



## **Inbreng MIND ten behoeve van het Zorglandschap ggz van staatssecretaris Blokhuis.**

**Bijlage bij brief 20-061 van MIND's inbreng zorglandschap oktober 2020**

**Datum: 26 oktober 2020**

### **Inhoudsopgave**

Inleiding

1. Zorg in de wijk.....	3
2. Integrale bekostiging.....	10
3. Preventie.....	12
4. Regionalisering.....	14
5. Doorzettingsmacht.....	16
6. Kwaliteit, transparantie en keuzeinformatie.....	18
7. Regionale steunpunten.....	23

Amersfoort, 26 oktober 2020



## **Inleiding**

Namens de 1 miljoen mensen die jaarlijks gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg en de 16 miljoen mensen die hopen dat zij geen klachten krijgen, wil MIND een mentaal gezonde samenleving waarin de focus ligt op preventie en waarin de zorg veel meer dan nu georganiseerd is rond de cliënt. Dit vraagt aandacht voor en verbinding met alle domeinen die bepalend zijn voor het welzijn van een mens; zoals wonen, (arbeids)participatie en inkomen.

Dit uitgangspunt van MIND ligt ook ten grondslag aan onze 'Visie op het zorgstelsel: anders werken, denken en regelen' die we afgelopen zomer opstelden als inbreng voor de contourennota die het Kabinet voorbereidt. Deze voorliggende notitie is de inbreng van MIND ten behoeve van het 'Zorglandschap ggz' dat staatssecretaris Blokhuis in 2020 nog naar de Kamer zal sturen. Onze inbreng is de uitwerking in zeven onderwerpen: zorg in de wijk, integrale bekostiging, preventie, transparantie & kwaliteit, regionalisering, doorzettingsmacht en regionale steunpunten ten behoeve van regionale belangenbehartiging. De uitwerking is dus meer praktisch van aard, maar sluit vanzelfsprekend aan op de eerder genoemde visie op het zorgstelsel. Hier gaat nu specifiek om de inrichting van het 'zorglandschap'. Maar ook hier geldt dat we voor een betere ggz anders moeten gaan denken, werken en regelen.

## **1 Zorg in de wijk**

### **1.1 Uitgangspunt**

MIND stelt de burger met zijn/haar behoeften centraal in plaats van de aandoening/beperking. Ons doel is het bevorderen van de kwaliteit van leven door middel van het stimuleren van veerkracht en vitaliteit, met als resultaat het reduceren van lijdensdruk en/of het disfunctioneren van de mens waar het om gaat. De zorg en ondersteuning richt zich op het persoonlijke verhaal van de burgeren stimuleert regie door de burger. Aandacht voor de verbinding van de burger met de omgeving is cruciaal voor herstel. Een mens is een sociaal wezen en fungeert in een relationeel netwerk en een maatschappelijk systeem. Dat vraagt om integrale 'maatwerkverbindingen' van professionele en informele zorg en uiteenlopende vormen van sociale en maatschappelijke ondersteuning, inclusief participatie en toeleiding naar diverse vormen van werk. Om dit mogelijk te maken moeten het zorgdomein en het sociaal domein beter worden verbonden en beter samenwerken.

Leidende principes hierbij zijn: zo licht als het kan, zo zwaar als het moet. Zo dichtbij als het kan, zo ver als het moet.

### **1.2 Mentale gezondheid bevorderen in de wijk en lichte klachten snel behandelen**

Er is een omslag van denken nodig: van denken in ziekte en zorg naar een focus op gezondheid en vaardigheden. In de ideale situatie iedere burger die te maken krijgt met mentale spanning ontstaan door tegenslagen, vindt begrip vindt in zijn omgeving, kan hierover met de huisarts spreken en krijgt toegang tot laagdrempelige (herstel)cursussen, gespreksgroepen en online informatie. Jongeren leren op school hoe om te gaan met stress en andere mentale druk.

Daarom moeten we het belang van mentale gezondheid meer onder de aandacht brengen. Psychische last door levensvragen of door langdurig zorgen voor een ander, moeten worden genormaliseerd en beschouwd als startpunt voor persoonlijke ontwikkeling, inzicht, vaardigheden of leefstijlaanpassing en onderlinge steun en begrip. Dat betekent onder meer de volgende maatregelen en acties:

- Investeren in een ontspannen, tolerante, weerbare en mentaal-vaardige samenleving: bijsturen van een stressvolle samenleving en prestatie maatschappij naar meer ruimte en ontspanning, hierbij input geven aan scholen voor het lesprogramma/curriculum, investeren in de jonge generatie d.m.v. voorlichtingsprogramma's op school, jongerencampagnes, omgaan met stress. Je kunt hier ook denken aan het faciliteren van een goede start in het leven door te investeren in ruimte en adequate mentale zorg voor jonge ouders. En in het verlengde daarvan, aan een versoepeling van het zorgverlof. Ook stress op het werk én de maatschappelijke gevolgen daarvan zijn belangrijk; een werkgever heeft een rol in het voorkomen en oplossen daarvan.
- In de buurt zijn mogelijkheden tot cursussen (bv. mindfulness, leefstijlinterventies) en gespreksgroepen (rouwverwerking, eenzaamheid, zingevingsvraagstukken). Ook zijn er ontmoetingsplekken en supportgroepen (zie hiervoor). Zo leren mensen om te gaan met persoonlijke kwesties en levensstress, dit geldt voor zowel mensen met psychische problemen als voor hun familie/naasten.
- Voor jongeren zijn in elke gemeente in de buurt van de scholen inlooplekken, voor en door jongeren. Bijvoorbeeld @ease, Expex, jimmy's, Roger That huizen i.o..
- Er is actueel digitaal aanbod van informatie over mentale gezondheid, voorlichting en hulplijnen. Denk aan apps, tools voor zelfhulp, communities voor lotgenotencontact (zie verder).

### 1.3 Lichte klachten snel en laagdrempelig aanpakken

Lichte klachten worden zo snel en laagdrempelig mogelijk behandeld in de directe omgeving.

In de ideale situatie bespreken mensen die psychische klachten ontwikkelen (angsten, overmatig piekeren, depressieve gevoelens, eetproblemen) dit met hun huisarts en krijgen direct toegang tot zelfhulptools en/of ondersteunende (online) gesprekken met een POH-GGZ en/of psycholoog. Of ze worden zo vroeg mogelijk verwezen naar maatschappelijk werk als er een vermoeden is van schulden. Schulden kunnen een ondermijnende stressbron zijn.

Dat betekent onder meer de volgende maatregelen en acties:

- Huisarts en POH-GGZ worden ondersteund bij triage bij mentale klachten en goede doorverwijzing naar nuldelijns en eerstelijns zorg en hulp in de buurt.
- Woningcorporaties zijn in de wijk een belangrijke partner. Zij kunnen een signaleringsfunctie hebben: 'waakvlam' in kwetsbare wijken. (Rapport Aedes, juni 2020).
- Meer bekendheid anonieme telefonische en digitale hulp.
- Snel toegankelijke, korte behandelprogramma's POH-GGZ en eerstelijns psychologen, ondersteund met digitale zelfhulp apps en tools.
- Werkgevers en bedrijfsartsen bieden toegang tot (digitale) zorgprogramma's, maar ook de inzet van ervaringsdeskundigheid en lotgenotencontact kan hier goed werken.
- Vroegsignalering door bijvoorbeeld woningbouwverenigingen, die bij regulier onderhoud bijvoorbeeld sporen kunnen opmerken van verwaarlozing.
- Inloop en support voor en door (ervaringsdeskundige) jongeren, dichtbij school.

### 1.4 Meer maatwerk in de wijk, zorgcirkels en netwerken

Er is behoefte aan zorg en ondersteuning op maat (*wrap-around care*) rond de burger en zijn sociale netwerk. Op basis van de behoeften wordt een integraal aanbod gedaan. Dat kan zorg zijn en/of andere ondersteuning: integrale zorg gaat over integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg. De zorgaanbieders en ondersteuners in de wijk werken op basis van het principe van aanschuiven en 'warm' overdragen in plaats van verwijzen en 'verantwoordelijkheid afschuiven'.

Dit vereist integraal werken over schotten heen, vanuit het beginsel van een lokaal (sociaal) netwerk rondom de burger waarin hulpverleners *aanschuiven* en *deelnemen* in plaats van verwijzen en overnemen. Zo kan een zorgcirkel ontstaan. Bijvoorbeeld: sommige ziekenhuizen zorgen ervoor dat een cardioloog spreekuur houdt in het gezondheidscentrum bij de huisarts. Die schuift aan, doet mee en gaat weer weg. De cardioloog wordt vervolgens weer ingeschakeld wanneer het nodig is. Zo kun je (veel) zorg afschalen naar de huisarts.

Dit bijvoorbeeld zou als volgt kunnen werken in de ggz: mensen met langdurige medicatie kunnen door de huisarts behandeld worden, maar de psychiater kijkt regelmatig mee. De start van de medicatie is altijd bij de psychiater. Huisartsen monitoren vervolgens het gebruik en schrijven de herhaalrecepten voor. Periodiek schuift de psychiater aan om te checken en/of aan te passen.

Meer maatwerk leveren kan door het werken en denken in netwerken en het bouwen van netwerken. Een netwerk als zodanig is geen doel, maar een middel dat helpend is in het herstel van de burger.

Dit wordt door psychiater Niels Mulder als volgt beschreven: 'Hulpverleners uit de ggz/medisch domein en professionals uit het sociale domein vormen een cirkel (netwerk op microniveau) om de burger en zijn betrokkenen heen. Hierdoor voert de patiënt zoveel mogelijk de regie over de behandeling. Deze hulpverleners staan met elkaar in contact in het (digitale) bijzijn van de patiënt, wat privacy-problemen voorkomt. Samenwerking is een proces tussen mensen en kan het beste gebeuren in de directe leefsituatie van de burger. Samenwerkingsafspraken tussen voorzieningen zijn niet voldoende om samenwerking op microniveau te borgen, daarvoor is een goede samenwerking met het informele en maatschappelijke netwerk rond de burger

noodzakelijk. Het is aan de hulpverleners zelf om dit samen met hun burgers en naasten te organiseren. Bij opnames in de ggz en bij afschalen van specialistische ggz naar de huisarts kan het informele/sociale en maatschappelijke netwerk blijven bestaan.

Dit alles vergt een domein-overstijgende proactieve samenwerkingsattitude van hulpverleners, steeds in nauwe samenspraak met de burger. Het is aan instellingen, verzekeraars en gemeenten om regionale netwerken en professionals hierin te faciliteren. Zo kunnen lerende netwerken ontstaan die aansluiten bij behoeftes van burgers en hun naasten en continuïteit van zorg mogelijk maken.'

Bron: Niels Mulder 'De winst van netwerkpsychiatrie', Skipr, 28 april 2020.

*Voorbeeld: Herstel ondersteunende intake (HOI) in Hoorn / GGZ Noord-Holland*

*Doordat de intaker van de ggz samenwerkt met de ervaringsdeskundige, wordt aan diverse leefgebieden aandacht besteed en wordt bereed gekeken bij de intake. Soms valt de noodzaak van behandeling weg. Mensen kunnen iets anders passends vinden, zoals zinvolle dagbesteding om de eenzaamheid te verminderen.*

*Voorbeeld: Gebiedsteams ggz in Utrecht (Altrecht c.s.)*

*In Utrecht zijn F-ACT, ACT en bemoeizorg samengebracht in 15 gebiedsteams ggz en 1 bovenregionaal team. Samen met andere netwerkpartners bieden in de gebiedsteams ggz samen herstel ondersteunende zorg dicht bij de patiënt en zijn omgeving. De samenwerking in de gebiedsteams ggz is belangrijk om tot een echt gezamenlijke inzet te komen die plaatsvindt in de directe leefomgeving van de patiënt. Rehabilitatie, crisiszorg, behandeling en hulp bij herstel in één team. Binnen een team wordt onder meer gewerkt met ervaringsdeskundig casemanagers. Door de korte lijnen kan men sneller zorg op maat bieden en beter gebruikmaken van elkaars kennis, ervaring en vaardigheden.*

*Voorbeeld: Wachtijdondersteuning voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek (Kompassie)*

*Stichting Kompassie, onafhankelijk steunpunt voor mentale gezondheid in Den Haag, biedt in samenwerking met PsyQ wachtijdondersteuning aan mensen die op de lijst staan voor een behandeling, maar nog moeten wachten op de start daarvan. Doel van de begeleiding is de wachtenden te helpen bij het verminderen van schade die tijdens wachttijden kan ontstaan. Bijvoorbeeld door te ondersteunen bij praktische zaken als (financiële) administratie op orde brengen, het oppakken van regelzaken, zinvolle dagbesteding, herpakken zelfregie en het bieden van een luisterend oor. 'Met wachtijdondersteuning kun je verdere escalatie voorkomen.'*

*Ervaringsdeskundige Justin Flipsen: 'Wachten op een behandeling is een hele moeilijke tijd. Veel mensen zoeken pas hulp als het water ze aan de lippen staat. Dat je dan vervolgens nog maanden moet wachten, dat is funest. Mensen glijden steeds dieper weg in de zorgen en problemen. Op alle leefgebieden zien wij problemen ontstaan. Deze randproblematiek veroorzaakt veel extra stress, en stress op zijn beurt weer een verheviging van de symptomen van de psychische aandoening. De situatie verslechtert dus niet alleen, maar je wordt ook letterlijk zieker'.*

### 1.5 Praktijk, rollen en samenwerking

Het functioneren van het netwerk staat of valt met de relaties tussen betrokkenen. De insteek van betrokkenen is gericht op ieders bijdrage aan het realiseren van de doelen uit het zorgleefplan. In dit plan staat de uitgangssituatie van de burger beschreven, de doelen en de aanpak die moet leiden tot meer kwaliteit van leven, veerkracht en zelfredzaamheid. Verantwoorde zorg gaat verder dan persoonlijke verzorging alleen, daarom wordt er aan meer gebieden aandacht geschonken: lichamelijk welbevinden, woon- en leefomstandigheden, participatie en deelname aan de samenleving en mentaal welbevinden. Het plan kan bijvoorbeeld worden opgesteld door de burger, eventueel een naaste, en de casemanager of maatschappelijk werker.

De ondersteuners in het netwerk zijn betrokken bij elkaar, beïnvloeden elkaar en kennen elkaars referentiekader of delen een gezamenlijk referentiekader. Hulpverleners erkennen de grenzen van hun mogelijkheden en zullen zich open en toetsbaar opstellen en het belang van de burger vooropstellen. Ieder pakt zijn of haar rol. Dat betekent in de praktijk dat de hulpverleners per wijk werken, al of niet in een team.

Zij vormen als het ware een schil om de burger met elkaar en met de naasten samen. In de schil zitten maatschappelijk werk, wijkverpleegkundige, vertegenwoordigers gemeente, maar ook (familie)ervaringsdeskundigen. Dit micro-netwerk, zoals Mulder dat noemt, staat in nauw contact met de huisarts (incl. POH-GGZ). In de schil kunnen ook specialisten aanschuiven en deelnemen zodat ze direct hun bijdrage kunnen leveren in plaats van verwijzen en overnemen. Zij maken dan ook deel uit van deze netwerkzorg rond de burger. Iedereen in dit netwerk moet iets van een casemanager in zich hebben: werken vanuit 'no wrong door'-principe en ervoor zorgen dat de juiste hulp geregeld wordt. De communicatie tussen de leden van het netwerk wordt ondersteund met (online) casemanagement-tools. Deze instrumenten zijn op diverse plekken al ontwikkeld, met respect voor de privacy.

#### *Voor iedere burger een casemanager*

In het zorgnetwerk is er iemand die betrokken blijft bij degene waarom het gaat. Noem het een casemanager. De casemanager ondersteunt de burger bij het voeren van eigen regie en zorgt daar waar nodig voor toeleiding naar hulp en/of instanties. Dit is iemand die er echt voor de cliënt is en naast hem staat. Dat kan ook een ervaringsdeskundige zijn. Iemand die de weg weet. De duur van de inzet van een casemanager zal per situatie verschillen; de complexiteit van iemands problematiek en behoefte is daarbij leidend.

De casemanager ziet naasten in beginsel als partner in de zorg met een individuele hulpvraag en heeft vanaf het begin aandacht voor hun behoeften. Ze kunnen afhankelijk van de wensen van de burger een plek in het zorgnetwerk en het behandeltraject krijgen.

Voor de duidelijkheid: een casemanager is clientondersteuner; een regiebehandelaar is zorgverlener.

De casemanager staat naast de client en de regiebehandelaar acteert in het zorgdomein. Het is natuurlijk wel belangrijk dat men goed met elkaar spreekt en iedereen vanuit eigen rol doet wat nodig is.

\*Het werken met een casemanager is iets wat in overleg met de cliënt besloten dient te worden. Heeft iemand behoefte aan een casemanager of kunnen mensen prima de zelfregie aan? Het is een keuze en geen verplicht persoon "die naast je staat".

#### *Huisarts blijft nauw betrokken*

De huisarts is vanzelfsprekend onderdeel van het zorgnetwerk. De huisarts (inc. POH-GGZ), de generalisten in het zorgnetwerk en ook ervaringsdeskundigen werken samen. Zij hebben gezamenlijk veel basis deskundigheid over de verschillende levensgebieden.

De huisarts moet kunnen doen wat nodig is en ook de vrijheid hebben om de lengte van een consult zelf te bepalen. Een consult moet zolang duren als het moet. De huisarts kan dat zelf goed inschatten en dat periodiek evalueren en spiegelen met andere huisartsen.

Een specifiek probleem is dat de huisarts (te) druk is en de praktijk (te) groot. Daarom is de huisarts soms genoodzaakt zorgvragen af- en door te schuiven naar anderen. Dat is onwenselijk, de huisarts moet

doorverwijzen, maar er ook blijven. Dat zou betekenen dat de praktijken van de huisartsen hierop moeten worden ingericht. Mogelijk moeten de praktijken substantieel kleiner worden.

De samenwerking tussen de huisartspraktijk en 'de ggz' zou beter kunnen als de ggz meer naar de wijk komt en niet 'afwacht' totdat er wordt verwezen en hulp ingeroepen.

#### *Eerste en tweede lijn blijven goed in contact*

Op lokaal niveau wordt integraal samengewerkt door voornamelijk generalisten in de eerste lijn. Op regionaal niveau wordt vooral samengewerkt door specialisten voor gespecialiseerde behandelingen van psychische stoornissen en crisiszorg. De verbinding tussen eerste en tweede lijn is cruciaal:

Indien nodig kunnen de specialisten uit de tweede lijn 'af dalen' naar de eerste lijn.

Dit kan ook betekenen dat grote ggz-instellingen meer onderdeel worden van de wijk, dicht bij de individuele hulpvrager en leefomgeving. Zie voorbeeld Utrecht.

#### *Inloopgelegenheid nabij*

In de wijk is een zorgcentrum of ander steunpunt waar mensen kunnen binnenlopen. Dit wordt vastgelegd in een wettelijke regeling voor burgergestuurde herstel- en zelfregievoorzieningen in elke gemeente. Er kunnen in een wijk natuurlijk ook meerdere initiatieven ontstaan waaruit de burger kan kiezen. Dat kan een buurt- of inloopcentrum zijn, maar ook een herstelacademie, zelfregiecentrum, of een 'lotgenotencontactpunt'. Voor familie/naasten kan dit ook een mantelzorgsteunpunt zijn.

#### **1.5.1 Zelfregie- en herstelinitiatieven toegelicht**

Vanuit de cliëntenbeweging zijn eigen maatschappelijke initiatieven opgekomen: plekken waar mensen met een psychische kwetsbaarheid samen met onderlinge steun vanuit eigen regie hun leven weer oppakken. Doordat de vrijwilligers in de zelfregiecentra zelf ervaring hebben, is de toegang laagdrempelig en ervaren bezoekers (h)erkenning en gelijkwaardigheid. Zelfregiecentra bieden structuur, sociale contacten, veiligheid, zinvolle daginvulling met activiteiten. Ondersteuning bieden aan anderen kan deelnemers in een zelfregiecentrum, een gevolg geven van zinvol bezig zijn.

De ervaringen op verschillende plekken in Nederland en in het buitenland wijzen uit dat zelfregie- en herstelinitiatieven een cruciale rol vervullen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Zij zijn -in het palet van ondersteuning en zorg niet meer weg te denken. Ze zijn onder verschillende namen bekend zoals herstelacademies en zelfregiecentra, ook regionale cliëntenorganisaties zijn soms uitgegroeid tot plekken voor herstelactiviteiten en ontmoetingsplaatsen. (Bouwstenen voor participatie en herstel, MIND, 2020)

De betekenis van zelfregie- en herstelinitiatieven voor de deelnemers en bezoekers is groot. Vaak komen hier mensen die geen gebruik (meer) maken van het reguliere aanbod van zorg en welzijn in de regio. Er worden stappen (klein of groot) gezet richting herstel en ontwikkeling. De meerwaarde van zelfregie- en herstelinitiatieven zie je terug in sociale participatie en zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie waaronder (betaalde) arbeid, verminderd zorggebruik en verminderde overlast. Ook financieel leveren zelfregie- en herstelinitiatieven iets op, met name voor gemeente en verzekeraar.

#### *Structurele financiering en rol van de gemeente*

Het is belangrijk dat er structurele financiering komt voor zelfregie- en herstelinitiatieven. Dit staat beschreven in de Handreiking voor financiering en inbedding van zelfregie- en herstelinitiatieven, MIND en VNG, 2020)

Publicatiedatum wordt eind oktober.

Een gemeente kan op verschillende manieren bijdragen aan het ontstaan en borgen van een zelfregie-initiatief en zo bijdragen aan participatie en herstel vanuit zelfregie:



### *In kaart brengen*

Gemeenten kunnen beginnen door in kaart te brengen welke voorzieningen en activiteiten er in de regio aanwezig zijn om herstel en participatie vanuit zelfregie te bevorderen. Waar zijn nog gaten, waar worden dingen dubbel gedaan, wat is er nog nodig voor kwaliteit en duurzaamheid, waar kan worden samengewerkt? De brochure *Bouwstenen voor participatie en herstel*<sup>1</sup> kan daarbij ondersteunen.

### *Oriëntatie en inspiratie*

Waar nog geen zelfregie- en herstelinitiatieven zijn, is het aan te bevelen dat gemeenten -bijvoorbeeld samen met ervaringsdeskundigen en samenwerkingspartners uit de regio- bestaande initiatieven in andere gemeenten bezoeken om zich te laten inspireren. Op de MIND Atlas<sup>2</sup> is een overzichtskaart met alle zelfregie- en herstelinitiatieven te vinden.

Ook in het boekje *Couleur Locale*<sup>3</sup> kan inspiratie opgedaan worden. Dit boekje brengt een aantal zelfregie- en herstelinitiatieven voor het voetlicht.

### *Contact houden*

Als er een zelfregie- of herstelinitiatief is opgericht, is het belangrijk om contact met elkaar te houden. Gemeenten moeten de initiatieven en initiatiefnemers kennen. Belangrijk is het om ook af en toe langs te gaan en zelf te zien wat er gebeurt en met betrokkenen te praten.

### *Faciliteren en ondersteunen*

De gemeente kan initiatieven faciliteren en ondersteunen. Bijvoorbeeld met structurele financiering. Daarmee bedoelen we financiële afspraken voor minstens drie jaar met geoordeeld geld. Ondersteunen kan daarnaast met informatie, een ruimte om activiteiten te organiseren, bij het leggen van contacten of met (extra) subsidie voor een bepaalde activiteit. Het gaat soms -zeker bij beginnende initiatieven- ook om kleine dingen, zoals verwijzen naar een zinvolle training van PGO-support, en daarbij vergoeden (en eventueel voorschieten) van de reiskosten.

## **1.5.2 Lotgenotencontact toegelicht**

De kennis en ervaring van mensen die iets hebben meegemaakt kan beter worden benut. Lotgenoten contact is waardevol als toevoeging in de informele zorg en in samenwerking met de formele zorg en andere ondersteuning. Bij iemand die hetzelfde heeft meegemaakt voelen mensen begrip en herkenning. Het geeft inzicht in eigen gedrag en men leert van andermans oplossingen.

In Nederland zijn veel vormen van lotgenotencontact actief. Zie ook hiervoor. Wat een extra stimulans zou kunnen zijn is het structureel faciliteren van deze vormen van zelfhulp en contact.

In Duitsland heeft men daarvoor een oplossing gevonden. MIND pleit ervoor om deze oplossing te gaan toepassen in Nederland, natuurlijk rekening houdend met de (lokale) initiatieven die er al zijn.

## **1.5.3 Duits voorbeeld: structuur voor faciliteren eigen initiatief**

Dertig jaar geleden heeft Duitsland een bewuste politieke en maatschappelijke keuze gemaakt om de ondersteuning van lotgenotencontact officieel als derde pijler van de informele zorg te benoemen. Inmiddels kent Duitsland ruim 100.000 zelfhulpgroepen voor uiteenlopende onderwerpen.

---

<sup>1</sup> [www.mindplatform.nl/bouwstenen](http://www.mindplatform.nl/bouwstenen)

<sup>2</sup> <https://wijzijnmind.nl/mind-atlas>

<sup>3</sup> <https://mindplatform.nl/media/2991/download/Couleur%20Locale-Inspiratieboekje%20Zelfregie%20DEF.pdf?v=1>





Deze groepen zijn gemakkelijk en dichtbij huis te vinden in regionale netwerken rondom centrumgemeenten, de zogenoemde “Kontaktstellen”. In deze Kontaktstellen worden groepen gefaciliteerd met ruimte, beheer, gemeenschappelijke ondersteuning, PR en een lichte coördinatie. De groepen zelf zijn autonoom, vaak verbonden aan een patiëntenvereniging en krijgen hier ook hun inhoudelijke voeding vandaan.

Voor de Nederlandse situatie zou moeten worden nagegaan of deze Duitse structuur zou kunnen dienen als inspiratiebron en worden benut voor het stimuleren van lotgenotencontact en nieuwe zelfregie- en herstelinitiatieven. Het gaat er immers niet alleen om dat het gebeurt waar burgers wonen, maar ook dat vanuit eigen initiatief wordt gewerkt.

### **Bronnen**

Bronnen o.a.: Focus op gezondheid MIND 2017, Zorgvisie MIND 2020, blog Psychiatrische Netwerken (Niels Mulder) 2020, Bouwstenen voor participatie en herstel MIND 2020, Patient journeys MIND 2020, Kontaktstellen (Zelfregietool).

## 2 Integrale bekostiging

MIND wil het voor burgers makkelijker maken om de regie te voeren over hun leven en hun (complexe) zorgvragen; invoering van integrale bekostiging kan daarbij helpen. MIND wil dat er na jaren van praten en experimenteren wordt doorgepaktd en integrale bekostiging wordt ingevoerd om structurele ontschotting te realiseren.

Om het eens anders uit te drukken: er moeten 'communicerende geldpotten' komen. De geldstromen rond de burger moeten in verbinding zijn. De preventieve geldstroom, de curatieve geldstroom en de sociale geldstroom, deze moeten -waar nodig- kunnen worden ingezet voor de burger met een kwetsbaarheid of probleem. Op de werkvloer moet er als het ware één pot zijn waaruit ondersteuning en zorg kunnen worden betaald.

### 2.1 Wat is het probleem?

Integrale bekostiging is geen doel op zich maar een middel. Achterliggend is het -breed onderkende- probleem dat er geen goede samenwerking is tussen het zorgdomein en sociale domein. Dat heeft enerzijds te maken met culturele en organisatorische problemen, maar ook omdat er schotten in de financiering zitten die bijvoorbeeld verhinderen dat goede afstemming tussen hulpverleners mogelijk is. De inzet is het scheppen van goede randvoorwaarden voor dicht en van kloven en bevorderen van samenwerking.

De schotten tussen de financieringsstromen belemmeren op lokaal niveau een goede integrale bekostiging. Met als gevolg dat burgers geen maatwerk kunnen krijgen en dus niet goed kunnen worden geholpen. Het gaat dan niet alleen om zorg, maar ook over het bevorderen van zelfredzaamheid, bestaanszekerheid, wonen en het oplossen van schuldenproblematiek. Ook moeten er flexibelere regels en meer diversiteit in mogelijkheden voor participatie komen. In het algemeen wordt er op veel plekken langs elkaar heen gewerkt; ieder vanaf zijn eigen eiland. Zowel tussen organisaties, als binnen organisaties. Ook op de departementen is men niet op de hoogte van wat andere afdelingen binnen hetzelfde departement doen en hoe zaken worden georganiseerd.

De integrale bekostiging van zorg en ondersteuning is cliëntvolgend en passend bij de zwaarte van de te verwachten zorgvraag en de andere vraagstukken in het leven van iemand. Dit alles staat in het zogenoemde zorgleefplan. MIND pleit voor een maatwerkbudget zo dicht mogelijk bij de cliënt, waar cliënt en casemanager in overleg over kunnen beschikken.

Er zijn overigens meer modellen om integrale bekostiging vorm te geven, zoals het genoemde IPBG, maar ook in de vorm van een persoonsvolgend budget. Deze kunnen naast elkaar bestaan en afhankelijk van de werkwijze in een gemeente worden toegepast.

Integrale bekostiging maakt het bovendien veel makkelijker voor (zorg)aanbieders om samen te werken en afspraken te maken. Deze samenwerking over de schotten heen geeft mogelijkheden tot verbinding. En zal de administratieve lasten doen afnemen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit pilots met een Integraal PGB (2017).

*Voorbeeld: een maatwerkbudget voor mensen met meerdere problemen*

*Gezinnen met veel problemen kosten de gemeenschap veel geld, terwijl ze niet altijd beter geholpen zijn. Zeker als het gaat om een combinatie van volwassen-ggz, jeugdzorg en schulden is de kans groot dat de kosten oplopen boven de 100.000 euro per jaar. Het probleem is dat veel teams weliswaar werken volgens het principe 'één gezin, één plan, één regisseur', maar dat er geen sprake is van 'één budget'. Dat is te doorbreken met een maatwerk-budget, waar ze mandaat over hebben. Zo heeft de gemeente Zaanstad 4 ton beschikbaar gesteld voor professionals die vastlopen. Wij pleiten dan ook voor de volgende stelregel: Voor gezinnen die meer dan 100.000 euro per jaar kosten, mogen teamleden oplossingen ontwikkelen waaraan ze 20 procent van het maatwerkbudget vrij mogen besteden (en kwalitatief mogen verantwoorden). (Bron: Programma Sociaal Domein)*

## 2.2 In de praktijk

De combinatie van budgetten uit verschillende domeinen (onder andere zorg, ondersteuning, participatie, re-integratie) tot één integraal budget stelt burgers beter in staat om zorg op maat 'in te kunnen inkopen' en de zorg en ondersteuning naar behoefte aan te passen. De ondersteuningsbehoefte gaat immers over de domeinen heen en het is niet meer dan logisch de budgetten hierbij aansluiten. Zo ontstaat ruimte voor maatwerk(financiering). Een bijkomend voordeel is dat de administratieve lasten voor diverse partijen afnemen door de afrekening op één moment en bij één loket (en niet per wet op allerlei verschillende momenten).

## 2.3 Aanvullend: een integraal betaalde casemanager en het sociale steunsysteem

Een van de problemen is gebrek aan overzicht. *Praktijkvoorbeeld: verschillende professionals spannen zich in voor de burger, maar konden dakloosheid niet voorkomen. De domeinen inkomen, wonen, zorg en veiligheid waren onvoldoende op elkaar afgestemd. Er waren verschillende 'ketens' tegelijkertijd en los van elkaar werkzaam, zonder dat iemand de regie voerde.* Het aanstellen van een casemanager kan hier een oplossing zijn. Gemeente en verzekeraar moeten die casemanager samen financieren, daarbij eventueel geholpen door bijvoorbeeld woningbouwcorporaties en UWV.

Mensen kunnen goed geholpen worden door de inzet van het 'sociale steunsysteem': door familie en naasten. De vraag is niet alleen wat de familie en naasten kunnen doen, maar ook hoe we de naasten in staat stellen om dat te doen? Familie en naasten hoeven geen financiële vergoeding te krijgen gelijk aan die van de professional, maar iemand die inspringt heeft weldegelijk een tegemoetkoming nodig voor als hij of zij bijvoorbeeld iets minder kan werken. Het is dus zaak de (tijdelijke) financiële teruggang van minder (werk)inkomen te compenseren.

## 2.4 Verantwoording

Bij integrale bekostiging (een combinatie van budgetten uit verschillende domeinen), gaat het bij de verantwoording op cliëntniveau niet meer om de besteding per domein. Hier kun je overschakelen naar een resultaatbeoordeling. Het zorgleefplan vormt daarvoor de basis.

De voortgang van de (sub)doelstellingen uit het zorgleefplan worden op vaste tijden, bijvoorbeeld elk half jaar, door de casemanager met de betrokkene besproken. Er moet wel van tevoren bedacht worden hoe men ermee omgaat als de doelen bijvoorbeeld niet worden gehaald of als er aanpassingen nodig zijn om de doelen te halen. De verantwoording wordt daarmee ook 'administratief eenvoudiger'.

Bronnen: MIND – Patient journeys, TNO – eindrapport evaluatie Integraal PGB, Instituut voor Publieke Waarden – Van regeldruk naar perspectief. Website: [www.programmasociaaldomein.nl](http://www.programmasociaaldomein.nl)

### **3 Preventie**

Ruim 40% van alle Nederlanders heeft in zijn leven, van kortdurend tot chronisch, te maken met psychische klachten. Er moet en kan meer gedaan worden aan preventie, (vroeg)signalering van psychische klachten, behoud van psychische gezondheid en versterking dan welbevordering van mentale weerbaarheid.

Preventie is effectief en loont, onder andere door beperking van de instroom in de ggz. Door tekort aan financiering en urgentiebesef bij beleidsmakers valt preventie vaak tussen wal en schip. Inzet op preventie vraagt om goede samenwerking en aansluiting tussen - vaak - lokale en regionale partijen, en goede kennisuitwisseling, financiering en andere randvoorwaarden. Uitgangspunt is aansluiting bij de leefwereld van alle burgers die mentaal gezond willen blijven.

Preventie is een breed begrip en omvat ook een breed spectrum van 'dingen die je kunt doen'.

Het begint met het besef dat het leven nu eenmaal ook tegenslagen kent, en dat die van invloed kunnen zijn op alle aspecten van je leven. Het zou goed zijn als kinderen leren om te gaan met deze tegenslagen.

Ook het bespreekbaar maken van psychische kwetsbaarheid -op school, op het werk, in de priv esfeer- werkt preventief. Hoe eerder een probleem op tafel komt, hoe eerder een oplossing of hulp kan worden gezocht. Snel acteren kan 'erger' voorkomen. Of zoals psychiater Dirk de Wachter zegt: 'Wees wat vaker elkaars psychiater'. (Trouw, 16 oktober 2019).

#### **3.1 Preventie voor een psychisch gezonde jeugd**

De jeugd groeit op in een steeds ingewikkeldere wereld, waardoor de kans toeneemt dat jongeren psychische problemen krijgen. Daarnaast is duidelijk dat mentale problemen vaak hun oorsprong in de jeugd hebben. Hoe eerder jongeren over hun psychische problemen praten, hoe eerder ze hulp kunnen zoeken. Dit kan voorkómen dat hun problemen uitmonden in ernstige psychische klachten.

Belangrijk uitgangspunt voor preventie bij jeugd is de driehoek ouders-school-kind. Ouders hebben een primaire taak, maar ook school kan een belangrijke (en andere) rol spelen bij preventie. Het is belangrijk dat mentale gezondheid een integrale en dominante plek heeft in het onderwijs (van basis- tot voortgezet, beroeps- en alle vormen van hoger onderwijs). Aangepast op leeftijd, maar ook aangepast op wat een kind of een klas nodig heeft. Belangrijke thema's zijn daarin weerbaarheid, openheid en veiligheid. Ook pesten, dat vaak leidt tot psychische problemen, verdient hierin de aandacht.

Om dit te realiseren moet het aanbieden van lessen ten aanzien van mentale gezondheid structureel worden opgenomen in het lesaanbod van alle middelbare scholen. Waarom niet standaard een les mindfulness op scholen? Leerkrachten hoeven dit niet per se zelf te doen, maar kunnen het juist ook uitbesteden aan externe onderwijsprogramma's zoals MIND YOUNG Academy. Scholen kunnen samen met gemeenten optrekken voor deze gezamenlijke opgave. Daarnaast moet mentale gezondheid aan bod komen in de opleidingen van de professionals die op de scholen en aanverwante organisaties werkzaam zijn (denk aan kinder- en buitenschoolse opvang) en een intensivering met de jeugdgezondheidszorg (signalerende functie) en volwassenen-ggz.

Door er vroegtijdig bij te zijn en te investeren in lessen in mentale gezondheid besparen we op termijn zelfs zorgkosten (Bron o.a. SER – Zorg voor de toekomst). Tot slot pleiten wij voor de groep kinderen met psychische aandoeningen die nu thuis zitten: voeg zorg- en onderwijsbudgetten samen waardoor zij oplossingen op maat kunnen krijgen.

#### *Suicidepreventie jeugd*

Zelfdoding is al langere tijd doodsoorzaak nummer 1 onder jongeren van 10 tot 30 jaar. Binnen de bredere landelijke aanpak voor suicidepreventie, wil MIND dan ook specifiek aandacht geven aan en een actieve rol spelen bij de suicidepreventie onder jeugd. De adviezen die geformuleerd zijn vanuit het onderzoek naar suicide onder jongeren moeten -in goede samenwerking- worden geïmplementeerd door alle betrokken partijen.

#### *KOPP/KOV-kinderen*

De problematiek van kinderen van ouders met psychische problematiek en van verslaafde ouders, zowel tijdens de jeugd als op latere leeftijd, wordt vaak onderschat of blijft op zijn minst onderbelicht. Deze problemen hebben evenwel grote impact op het leven en de gezondheid van de betrokken kinderen en daarmee op de maatschappij als geheel. MIND wil deze groep en deze problematiek daarom prominenter op de agenda plaatsen en samen met andere partijen concrete activiteiten ontwikkelen in het kader van preventie, vroegsignalering en ondersteuning.

*Maak werk van integrale preventie met concrete doelen en maak verantwoordelijkheden duidelijk*

Betrek daarbij niet alleen partijen binnen de ggz en gemeenten, maar juist ook partijen als onderwijs. Ook is de arbeidsmarktpositie van mensen met psychische kwetsbaarheid belangrijk en betrek daarom ook werkgevers en werknemersorganisaties. Daarom is een intensieve(re) verbinding tussen de ministeries van VWS-OCW-SZW noodzakelijk: zij dragen immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een dergelijke samenwerking, eventueel vast te leggen in een akkoord, moet gebaseerd zijn op concrete afspraken en meetbare doelen en maatregelen. De overheid heeft op dit punt (ook) een voorbeeldfunctie als werkgever. Zij moet concrete doelen formuleren en maatregelen nemen om de mentale gezondheid van haar medewerkers te bevorderen. Zoals zij al doet op het gebied van fysieke gezondheid.

### **3.2 Suïcidepreventie volwassenen**

Cliënten- en familieorganisaties krijgen veel te maken met het thema suïcidaliteit.

Wij geloven dat de inbreng van deze ervaringskennis bij een aantal activiteiten voortkomend uit de landelijke agenda suicidepreventie effectief zal zijn.

Daarom moet worden gerealiseerd dat ervaringsdeskundigen (cliënt en familie) toegerust zijn om met suicidepreventie om te gaan. Daarvoor moet onder meer een netwerk opgebouwd van samenwerkende ervaringsdeskundigen die regionaal actief zijn.

## 4 Regionalisering

### 4.1 Wat is het probleem?

Er is een ondoordringbaar woud van regio-indelingen gebaseerd op verschillende wetten, variërend van 25 GGD-regio's tot 42 jeugdregio's (JW). Dit zorgt voor langs elkaar werkende bureaucratieën met veel verschillende verantwoordelijken met als resultaat dat zorg en ondersteuning niet integraal en rond de cliënt en diens naasten worden ingezet.

Ook leidt dit ertoe dat partijen onvoldoende aanspreekbaar zijn en geneigd zijn te wijzen op andermans verantwoordelijkheid. Het feit dat de verantwoordelijkheden bovendien per regio verschillend worden ingevuld helpt ook niet.

In de dagelijkse praktijk betekent dit voor de achterban van MIND dat zij de dupe worden van complexe afspraken tussen partijen en dat de uitvoering vastloopt.

Dit probleem moet worden opgelost: het moet mogelijk worden om regionaal en lokaal eenvoudiger tot werkende afspraken te komen. Ook de corona-crisis heeft laten zien dat werken met een duidelijke regiostructuur samenwerking en afstemming versterkt.

MIND wil daarom een eenduidige regio-indeling voor zorg en ondersteuning. Wij denken hierbij in beginsel aan de 25 GGD-regio's. Deze reeds bestaande gezondheidszorgregio valt samen met de indelingen voor ambulancezorg, politie en de brandweer en komt overeen met de veiligheidsregio.

Per regio wordt een regiobeeld opgemaakt van populatie, zorgbehoefte en aanbod ggz en verslavingszorg. Aanvullend: per regio komt er een integraal 'regioplan', met een kerngemeente als trekker. Bij het opstellen van het regioplan worden cliënten(organisaties) betrokken.

Er komt per regio een functionaris (persoon) met doorzettingsmacht voor complexe zorgvragen. Zie paragraaf 'Doorzettingsmacht'.

Per regio willen we dat er een verantwoordelijke zorgverzekeraar en kerngemeente wordt aangewezen. Dit vraagt in de uitvoering voor zorgverzekeraars om aanpassingen van de interne organisatie; wij beseffen ons dat dat tijd zal nemen, uitgaande van het huidige stelsel.

Per regio wordt één zorgverzekeraar verantwoordelijk voor (de inkoop van) adequate gezondheidszorg in de breedte en is een kerngemeente de partner als het gaat om ondersteuning in het sociale domein. Daarmee verdwijnt de concurrentie tussen zorgverzekeraars binnen een regio; er is immers nog maar één zorgverzekeraar per regio. Een concurrentie die er nu feitelijk ook niet of nauwelijks is. De nadruk van de inkoop ligt op inkopen van zinnige zorg tegen een faire prijs.

Wat MIND betreft kan marktwerking op de 'inkoopmarkt' een toegevoegde waarde hebben. Gezonde concurrentie tussen aanbieders kan zeker werken om kwaliteit te verbeteren en bijvoorbeeld doelmatigheid en innovatie te stimuleren.



#### **4.2 Voordelen**

Voordelen van deze regioharmonisatie zijn:

- de afsprakenstelsels in de regio worden eenvoudiger
- de communicatie tussen partijen kan verbeteren
- de samenwerking tussen zorgbaanbieders en andere ondersteuners en instanties wordt bevorderd, met maatwerk als gevolg
- verantwoordelijkheden worden duidelijk -op basis van het regioplan- met bijbehorende aanspreekbaarheid
- de administratieve lasten kunnen afnemen
- de toegang tot zorg en ondersteuning wordt verbeterd: niet meer van kast naar de muur



## **5 Regionale doorzettingsmacht**

### **5.1 Uitgangspunt**

Niemand met psychische problemen mag tussen de wal en het schip vallen. In het huidige stelsel komt dat nog (te) dikwijls voor. Om dit op te lossen komt per regio een functionaris (persoon of team) met doorzettingsmacht. Deze persoon staat naast de cliënt en naasten en kan regionaal zorg regelen over alle schotten heen, naar het voorbeeld van de Zorgconsul in Rotterdam. De Zorgconsul in Rotterdam laat zien dat op basis van onder meer kennis, ervaring, netwerk en persoonlijke statuur iemand echt zaken voor elkaar kan krijgen. Indien er geen regionale oplossing voorhanden is, schaalde de doorzettingsmacht eventueel op naar een landelijk niveau. Deze persoon is verbonden aan een regionale tafel waar cliënten kunnen worden besproken en doorverwezen bij te lange wachttijden of vastlopende zorg. Als de tafel 'stokt' kan de doorzettingsmacht worden benut. De doorzettingsmacht kan ook optreden in acute situaties die kunnen leiden tot schade voor een cliënt. Bijvoorbeeld: een gezin dat op straat wordt gezet, terwijl er juist zorg nodig is; iemand die suïcidaal is en ontslagen wordt uit de kliniek zonder vorm van nazorg. De doorzettingsmacht krijgt een wettelijke basis. MIND wil dat de regionale doorzettingsmacht zo spoedig mogelijk wordt geïmplementeerd.

### **5.2 Positionering**

De regionale doorzettingsmacht is onafhankelijk en heeft het mandaat om voorbij te gaan aan bestaande procedures. Procedurele problemen in het systeem of de financiering worden zo nodig achteraf opgelost. Eventueel beschikt de doorzettingsmacht over een eigen regelvrij budget.

De functionaris met doorzettingsmacht kan -net als in Rotterdam- in dienst zijn van de gemeente, maar hoeft over de beslissingen geen verantwoording af te leggen aan de werkgever. Onafhankelijkheid staat voorop. De regionale doorzettingsmacht beperkt zich niet tot één domein maar kan in ieder geval optreden op de terreinen van ggz, sociaal domein, onderwijs en huisvesting. De regionale doorzettingsmacht verzamelt kennis over structurele knelpunten in het systeem, spreekt partijen aan en ondersteunt hen bij het ontwikkelen van een meer persoonsgerichte benadering (leereffect). Het doel is om de reguliere hulp en samenwerking rondom complexe casuïstiek te verbeteren en niet om die over te nemen.

Per regio kan de inrichting verschillen; de uitgangspunten -dat waar de client recht op heeft en op kan rekenen- zijn echter uniform en landelijk bepaald.

### **5.3 In de praktijk**

MIND wil dat de regionale doorzettingsmacht als volgt wordt vormgegeven.

1. De regionale doorzettingsmacht is een persoon (of een team) met beschikking over mandaat, gezag en autoriteit op basis van:
  - grote staat van dienst, boven de partijen, persoonlijk gezag
  - kennis van psychische en psychosociale problematiek en de sociale kaart van de regio
  - onafhankelijke positionering (bv. zorgconsul Rotterdam valt onder gemeentesecretaris)
  - borging van rol en functie binnen bestuurlijke afspraken (bv. aanpak wachttijden, aanpak verward gedrag, ambulantisering, beschermd wonen en maatschappelijke opvang)
2. De regionale doorzettingsmacht is beschikbaar en toegankelijk voor iedereen, dus ook voor cliënten, naasten en burgers (verder: cliënt), die vastlopen in het systeem en niet de zorg en ondersteuning krijgen waar behoefte aan is.

3. De regionale doorzettingsmacht treedt op als een cliënt met een complexe psychische hulpvraag vastloopt in het systeem. Primaire taak van de doorzettingsmacht is om een oplossing te bewerkstelligen in het belang van de betreffende cliënt.
4. De regionale doorzettingsmacht hoort zo veel mogelijk de cliënt zelf en diens naastbetrokkenen. Zo nodig kan de regionale doorzettingsmacht (extra) inhoudelijke expertise inroepen. De doorzettingsmacht heeft deze expertise zelf in huis en/of kan die snel inschakelen, bijvoorbeeld via CCE of een gespecialiseerde casemanager.
5. De regionale doorzettingsmacht helpt om:
  - toegang tot bepaalde voorzieningen (versneld) mogelijk te maken (ggz, intensieve zorg thuis, onderwijs, schuldhulpverlening, huisvesting);
  - lopende trajecten voor zorg- en hulpverlening doeltreffender te maken en beter te stroomlijnen;
  - bepaalde maatregelen te voorkómen of terug te draaien (ontslag uit een instelling, uithuiszetting, stopzetten uitkering).

## **6 Kwaliteit, transparantie en keuze-informatie**

### **6.1 Uitgangspunt**

MIND wil openheid over wat de zorgaanbieder doet, welke keuzes er zijn en welke resultaten er gehaald worden. Daar is open communicatie voor nodig. Als het goed zit met de kwaliteit die de zorgaanbieder levert, maar ook als het minder goed gaat. Basisvoorwaarde voor transparantie is het openbaar maken van alle relevante (kwaliteits)informatie. Transparantie is geen doel op zich, maar een voorwaarde voor het bieden van de juiste zorg op de juiste plek, zoals is vastgelegd in het HLA. Ook is transparantie een voorwaarde voor het stimuleren van een lerende cultuur binnen de ggz, voor “samen beslissen” en om als verzekerde in ons zorgstelsel keuzes te kunnen maken. Zodat de zorg of hulp aansluit bij de behoefte en daarmee een grotere kans van slagen heeft. MIND wil wettelijk vastleggen dat cliënten en naasten recht hebben op keuze-informatie; een geborgd recht. Goede keuze-informatie is: goed vindbaar, vergelijkbaar, actueel, betrouwbaar en volledig en sluit aan op de informatiebehoefte van de zoeker. Keuze-informatie is een breed begrip en kan zowel betrekking hebben op het zoeken en kiezen van een behandelaar als op het kiezen van een behandeling. Dat zijn twee verschillende keuzes.

### **6.2 Transparantie als voorwaarde**

Transparantie is de voorwaarde om kwaliteit van zorg te bieden, voor eigen regie, voor samen beslissen en voor een lerende cultuur. Het nieuwe zorgprestatie-model maakt het belang van transparantie nog groter, juist ook vanwege het uitgangspunt om samen keuzes te maken.

#### **6.2.1 Kwaliteit van zorg**

Het begrip kwaliteit van zorg kan worden omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg. De ultieme maatstaf voor kwaliteit van zorg is de bijdrage aan het bevorderen en het herstellen van de gezondheid. Het concept kwaliteit van zorg wordt uitgesplit in vier domeinen, namelijk focus van zorg (uitkomst), vorm van zorg (relaties), inhoud van zorg (proces) en eisen aan zorg (structuur). De domeinen hebben een relatie met de kwaliteitspercepties van enerzijds cliënt en naasten (focus en vorm) en anderzijds hulpverleners (inhoud en eisen).

Voor het leveren en ontvangen van kwalitatief goede zorg, is inzicht in aanbod van zorg, kosten van zorg en kwaliteit van zorg noodzakelijk. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat informatie over het aanbod, de kosten en de kwaliteit van de zorg op een begrijpelijke manier inzichtelijk wordt gemaakt.

#### **6.2.2 Eigen regie en samen beslissen**

De eigen regie van cliënten en hun naasten moet worden versterkt. Kennis en goede informatievoorziening levert een belangrijke bijdrage aan de empowerment van cliënten en hun naasten en in het versterken van hun rol als verzekerde in het zorgstelsel.

De centrale vraag is: *welke interventie door welke behandelaar werkt voor welke persoon in welke situatie met welke doelen?*

Een groot deel van de informatie die nodig is om het antwoord te krijgen op bovenstaande vraag zit opgesloten in de verschillende informatiebronnen die in de ggz gebruikt worden. Daarover kunnen cliënten en naasten alleen beschikken als het ggz-veld de informatie transparant maakt. Dat iets transparant is, is nadrukkelijk niet het einddoel, maar een noodzakelijk element om te komen tot meer eigen regie van de client en het proces van samen beslissen.

#### **6.2.3 Lerende kwaliteitscultuur en ontbreken aan sturing**

Er is nu een te weinig gerichte kwaliteitscultuur binnen de ggz en er is geen zogenoemde ‘lerende cultuur’. Dat wil zeggen; iedereen leert nu alleen onder zijn of haar eigen stomp. Men leert hooguit van anderen, maar niet of

nauwelijks van wat er binnen andere organisaties wordt bedacht en toegepast. Een van de manieren om dit te doorbreken, is het voorbeeld van de verpleeghuiszorg te volgen: teams gaan bij elkaar op bezoek voor intervisie en uitwisseling. Maar er is meer nodig. Een lerende cultuur gaat niet alleen om van elkaar te leren, maar ook om een cultuuromslag in het nemen van verantwoordelijkheid en het doen.

Het versterken van lerende organisaties en netwerken helpt bij het verbeteren van kwaliteit. Deelname van cliëntenraden en familieraden, maar ook cliënten en hun naasten zelf, aan een kwaliteitscyclus heeft daarbij zeker een toegevoegde waarde. Per zorgaanbieder moet er ruimte zijn om zelf te bepalen welke onderwerpen samen besproken worden. Voorwaarde is dat zorgaanbieders de cliëntenraden en familieraden niet alleen betrekken bij de kwaliteitscyclus, maar ze ook daadwerkelijk toerusten om dit gesprek aan te gaan. Hiervoor zijn verschillende manieren te bedenken. In ieder geval moet er ruimte voor hen zijn om ervaringen op te halen bij andere cliënten die in zorg zijn en door relevante informatie met hen te delen. Maar ook moeten cliëntenraden en familieraden structureel betrokken worden bij de onderzoeken naar de kwaliteit van zorg die een instelling uitvoert. Bijvoorbeeld door samen de vragenlijsten vooraf door te nemen.

### 6.3 Verschillende informatiebehoeften

#### 6.3.1 Informatiebehoefte op individueel niveau (per zorgfase)

MIND Landelijk Platform heeft in 2016 bij haar achterban geïnventariseerd welke informatiebehoefte er bestaat per zorgfase:

##### *Fase 1: eerste symptomen*

(Potentiële) Cliënten en naasten gaven aan behoefte te hebben aan:

- Basisinformatie aandoeningen: wat heb ik, wat gebeurt, er wat voel ik?
- Basisinformatie hulp zoeken: moet ik afwachten of hulp zoeken? Wanneer is het verstandig om naar de huisarts te gaan?

•

##### *Fase 2: voorlopige diagnose*

(Potentiële) Cliënten en naasten hebben behoefte aan:

- Basisinformatie aandoeningen
- Basisinformatie communiceren omgeving/huisarts: (hoe) vertel ik het mijn omgeving, wat kan/mag ik van huisarts verwachten?
- Uitleg van het veld: disciplines, therapieën, partijen

##### *Fase 3a: kiezen voor een aanbieder/ behandelaar*

- Cliënten en naasten hebben behoefte aan:
- Instellings-/praktijkgegevens, locatie-/vestigingsgegevens (afstand, groot/-kleinschalig)
- Kenmerken van de behandelaar (man/vrouw, expertise)
- Wachtijd
- Andere clientervaringen (o.a. clienttevredenheid)
- Effectiviteit
- Kosten: zijn er eigen bijdrage of eigen risico van toepassing?
- Betrekken van familie/ naasten

##### *Fase 3b: Keuze voor en tijdens de behandeling en behandeldoelen*

Cliënten en naasten hebben behoefte aan:

Kenmerken van een behandeling: Wat is de intensiteit van de behandeling? Bijvoorbeeld: Kan ik erbij blijven werken? Hoelang duurt de gemiddelde therapie bij deze problematiek? Gaat het om individuele behandelingen of (deels) groepsbehandelingen? Is het ambulantly, of niet ambulantly?

- is er aandacht voor lotgenotencontact
- informatie over combineren van aandoening/therapie met werk
- informatie over medicatie

*Fase 4: na de behandeling en als symptomen terugkeren*

Cliënten en naasten hebben behoefte aan:

- informatie over combineren van aandoening/therapie met werk
- informatie over medicatie
- nazorg/terugvalpreventie

### **6.3.2 Behoefte bij cliëntenraden en familieraden**

Ook cliënten- en familieraden hebben informatie nodig om het gesprek over de kwaliteit van zorg aan te gaan met een zorgaanbieder. Ook voor hen geldt dat zij een transparantiebehoefte hebben. Openheid over relevante informatie helpt hen de dialoog aan te gaan. Voorbeelden van thema's zoals veiligheid, suïcide of separeren zijn vaak belangrijke onderwerpen voor cliëntenraden. Het evalueren van de zorg en het monitoren van de kwaliteit helpt om de zorg bij een ggz zorgaanbieder beter te maken.

### **6.3.3 Transparantie kwaliteitsinformatie op landelijk niveau**

Voor elk persoon geldt dat maar op bepaalde thema's of vragen een individuele informatiebehoefte is. Toch streven we ernaar om een globaal landelijk beeld te hebben van hoe de kwaliteit van zorg van de aanbieders eruitziet. Om zodoende zorgzoekende mensen te helpen. Ook helpt het als we kunnen zien bij welke aanbieders het goed gaat, en waar minder goed.

MIND helpt graag mee om goede voorbeelden te verspreiden en mee te denken met aanbieders waar het minder goed gaat. Er zijn diverse informatiebronnen die inspelen op de transparantiebehoefte:

- kwaliteitsstandaarden (en de patiëntenversies daarvan) waarin wordt beschreven hoe goede zorg eruitziet.
- ervaringen van andere mensen met de zorg.

## **6.4 Ontsluiting kwaliteits- en keuze-informatie**

Het is belangrijk dat de beschikbare informatie makkelijk vindbaar is en op een centrale plek wordt aangeboden. Dat geldt voor eerdergenoemde informatie, maar ook onderzoek kan bijvoorbeeld belangrijke uitkomsten bevatten die relevant zijn in het kader van transparantie voor cliënten en hun naasten. Als de uitkomsten echter niet op een toegankelijke manier worden aangeboden zullen ze niet voldoen aan de transparantiebehoefte.

### **6.4.1 Kiezen in de ggz**

MIND is initiatiefnemer en beheerder van de website "Kiezen in de ggz". Deze website biedt burgers, cliënten, naasten en verwijzers een overzicht van aanbieders in de ggz, maar ook informatie over aandoeningen (in samenwerking met de website "Thuisarts") en algemene informatie over de ggz in Nederland. Kiezen in de ggz dient daarmee een algemeen publiek belang.

Het doel van Kiezen in de ggz is door het samenbrengen en ontsluiten van keuze-informatie het proces van samen beslissen te ondersteunen en te vergemakkelijken. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van openbare bronnen. In de praktijk blijkt dat sommige bronnen niet goed worden gevuld en/of geactualiseerd. Aanbieders hanteren dikwijls het argument 'administratieve lasten' om informatie niet of incompleet aan te leveren. Of komt het voor dat het ontsluiten van een (nieuwe) bron erg lang op zich laat wachten. Ook worden er nog wel eens keuzes gemaakt

over transparantie aan beleidstafels, die niet direct het belang van de hulpzoeker dienen, bijvoorbeeld over de wijze van ontsluiten van informatie of het aggregatieniveau van informatie.

MIND wil dat alle relevante kwaliteits- en keuze-informatie wordt 'gemaakt' en ontsloten, aansluitend op de bovengenoemde informatiebehoeften. Ook willen we dat de huidige keuze-informatie wordt verbeterd en uitgebreid, bijvoorbeeld met meer kwalitatieve gegevens over een behandelaar (profiel, stijl van werken) en effecten van een behandeling en zoals eerder gezegd dat het recht op keuze-informatie wettelijk wordt geborgd. Tot slot willen we dat -gezien het publiek belang - Kiezen in de ggz structureel wordt gefinancierd in plaats van de huidige projectfinanciering.

### **6.5 Toekomst: wat werkt voor wie in de praktijk?**

MIND wil meer inzicht in de kwaliteit van het aanbod en wij willen dat er instrumenten komen die dit inzicht helpen verschaffen. Voor de (nabije) toekomst hebben wij een tweede instrument voor ogen. Dit instrument helpt antwoord te geven op de centrale vragen: welke interventie door welke behandelaar voor welke persoon bij welke problemen met welke behoeften? MIND wil dat deze mogelijkheid om effectiever interventies te doen serieus wordt verkend, omdat deze aanpak een belangrijke rol kan spelen bij 'de juiste zorg op de juiste plek (of voor de juiste persoon)'.

Een gebruiksvriendelijke 'tool', primair gericht op samen beslissen, die inzichtelijk maakt welke interventie(s) werken voor welke mensen. De tool kan worden gebruikt in de spreekkamer, maar ook voorafgaand aan het bezoek van de client. Een beetje oneerbiedig en wat kort door de bocht, maar te vergelijken met consumentenwebsites waarop is te lezen: 'Mensen met vergelijkbare vragen zoals u, kochten ook...'.

Dit is uitdrukkelijk een tool voor cliënten en behandelaren die laat zien welke interventies werken voor de behandeling van de cliënt en om het proces van samen te beslissen te versterken. Hiervoor wordt gewerkt met profielen van cliënten en een database van interventies. Een clientprofiel wordt vastgesteld op basis van bepaalde kenmerken (geslacht, leeftijd, socio-demografische kenmerken etc.)

#### *Geen lijstjes, maar inzicht in wat werkt voor een specifieke client*

Deze aanpak gaat over het in kaart brengen van effectieve interventies, en uitdrukkelijk niet over het vergelijken van behandelaren aan de hand van een 'oliebollentest'. Het goed in kaart brengen van interventies die werken is in ieders belang.

Behandelaren kunnen deze specifieke persoon in deze specifieke situatie beter helpen omdat er een fijnmaziger zicht komt op de verschillende behandelvormen. Maar, het registreren van de interventie per client is belangrijk om meer redenen: Ten eerste om een goede terugkoppeling aan de client te kunnen geven. En ten tweede wordt zo een overzicht verkregen van het grotere geheel.

#### *Registreren*

Om goed te weten wat werkt, zijn feitelijke waarnemingen vanuit de praktijk nodig. Deze waarnemingen worden geregistreerd in een database. Zo ontwikkelt zich inzicht in wat werkt bij mensen met een bepaald profiel. Simpel gezegd: wat heeft gewerkt bij mensen die op jou lijken, je "peers"?

De database met interventies moet gevoed worden vanuit 'zorgadministraties' waarin is opgeschreven wat voor interventie bij de client is gedaan en hoe dat heeft uitgepakt. Al deze notities samen geven een beeld van wat werkt en wat niet werkt voor een bepaald profiel.

De basis van deze manier van werken is wat er in de praktijk gebeurt, en wat client en behandelaar samen besloten hebben.



*Makkelijk maken, maar wel doen*

De ervaringen met het vastleggen van gegevens over de behandeling ten behoeve van transparantie en leren zijn niet altijd positief. Zoals gezegd, is het vastleggen van interventies in ieders belang. Vanzelfsprekend moet dit proces zo makkelijk mogelijk worden gemaakt.

Wat nodig is, is een eenvoudige manier om interventies ‘aan te klikken’ in het patiëntendossier en staat het gebruiksgemak voor de behandelaar centraal. We moeten dus weten: wat vind je handig invullen als behandelaar? Dat is leidend bij de interface waarmee de behandelaar gaat werken. De tool moet bovendien zo ingericht zijn dat zijn eigen methoden ‘voorrang’ krijgen en de behandelaar direct ziet of bijvoorbeeld zijn methoden ‘kansrijk’ zijn.

Het systeem zal ook een lerend effect hebben en door steeds meer interventiegegevens toe te voegen, wordt steeds beter inzichtelijk wat werkt voor wie.

*MIND wil dat bij nieuwe ontwikkelingen en systemen (bekostiging, zorgprestatie-model) deze aanpak als serieuze mogelijkheid wordt meegenomen. Het maken van de profielen en interventiedatabase vereist onder meer dat aandoeningen/zorgzwaarte en de interventies per client goed worden bijgehouden. Daarvoor is het nodig dat een makkelijke manier van registreren komt aan de hand van ‘interventielijsten’.*



## **7 Regionale steunpunten**

Nothing about us without us! MIND wil met ervaringsdeskundigen aan meer belangrijke landelijke en regionale overlegtafels deelnemen om zo de belangen van cliënten en naasten te behartigen waar de beslissingen genomen worden.

Cliënten en naasten willen meer regionale invloed uitoefenen op het beleid en de inrichting van het zorglandschap en hierbij een collectieve inbreng en ‘tegenmacht’ organiseren naar gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders. Daarvoor is een regionale belangenbehartigingsstructuur nodig die onze landelijke, regionale en lokale belangenbehartiging verbindt.

Het gaat daarbij om een landelijk dekkende structuur van collectieve belangenbehartiging op regionaal en lokaal niveau, met een intensieve wisselwerking tussen de regio’s (onderling) én MIND Landelijk Platform.

Uitgangpunten zijn dat dit vanuit ervaringsdeskundigheid en voor en door patiënten- en cliëntenorganisaties gebeurt.

### **7.1 Aanleiding: decentralisatie zorg**

De beleidsontwikkeling en besluitvorming in de sector zorg en welzijn vinden steeds meer regionaal plaats. We hebben namelijk te maken met veel gedecentraliseerde wetgeving (zoals WMO, WLZ, Jeugdwet, Participatiewet en Wet publieke gezondheid). Verantwoordelijkheden om deze wetgeving uit te voeren en voorzieningen hiertoe in te richten, liggen op gemeentelijk en/of regionaal niveau. Ook worden op regionaal niveau steeds meer overlegtafels ingericht waar wij als cliënten- en naastenbeweging aan moeten en willen deelnemen. Deze regionale overlegtafels hebben bijvoorbeeld betrekking op wachtlijsten, mensen met verward gedrag, jeugd ggz, acute psychiatrie en zorginkoop door verzekeraars en gemeenten. Een recent voorbeeld is ook de corona-aanpak die meer regionaal wordt ingestoken. Het is voor de collectieve belangenbehartiging vanuit de MIND dus belangrijk om invloed te hebben in de regio.

### **7.2 Nut, noodzaak en doel**

Conclusie van de leden van MIND: het is noodzakelijk en nuttig dat de belangenbehartiging op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau versterkt en gefaciliteerd wordt door het opzetten van regionale steunpunten. Het doel van MIND is een duurzame en kwalitatief goede structuur neer te zetten om de collectieve belangenbehartiging in de regio te versterken waarbij gebruik wordt gemaakt van landelijke en regionale (ervarings)kennis en kansen. Op deze manier beter opkomen voor de belangen van mensen die zorg en ondersteuning ontvangen en het bundelen van die ervaringen en deze doorgeven aan beleidsmakers bij gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties: het verhaal van cliënten vertellen, vanuit hun eigen beleving en ervaring.

### **7.3 Structuur**

We streven naar een landelijk dekkende structuur van regio’s (= netwerk van alle RCO’s, regionale afdelingen van lidorganisaties, cliënten- en familieraden en herstel- en zelfregiecentra in die regio). Hierbij kunnen we denken aan een indeling aansluitend bij de Zorgkantorregio’s. Vanuit helicopterview worden deze regio’s in kaart gebracht. Er wordt o.a. bekeken wat de huidige dekkingsgraad is qua cliëntenparticipatie, bestuurlijke netwerken en overlegtafels en het uiteenlopende ondersteuningsaanbod (vanuit cliënten en naasten), alsmede de witte plekken en de knelpunten hierbij.

De MIND-regio’s worden ondersteund door regio-ambassadeurs, die zoveel mogelijk worden gepositioneerd bij bestaande regionale lidorganisaties. Het is de bedoeling dat de regionale en landelijke belangenbehartiging elkaar



over en weer voeden: binnen regio's, tussen regio's en tussen regio's en landelijk. Hiertoe worden de leden ondersteund door een (digitale) kennis-, communicatie- en uitwisselingsfunctie.

#### **7.4 Uitgangspunten**

- In de regio moeten standpunten worden ingebracht en belangen worden behartigd van (de achterban van) lidorganisaties van MIND
- de regionale belangenbehartigingsstructuur is aansluitend, aanvullend, verbindend en ondersteunend t.a.v. de landelijke belangenbehartiging vanuit MIND en de landelijke lidorganisaties
- de regionale belangenbehartigingsstructuur is aansluitend, aanvullend, verbindend en ondersteunend t.a.v. de regionale afdelingen van de landelijke lidorganisaties van MIND
- De regionale structuur versterkt en ligt in het verlengde van de al bestaande regionale cliëntenorganisaties, herstel- en zelfregiecentra en hun opgebouwde netwerken en activiteiten in de regio.