit moment kunnen doen om hun herstel op gang te brengen. De keuze voor een ervaringsdeskundige lijkt twee pluspunten op te leveren: een ervaringsdeskundige werkt niet vanuit een diagnose en heeft een voorbeeldfunctie (geeft hoop omdat je laat zien dat werken aan je eigen herstel je ook iets positiefs kan brengen).

Toekomstverwachting

Het streven is om ervoor te zorgen dat de ervaringsdeskundige de mogelijkheid krijgt om mee te bewegen met de cliënt. Omdat ervaringsdeskundigen nu gekoppeld zijn aan afdelingen is het niet mogelijk om mee te bewegen op het moment dat de cliënt binnen of buiten de organisatie gebruik maakt van behandeling of begeleiding. Het project wordt nu verder uitgebreid naar andere afdelingen, zodat de wachttijd anders kan worden ingezet.

Verder is het de wens een intensievere relatie aan te gaan met huisartsen en ervaringsdeskundigen te betrekken bij de intake.

Telefonisch interview met Georgette Groutars, directeur van Team ED, het sociale uitzendbureau voor ervaringsdeskundigen in Amsterdam, 7 december 2018

TEAM ED heeft als doelstelling het verbeteren van zorg- en dienstverlening door de professionele inzet van ervaringsdeskundigen. TEAM ED levert ervaringsdeskundigen voor tal van opdrachten in het sociale domein. Zij biedt intervisie en training aan ervaringsdeskundigen en adviseren en trainen medewerkers van organisaties. Daarnaast ontwikkelt TEAM ED voortdurend vernieuwende eigen producten en diensten om de waarde van ervaringsdeskundigheid goed tot zijn recht te laten komen. De functies en taken van de ervaringsdeskundigen variëren, evenals de duur en frequentie van de inzet. Kern is gebruik maken van het cliëntenperspectief, waardoor het aanbod beter aansluit op de vraag. De ervaringsdeskundigen worden door TEAM ED zorgvuldig geselecteerd voor het uitvoeren van opdrachten en ontvangen scholing, begeleiding en intervisie. TEAM ED werkt voor gemeenten, zorginstellingen, welzijnsorganisaties, onderwijsinstellingen en maatschappelijke organisaties.

Het initiatief is een samenwerking tussen GGZ Ingeest en Team ed voor Amsterdam Zuid. Zowel voor de centrale intake als voor behandeling bestaan wachtlijsten. Als het Ingeest team in de wijk doorverwijst naar de sGGZ, neemt een speciaal intake team contact op met de verwezene. Volgens protocol vindt er een telefonisch contact plaats waarna enkele digitale vragenlijsten worden verzonden. Na drie maanden vindt het eerste face-to-face contact plaats. Het is de bedoeling dat het intake team al na het eerste telefonisch contact mensen verwijst naar team ED. Over de criteria waarop kan worden verwezen is nog geen helderheid tussen intake team en Team ed. Gezamenlijke intakes zijn niet aan de orde.

Wordt iemand naar Team ed verwezen, dan neemt een ervaringsdeskundige zo snel mogelijk contact op. De situatie wordt gezamenlijk verkend, de ervaringsdeskundige biedt een luisterend oor en kan de activiteiten van Team ed introduceren (herstelaanbod).

Het initiatief is pas net gestart. Er is nog werk te verrichten wat betreft afstemming en onderlinge kennismaking tussen de Ingeest intake team en Team ed.

**Venlo: Telefonisch interview met Sonja Visser, directeur van Stichting Zelfregiecentra,
17-8-2018**

Inleiding

In Venlo, Echt en Nederweert is een samenwerking gestart tussen de praktijkondersteuner-GGZ (POH-GGZ) van drie huisartsenpraktijken, mede op basis van de regionale aanpak wachttijdbestrijding, met de ervaringsdeskundigen van het zelfregiecentrum in Venlo.

Het proces

De POH verwijst door naar een ED-er als er sprake is van:

1. Begeleiding die door de ED-er kan worden geboden (daarvoor is een lijst met mogelijke inzet opgesteld, zie hieronder);
2. Patiënten die op de wachttijd van de gespecialiseerde of tweedelijns-GGz staan (POH kunnen maximaal 5 contacten aanbieden).

In Venlo is de samenwerking op een natuurlijke wijze gestart, omdat er contacten waren tussen een POH-er en een ED-er. In de andere praktijken betreft het een pilot van 10 patiënten. Nadat de POH-er een cliënt heeft doorverwezen legt de ED-er contact en gaat met een cliënt in gesprek over de situatie waarin hij/zij zit.

De eerste resultaten

Financiering is nog onduidelijk: in Venlo wordt de inzet van ED-er betaald door de praktijk zelf, in andere gemeenten is nog niets geregeld. In Nederweert is een controlegroep gemaakt om een kleine effectmeting te doen (10 patiënten met begeleiding van een ED-er, en 10 met begeleiding van een POH). Er wordt naar gestreefd om effect te meten door een vragenlijst af te nemen bij deelnemers.

	Reden voor individueel contact
Vangnet	<ul style="list-style-type: none">- vraagverheldering- het maken van een crisiskaart- toeleiden naar zorg
Netwerk	<ul style="list-style-type: none">- contact toelaten- samen de drempel naar mogelijkheden voor ontmoeting

	nemen
Groei	<ul style="list-style-type: none"> - informatie over (herstel-)cursussen en groepen - toeleiden naar de cursussen en groepen (drempel beslechten)
Herstel	<ul style="list-style-type: none"> - ruimte voor het eigen verhaal - hoop en perspectief door contact met een ervaringsdeskundige - betekenis geven aan ontwrichtende ervaringen - normaliseren (en ont-labelen) van moeilijkheden die bij het leven horen
Zelfregie	<ul style="list-style-type: none"> - empowering, - herontdekken van kwaliteiten - waarderen van eigenheid
Tot je recht komen	<ul style="list-style-type: none"> - samen de mogelijkheden voor een betekenisvolle rol onderzoeken

**Venray: Telefonisch interview met Sonja Visser, directeur van Stichting Zelfregiecentra,
17-08-2018**

Inleiding

Het initiatief betreft de inzet van een zelfregiecoach in twee klinieken in Venlo en Venray van de GGz-instelling Vincent van Gogh, in samenwerking met het zelfregiecentrum in Venlo.

Het proces

Geconstateerd is dat er een aantal ‘draaideurpatiënten’ zijn: na een opname keren mensen terug in een onveranderde situatie (geen of klein netwerk, geen activiteiten). Vervolgens is meestal een relatief kleine tegenvaller weer de reden om zich aan te melden bij de kliniek. Door een zelfregiecoach al in de kliniek contact te laten leggen met patiënten en in gesprek te gaan over zaken die de situatie na de opname kunnen veranderen én actief in gesprek te blijven na de opname, en samen op te trekken om mogelijkheden uit te zoeken en toe te passen, lukt het om een nieuwe opname uit of af te stellen.

De eerste resultaten

Voorwaarde daarbij is wel dat er ook daadwerkelijk plekken of activiteiten zijn waar deze groep cliënten zich welkom voelen. Dat blijkt een essentiële voorwaarde te zijn om de kans van slagen groter te maken. In Venlo zijn de mogelijkheden om deel te maken van passende activiteiten binnen het bestaande zelfregiecentrum én deelname aan zelfhulpgroepen veel groter dan in Venray. Reguliere voorzieningen zoals ‘huizen van de wijk’ of buurtcentra zijn niet in staat een welkom gevoel te geven aan deze doelgroep.

Niet een plek voor iedereen, maar voor iedereen een plek!

Financiering vanuit de leertuin van Vincent van Gogh: de leertuin is een project waarbij de verzekeraar Vincent van Gogh in staat stelt om met externe partners te experimenteren met methodes die ook overdraagbaar zijn, zodat die partners daar in de toekomst ook zelf mee aan de slag kunnen.

Telefonisch interview met Saskia Bakker, projectleider Direct aan de slag, Arkin, 27-9-2018

Inleiding

Per 15 oktober 2018 is PuntP een pilot gestart om wachtenden een training aan te bieden van 4 bijeenkomsten ('Direct aan de slag'). Deze training wordt gegeven door 1 POH-GGZ, een psycholoog samen met 1 Ervaringswerker. Tot het einde van dit jaar zijn 4 trainingen gepland, waar maximaal 8 mensen aan kunnen deelnemen. Cliënten kunnen op elk moment instappen, er is geen vaste volgorde waarin de bijeenkomsten bijgewoond moeten worden, de training functioneert a.h.w. als een carrousel.

Het proces

Direct aan de slag is gericht op wachtenden die zich aangemeld hebben bij PuntP, een intake hebben gehad en wachten op de start van de behandeling. Zij kunnen vanaf half oktober deelnemen aan de training van 4 bijeenkomsten. De keuze om zich specifiek te richten op de wachttijd na intake is omdat dan de regiebehandelaar bekend is. Direct aan de slag richt zich op het versterken van de eigen regie van de klant. Het is een groepstraining van 2 uur, die verdeeld is in twee delen. Elke training begint met een terugkerend generiek deel waarin gezondheidsdoelen centraal staan. Deelnemers kunnen met behulp van een e-health module onderzoeken welke knelpunten zij ervaren en welke stappen zij zouden kunnen zetten om daar vooruitgang in te boeken. In de training zelf worden deze doelen én de stappen die de cliënten zelf willen gaan zetten gezamenlijk besproken. In het generieke deel van de training is een ervaringswerker betrokken die met de deelnemers daarover in gesprek gaat en ook uit eigen ervaring kan vertellen hoe dit in zijn of haar situatie gewerkt heeft. Het tweede deel van de training is thematisch: het betrekken van naasten bij je herstel en hoe betrek je hen erbij, de meerwaarde van mindfulness, waarden (zingeving, werk en structuur) en motivatie. Daarbij is geen ervaringswerker betrokken (vanwege andere werkzaamheden betrokken ervaringswerker), dat is echter wel gewenst.

Meerwaarde inzet ervaringswerkers

De verwachting is dat de inzet van een ervaringswerker in deze training heel positief is, omdat zelfregie van de cliënt centraal staat in de training. Zelfregie door zelf te bedenken welke gezondheidsdoelen ertoe doen. Zelfregie door zelf kleine stapjes te zetten. En zelfregie door bij te houden hoe goed dit lukt. De ervaringswerker kan het verhaal over zelfregie als geen

ander verwoorden. En dat verhaal gaat ook over de hobbels die er liggen om zelfregie te ontwikkelen.

Het is uiteindelijk ook de wens om de inzet van ervaringswerkers te vergroten. Omdat dit een pilot betreft, is het de bedoeling om het project aan het eind van het jaar te evalueren, waarbij ook de vraag centraal staat wat de meerwaarde van de inzet van ervaringswerkers is.

Toekomstverwachting

Als uit de evaluatie naar voren komt dat deze training positief werkt, is het mogelijk om de training ook binnen andere onderdelen van Arkin (in aangepaste vorm) te gaan aanbieden. De insteek is dat ervaringswerkers structureel in de hele training ingezet kunnen worden. Uit de evaluatie wordt ook duidelijk wat het effect is van deze groepsbehandeling, bijvoorbeeld: kunnen cliënten zelf stapjes zetten richting verandering en starten cliënten beter voorbereid met hun individuele behandeling (tot nu toe worden aspecten uit de training individueel behandeld). Verder zal nader onderzoek moeten uitwijzen of de behandeltime verkort wordt door de inzet van deze groepsbehandeling en of het mogelijk is om de behandeling nog sneller na aanmelding te starten.

Telefonisch interview met Angelique Bömers, ervaringswerker bij MET GGZ, 9-10-2018

Inleiding

Sinds juni 2017 zijn er in de wijk De Donderberg in Roermond vertegenwoordigers van Maatschappelijk Werk, Wel.kom (de welzijnsorganisatie), gemeente, Centrum Jeugd en Gezin en MET GGZ wekelijks bijeengekomen om na te denken over de vraag hoe je anders kon omgaan met vragen van wijkbewoners op het gebied van (geestelijke) gezondheid. Tijdens het overleg worden casussen besproken, wordt er genetwerkt en staat men stil bij knelpunten. Dit alles als proeftuin De Nieuwe GGZ. Onderdeel van het project is een maandelijks gesprek van een psychiater en een ervaringsdeskundige (ED-er) met een huisarts en een POH-GGZ van de 4 huisartsenpraktijken binnen de wijk.

Het proces

Bij de start van het project gingen de gesprekken met de 4 huisartsenpraktijken met name over de vraag op welke wijze de verbinding tussen de praktijken en de psychiater en ED-er gemaakt kon worden. Wat betreft kennis en ervaringen met ervaringsdeskundigheid was het belangrijk om op een goede manier uit te wisselen, waardoor de nieuwsgierigheid gewekt werd en de huisartsen en POH-ers wilden ontdekken wat de meerwaarde van de ED-er kon zijn. Langzamerhand is er een gesprek over casussen ontstaan waarbij de huisartsen en POH-ers patiënten konden bespreken, die last hadden van psychische of sociaal maatschappelijke problemen. Daardoor zijn ook de aanmeldingen op gang gekomen. Dat zijn zowel aanmeldingen voor de ED-er als aanmeldingen voor de psychiater.

Wanneer een patiënt wordt aangemeld bij de ED-er wordt binnen een week het eerste contact gelegd. Het eerste contact kan op kantoor, maar ook thuis plaatsvinden en staat in het teken van presentie: er zijn en het bieden van een luisterend oor. Vervolgens gaat de ED-er in op de vraag welke onderwerpen de burger wil bespreken en/of er een (ondersteunings)vraag is. Afhankelijk hiervan neemt of de ED-er of een van haar collega's vanuit De Nieuwe GGZ de ondersteuning op zich. Mocht er geen klik ontstaan, is er altijd de mogelijkheid om een collega ED-er in te schakelen. Contacten zijn niet alleen face-to-face, maar ook via telefoon en sociale media.

De eerste resultaten

Inmiddels zijn er minimaal 25 contacten met de ED-er gestart, waarbij naar schatting 20 mensen niet bij de reguliere GGZ werden aangemeld. Ongeveer de helft van de contacten zijn inmiddels afgesloten, waarbij afgesproken is, dat als burgers behoefte hebben aan een hernieuwd contact zij altijd een beroep kunnen doen op de ED-er. Een eerste schatting laat zien dat de contactduur ongeveer 1/3 deel korter is dan van een reguliere behandeling. Het project heeft tot nu toe laten zien dat de ED-er goed in staat is om verbinding te leggen met de burger, dat mensen zich gehoord voelen, dat de scope verandert van problemen naar mogelijkheden en dat burgers toekomstperspectief krijgen.

Qua werkwijze is het project nog experimenteel. Zo zijn er vragen over te hanteren procedures en dossiervorming. De vraag is ook in hoeverre aanmeldingen vanuit het kader van het overleg met de huisartsenpraktijken moeten leiden tot een formele aanmelding (waardoor meteen de eigen bijdrage om de hoek komt kijken). Moet de burger doorverwezen worden naar de GGZ? Uit de eerste resultaten lijkt dat sterk de vraag. Daarnaast is het ook de vraag of de ED-er niet beter kan worden gekoppeld aan de huisartsenpraktijk. Hierdoor kan er vroegtijdig contact gelegd worden en gewerkt worden aan herstel.

Meerwaarde inzet ervaringsdeskundige

Op twee aspecten kan de ED-er een grote meerwaarde creëren. Veel mensen hebben het gevoel dat ze niet gehoord worden of dat ze niks waard zijn of niks kunnen. Een ED-er kan op basis van eigen ervaringen de ander goed aanvoelen. Je zoekt verbinding op het herstelproces, omdat je daarin ook je eigen ervaringen (en de ervaringen van anderen) herkent: waarom doe je wat je doet, waar staat dat voor, hoe kijk je naar jezelf?

De inzet van de ED-er is gericht op gelijkwaardigheid, wederkerigheid, eigen kracht, keuzemogelijkheden en op verschillende niveaus van meedoen in de samenleving (van dagbesteding tot betaald werk).

Inzet van de ED-er leidt tot een vermindering van de wachttijd omdat de ED vroegtijdig wordt ingezet en kritisch kan kijken naar doorverwijzingen.

Mediant-M: Telefonisch interview met Joke Salvatori, ervaringsdeskundige van de afdeling Mobiel Team van Mediant, 5-11-2018

Inleiding

Sinds begin 2017 biedt Mediant een overbruggingsgroep aan voor wachtenden op behandeling die meestal via de Praktijk Ondersteuner Huisartsen zijn aangemeld. De overbruggingsgroep wordt begeleid door een psycholoog, een leefstijlcoach en een ervaringsdeskundige. De groep bestaat uit 8 deelnemers en komt 8 keer bij elkaar in bijeenkomsten die thematisch zijn georganiseerd.

Het aanbod

Na aanmelding krijgen wachtenden het voorstel om deel te nemen aan een overbruggingsgroep. Na een eerste kennismaking (wie ben je, waar zit je mee, hoe kun je jezelf steunen en steun krijgen, wat is helpend?) worden aan de hand van een aantal thema's (kernkwadranten, grenzen stellen, steun, stigma en leefstijl) groepsgesprekken gevoerd.

De eerste resultaten

Er zijn tot nu toe 4 groepen gestart met 32 deelnemers. Er is geen effectmeting uitgevoerd. Uit de evaluaties komt naar voren dat deelnemers in de groep in de loop van het proces zich realiseren dat zij zelf ook al wat kunnen doen aan hun herstel, ze herkennen zich in de verhalen van anderen en van de ondersteuners. Zo zijn bij de start van de behandeling al een aantal zaken in de week zijn gelegd.

Meerwaarde inzet ervaringsdeskundige

De ervaringsdeskundige praat vanuit de eigen ervaring en de ervaring van anderen, niet alleen over ziek zijn, maar ook over zaken die je meemaakt in je leven. Verder praat de ervaringsdeskundige niet over diagnoses, maar over hobbels die je tegenkomt op je pad, en die je moet nemen. Verder heeft de ervaringsdeskundige een voorbeeldfunctie, je kunt eruit komen!

**Mediant-P: Telefonisch interview met Ernst Pansier, ervaringsdeskundige bij GGZ
Mediant, 5-11-2018**

Inleiding

In juni 2016 is het Centrum voor persoonlijkheidsproblematiek van Mediant gestart met het organiseren van entreegroepen voor patiënten die wachten op de start van de behandeling. Aanleiding voor het starten van deze groepen waren de oplopende wachttijden.

Het aanbod

Patiënten die wachten op de start van de behandeling kunnen zich aanmelden bij de entreegroep van het Centrum voor Persoonlijkheidsproblematiek van Mediant. Na een uitnodiging kunnen deze mensen deelnemen aan een doorlopende groep. De groep komt 1x per twee weken 1,5 uur bij elkaar. Er zijn in totaal 2 groepen waardoor elke week een groep draait. Deelname is niet verplicht, en deelnemers kunnen net zo lang blijven tot hun behandeling start. Dat varieert nogal afhankelijk van het type behandeling, aangezien de wachttijd per type behandeling kan verschillen.

Kenmerkend aan de entreegroep is allereerst dat nieuwkomers uitgebreid een warm welkom worden geheten. Per bijeenkomst wordt eerst geïnventariseerd wat het onderwerp is dat de verschillende deelnemers willen bespreken. Daarna gaan de leden met elkaar in gesprek met ondersteuning van twee ervaringsdeskundigen.

Veelbesproken vragen die aan de orde komen zijn: Wat kan ik verwachten van de groep en van de behandeling, wat betekent het om een diagnose te krijgen, wat vertel ik aan mijn naasten, hoe kun je beter opkomen voor jezelf en hoe kun je regie nemen over je eigen herstel?

Omdat de doelgroep crisisgevoelig is, heeft de ervaringsdeskundige de mogelijkheid om vinger aan de pols te houden. De meeste wachtenden zijn gereserveerd over het nut van behandeling en sceptisch ten opzichte van de GGZ.

De eerste resultaten

In totaal hebben er inmiddels meer dan 200 mensen deelgenomen aan de groepen. Er is geen effectmeting gedaan, maar uit de feedback komt naar voren dat zowel patiënten als behandelaren een positief gevoel hebben over de groep. Door deelname veranderen behandeldoelen en hebben patiënten eerder het idee dat de behandeling een kans moet krijgen. Deelname aan de groep heeft er niet toe geleid dat een behandeling niet gestart is.

Meerwaarde inzet ervaringsdeskundige

Regelmatig hebben patiënten aangegeven dat zij informatie van ervaringsdeskundigen serieus nemen: “ik wil aannemen wat je zegt, omdat je een ervaringsdeskundige bent”.

Toekomstverwachting

Belangrijkste is dat de groepen doorgang kunnen blijven vinden. Er is het risico is dat de groep geen doorgang kan vinden bij ziekte van de begeleiders. De basis van ondersteuning van de groep moet versterkt worden.

Innovatieve intake bij sggz-aangemelden, GGZ NHN

Zie ook

<https://m.youtube.com/watch?v=hEvc2Br0wdc&feature=youtu.be>

Bij verwijzing naar de sggz doet een team van een psychiater/psycholoog en een ervaringsdeskundige de intake. Dit geeft een andere dynamiek dan de reguliere intakes, mede door de plek waar het gesprek plaats vindt: op één van de herstelacademies in de regio, waar de ontvangst door de ervaringsdeskundige wordt verzorgd. Dit geeft al minder spanning. De andere aard van de intake komt tot stand door de aanwezigheid van de ervaringsdeskundige en door de manier waarop het gesprek wordt gevoerd: wat is er gebeurd, wat zijn je talenten, wat zijn je kwetsbaarheden, welke hulp heb je nodig? De gesprekken laten meer wisselwerking zien en zijn gelijkwaardiger.

Daarnaast is vernieuwend dat in de intake niet meer zoals voorheen de bevindingen in een team worden besproken dat daarna een hulpaanbod doet. Nu worden in het gesprek de opties voorgelegd en kan de aangemelde zelf kiezen (sggz, bggz of het aanbod van de herstelwerkplaatsen: wrap, modules, ontspanning, peer groups). Competenties van de ed-er (moeten) zijn: aansluiting kunnen bieden, buiten de eigen problemen kunnen kijken en aanvoelen wanneer eigen ervaringen ingebracht kunnen worden. Er is een training voor de ed-er voor deze combi-intake.

Een derde gaat door naar de sggz. Er is dringend behoefte aan meer ervaringsdeskundigen.

Telefonisch interview met Marcella Mulder, teamleider specialistische GGZ, cliëntperspectief en herstelondersteunende zorg, Novadic Kentron, 28-11-2018

Inleiding

Novadic Kentron vroeg Marcella Mulder zes jaar geleden om in het kader van een proeftuin wachttijdondersteuning te ontwikkelen. De wachttijd voor een intake bij Novadic Kentron in de regio Eindhoven was opgelopen tot 6 maanden en na de intake duurde de start van de behandeling ook nog eens zes maanden. In het eerste jaar werden 113 cliënten gezien, dat is inmiddels opgelopen naar 1500 cliënten per jaar (en de wachttijd is inmiddels sterk verkort).

Het proces

Marcella kreeg de opdracht de wachttijd van aangemelde cliënten te verminderen. Zij benaderde daarop vrijwilligers werkzaam in NK (dagbesteding, reclassering en medische behandeling van heroïneverslaafden) met de vraag of zij zich wilden inzetten om wachtenden te begeleiden. Dat eerste jaar verliep zeer rommelig. De insteek was om de no-show te verminderen bij intake gesprekken, maar zowel vrijwilligers, professionals als cliënten in de organisatie wisten eigenlijk niet wat ze precies moesten verwachten. Er was ook weerstand bij de betaalde professionals tegen het initiatief. Door met de vrijwilligers in gesprek te gaan ontstond de gedachte van een training aan een groep vrijwilligers, zodat zij wachtenden konden begeleiden: het project ‘Samen wachten’ was ontstaan.

Na 1 jaar werd er een meting gedaan waaruit naar voren kwam dat er 113 cliënten hadden deelgenomen. Zij verschenen allemaal op de intake-afspraak. Bij een controlegroep (aantal niet bekend) verschenen 14 mensen niet (al dan niet met afzegging). Dat was voor de raad van bestuur voldoende reden om het project uit te breiden naar alle regio's van de organisatie (Eindhoven, Breda, Den Bosch en Tilburg).

Inmiddels is het project ‘Samen wachten’ omgedoopt tot ‘Samen herstellen’. Het doel is niet meer om mensen te motiveren om naar het intake-gesprek te gaan. De focus ligt nu bij het aanboren van de eigen kracht van aangemelden opdat zij geen behoefte meer hebben aan een intake en ondersteuning vanuit de specialistische GGZ. In elke regio werken acht tot tien vrijwilligers (herstelmedewerkers) die elk ongeveer 12 wachtenden steunen. De vrijwilligers hebben allemaal een verslavingsachtergrond. Niet iedereen is daarvoor in behandeling geweest. Elke week komen de herstelmedewerkers bij elkaar in voor coaching. Deze bijeenkomsten worden begeleid door een daartoe opgeleide ervaringsdeskundige. Gespreksonderwerpen zijn: verbeteren van vaardigheden (hoe leg je contact,

gespreksvaardigheden), eigen regie, soorten middelen, psychiatrische problematiek, empowerment en collectieve ervaringskennis.

‘Samen herstellen’ is een vrijplaats, waar eigen regie vooropstaat

Naast de begeleiding van cliënten door vrijwilligers behelst het initiatief ook zogenaamde ervaringsgroepen voor cliënten met een verslaving. Daarin kunnen vaardigheden worden ontwikkeld als leren luisteren, communiceren en ervaringen delen. Het ‘Samen herstellen’ initiatief biedt cliënten aldus de mogelijkheid zich te ontwikkelen in een ervaringsgroep, begeleid door twee herstelmedewerkers. Daarna kunnen ze doorgroeien als vrijwilliger en deelnemen aan de coachende bijeenkomsten en/of als herstelmedewerker bij ‘Samen herstellen’. Ook zijn de opties om stages te lopen of te starten in een BBL-opleiding en een betaalde ervaringsdeskundige te worden.

De eerste resultaten

In 2018 is gestart met het meten van alle activiteiten qua deelname, kwaliteit en uitstroom. In de regio Den Bosch namen 68 mensen deel aan ‘Samen herstellen’, waarvan er 30 op eigen kracht verder kunnen. Zij startten dus geen behandeling in de gespecialiseerde GGZ. De kwaliteitsmeting behelst het voorleggen van een vragenlijst aan de deelnemers bij de start van hun route in het initiatief en na drie maanden.

Meerwaarde inzet ervaringsdeskundige

De inzet van ervaringsdeskundigen heeft tot een verschuiving van de focus geleid: niet de ‘zwakte’, maar de kracht van cliënten staat centraal. Er is een wezenlijk verschil tussen de boodschap dat behandeling nodig is om van de verslaving af te komen en de uitnodiging om met de eigen ervaringen andere cliënten mensen te ondersteunen. Op deze manier aan ervaringsdeskundigheid bouwen en ervaringsdeskundigen inzetten kan leiden tot een goedkopere specialistische GGZ.

Toekomstverwachting

De inzet van ervaringsdeskundigen groeit. De gemeenten Oss en Bergen op Zoom financieren de inzet van ervaringsdeskundigen in het kader van de WMO. Daarnaast werken er ervaringsdeskundigen in ambulante teams en in jeugdteams. Op dit moment worden de bijeenkomsten waarin vrijwilligers worden gecoacht beter gestructureerd. Er worden modules ontwikkeld die aansluiten bij het landelijk leerplan. Dat biedt de mogelijkheid om met EVC

competenties (en ontwikkeling daarvan) vast te leggen. Ook de aansluiting bij opleidingen voor ervaringsdeskundigen verbetert daardoor.