



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Rapport resultaten pilot

**'Toezicht op de ambulante GGZ' (TAG)**

bij Dimence Groep en samenwerkingspartners te Deventer  
Periode mei - oktober 2017



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
1.1	Opzet rapport	5
1.2	Doel en werkwijze pilot	5
<b>2</b>	<b>Conclusies</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Resultaten groepsbijeenkomst op 20 juni 2017</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Resultaten functioneren ggz-netwerk</b>	<b>12</b>
4.1	THEMA "CLIËNT CENTRAAL"	12
4.1.1	Beoordeling netwerk op hoofdlijnen	12
4.1.2	Functioneren netwerk bij thema 'Cliënt centraal' volgens cliënten/naasten	14
4.1.3	Functioneren netwerk bij thema 'Cliënt Centraal' volgens hulpverleners Dimence Groep	15
4.1.4	Functioneren netwerk bij thema 'Cliënt Centraal' volgens huisartsen	17
4.2	THEMA "INTEGRALE ZORG"	19
4.2.1	Beoordeling netwerk op hoofdlijnen	19
4.2.2	Functioneren netwerk bij thema 'integrale zorg' volgens cliënten en naasten	21
4.2.3	Functioneren netwerk bij thema 'Integrale zorg' volgens hulpverleners Dimence Groep	22
4.2.4	Functioneren netwerk bij thema 'Integrale Zorg' volgens huisartsen	24
<b>5.</b>	<b>Terugkoppeling bevindingen op 2 oktober 2017</b>	<b>27</b>
<b>6.</b>	<b>Bevindingen werkwijze inspectie</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Praatplaat "de juiste zorg op de juiste plek"</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Vragenlijst regionale samenwerking</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk</b>	<b>34</b>
<b>Bijlage 4</b>	<b>Concept toetsingskader TAG: normen en toetsingscriteria</b>	<b>35</b>

## 1 Inleiding

Als gevolg van nieuwe wetgeving in 2014 en Bestuurlijke Akkoorden over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg (hierna: ggz) is er een verschuiving van patiëntenstromen op gang gekomen. Een belangrijk doel is dat er meer zorg vanuit de gespecialiseerde ggz (hierna: S-GGZ) naar de generalistische basis ggz (hierna: B-GGZ) en de huisarts gaat.

De ambulantisering van de ggz heeft consequenties voor de samenwerking tussen de verschillende partijen in de ggz-keten en daarbuiten. In sommige regio's gaat de afbouw van bedden sneller dan de opbouw van netwerken. Hierdoor ontstaan risico's in de continuïteit van zorg. Kwetsbare mensen dreigen tussen wal en schip te vallen.

Uit onderzoek<sup>1</sup> blijkt dat de levensverwachting van chronisch psychiatrisch patiënten gemiddeld 13 tot 30 jaar korter is dan bij niet- psychiatrische patiënten. Diabetes, bijvoorbeeld, komt bij hen vaker voor en het risico op hart- en vaatziekten is twee tot drie keer verhoogd. Het onderzoek constateert een gebrek aan een structurele professionele samenwerking en een heldere taakverdeling tussen de geestelijke gezondheidszorg en huisartsen.

De kortere levensverwachting van chronisch psychiatrisch patiënten wordt bevestigd in een recente oratie van mevrouw Cahn<sup>2</sup>. Zij stelt dat 60% van de psychiatrische patiënten ook lichamelijke aandoeningen heeft en 30% van de patiënten met een lichamelijke aandoening ook psychiatrische problemen heeft. Cahn pleit derhalve voor een meer integrale benadering van ziekte. Ook zij meent dat de kloof tussen lichamelijke en psychische ziektes voornamelijk komt door de manier waarop de zorg op dit moment is ingericht.

Vanwege bovenstaande risico's (gebrek aan continuïteit en onvoldoende afstemming) voor deze kwetsbare groep startte de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (hierna: inspectie) in 2016 een project gericht op toezicht op de zorg voor mensen met een chronische ggz-problematiek die thuis wonen. Hiervoor is, in samenwerking met betrokken partijen, een toetsingskader ontwikkeld, waarmee de inspectie de kwaliteit en veiligheid van zorg kan toetsen. Het toetsingskader bevat normen waaraan het ggz-netwerk dient te voldoen en heeft twee invalshoeken namelijk:

- a) de patiënt centraal met zoveel mogelijk aandacht voor de eigen regie;
- b) integrale zorg met nadruk op de samenwerking tussen huisartsen/POH-ers en de ggz om het netwerk rondom de cliënt te versterken.

In 2017 gaat de inspectie na, met behulp van twee pilots, of het toezicht op de ggz-netwerken in Nederland kan worden uitgerold. Vanaf 2018 wordt het toezicht verbreed naar het sociale domein, namelijk de gemeentelijke activiteiten in het kader van de Wmo voor ggz-cliënten.

Dimence Groep en haar samenwerkingspartners hebben meegewerkt aan deze eerste pilot. De pilot is uitgevoerd in de periode mei-juli 2017.

1 Bron: "Improving the physical health of people with severe mental illness: the need for tailor made care and uniform evaluation of interventions," Proefschrift van Fenneke van Hasselt, RUG, 2013

2 Bron: artikel Zorgvisie 12 sept 2017 "blinde vlek voor connectie lichamelijke en geestelijke aandoeningen."

## 1.1 Opzet rapport

In hoofdstuk 1 wordt ingegaan op het doel van en de werkwijze tijdens de pilot. Hoofdstuk 2 bevat conclusies over het functioneren van het ggz-netwerk en over de gehanteerde werkwijze van de inspectie. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten uit de groepsbijeenkomst van de netwerkpartners d.d. 20 juni 2017. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen weergegeven van het functioneren van het netwerk op basis van de gesprekken met de verschillende partijen, namelijk de cliënten, naasten, hulpverleners in de ggz en huisartsen. Hoofdstuk 5 geeft een samenvatting weer van de evaluatie-bijeenkomst op 2 oktober 2017. Het rapport wordt afgesloten met de bevindingen over de werkwijze van de inspectie in hoofdstuk 6.

## 1.2 Doel en werkwijze pilot

### **Doel**

Het eerste doel van de pilot is nagaan of het toetsingskader, de toezichtsinstrumenten en de werkwijze geschikt zijn om op efficiënte en effectieve wijze informatie te verzamelen over de ambulante ggz. Op basis van de resultaten worden de instrumenten en werkwijze aangepast.

Het tweede doel van de pilot is informatie verkrijgen over de ambulantisering van de ggz bij Dimence Groep en haar samenwerkingspartners. Wat gaat goed en wat kan beter?

### **Werkwijze**

Tijdens de pilot is de informatie op lokaal niveau getoetst aan de praktijk door gesprekken met cliënten en naasten, hulpverleners en onderzoek in dossiers. De onderstaande stappen zijn gevolgd.

#### *- Afspraken over pilot inspectie met Dimence Groep*

De inspectie maakte afspraken met Dimence Groep over de uitvoering van de pilot. De aanpak is doorgesproken met twee contactpersonen van Dimence Groep (managers van FACT-team en Mindfit). Geïnterviewd is welke hulpverleners betrokken zijn bij de ambulantisering in de stad Deventer. Deze ketenpartners (leidinggevenden Dimence Groep, vertegenwoordigers huisartsengroepen, voorzitter cliëntenraad en regionale familieraad waren aanwezig bij de groepsbijeenkomst. Ook maakte de inspectie afspraken over de selectie van de cliënten voor de pilot en over de terugkoppeling van de resultaten aan de deelnemende hulpverleners.

#### *- Groepsbijeenkomst met netwerk van betrokken organisaties op lokaal niveau*

Ter voorbereiding van de groepsbijeenkomst is een aantal schriftelijke vragen gesteld aan de betrokkenen over de samenwerking (zie bijlage 2). De vragen gingen over de afspraken op lokaal niveau tussen betrokkenen rondom de ambulantisering. De groepsbijeenkomst vond plaats op 20 juni 2017 in Deventer en duurde twee uur. De verkregen contextinformatie is als aanvullende informatie gebruikt voor het interpreteren van de resultaten op cliënt- en hulpverlenersniveau.

#### *- Interviews met vier cliënten en zijn/haar naasten*

De inspectie heeft Dimence Groep gevraagd cliënten te selecteren die een representatief beeld geven van de ambulantisering. Selectiecriteria waren:

- de cliënt woont thuis en heeft ernstige én langdurig psychische klachten;
- hij/zij is redelijk stabiel en heeft ontwikkelperspectief;
- de cliënt maakt gebruik (of heeft gebruik gemaakt) van de S-GGZ;

- er is een samenwerking met de B-GGZ (Mindfit) en de huisarts en/of POH-GGZ.

Dimence Groep koos twee cliënten van een FACT-team en twee cliënten die B-GGZ van Mindfit ontvangen om mee te doen aan de pilot. Alle cliënten waren jarenlang in zorg bij Dimence Groep (negen tot twintig jaar). De cliënten ontvingen een uitnodiging en een beschrijving van doel van het gesprek. Vervolgens hebben vier gesprekken van anderhalf uur plaatsgevonden met cliënten aan de hand van een praatplaat (zie bijlage 1) en de toetsingsinstrumenten. Het stond de cliënten vrij om iemand bij het gesprek uit te nodigen bijvoorbeeld een familielid of ervaringsdeskundige. Twee cliënten gaven de inspectie toestemming om hun hulpverleners en naasten te benaderen voor een gesprek. Na de gesprekken met de cliënten hebben twee telefonische gesprekken met de twee familieleden van deze cliënten plaatsgevonden.

Voor de interviews met cliënten en hun naasten is een vragenlijst opgesteld. De vragen zijn gebaseerd op het concepttoetsingskader ambulantisering ggz (bijlage 4).

- *Interviews met hulpverleners*

Er zijn twee gesprekken geweest met de hulpverleners van de cliënten. Het eerste gesprek was met de medewerkers van Dimence Groep die betrokken waren bij de hulpverlening van de geïnterviewde cliënten. Vier medewerkers van Dimence Groep waren uitgenodigd. Slechts twee medewerkers konden aanwezig zijn. Het andere gesprek vond plaats met drie huisartsen die betrokken waren bij de cliënten. Eén huisarts was verhinderd. Een andere aanwezige huisarts bleek niet de huisarts van de betreffende cliënt te zijn.

Voor de interviews met hulpverleners is een vragenlijst opgesteld. Ook deze vragen zijn gebaseerd op het concepttoetsingskader ambulantisering ggz (bijlage 4).

- *Dossierinzage*

De inspectie was voornemens om na te gaan of de bevindingen van cliënten en hulpverleners terug te vinden zijn in het dossier van de cliënt. Tijdens het gesprek met de Dimence Groep-medewerkers was, vanwege de locatie, geen inzage in dossiers mogelijk. Tijdens het gesprek met de huisartsen was dossierinzage wel mogelijk.

- *Analyse van de gegevens*

De inspectie analyseerde eerst de bevindingen van de groepsbijeenkomst. Vervolgens zijn de bevindingen van de gesprekken van de cliënten gerubriceerd en geanalyseerd. Per norm is een oordeel toegekend in welke mate de norm behaald is. Dit is ook gedaan bij de resultaten uit de interviews van de hulpverleners. Het doel hiervan was om te beoordelen of het ggz-netwerk voor thuiswonende cliënten voldeed aan de normen. De inspectie vormde op basis van deze drie bronnen een oordeel over de zorgverlening en samenwerking en afstemming tussen zorgverleners.

- *Terugkoppeling bevindingen aan betrokkenen*

De inspectie nodigde alle hulpverleners met wie zij had gesproken en andere betrokkenen uit voor een presentatie van de resultaten van de pilot. Op 2 oktober 2017 vond de bijeenkomst plaats. Doel van deze bijeenkomst was om te toetsen of de gepresenteerde resultaten herkenbaar waren. En of ze klopten met het beeld dat de betrokkenen zelf hadden van het ggz-netwerk in Deventer.

## 2 Conclusies

### Inhoudelijke conclusies over functioneren ggz-netwerk

	Voldoet aan de norm
	Voldoet grotendeels aan de norm; de instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk
	Voldoet grotendeels niet aan de norm; de instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk
	Voldoet niet aan de norm; de instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk

Normen "DE CLIËNT CENTRAAL"	Oordeel
1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken	
1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en cliënt kan dit/deze inzien	
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg	
1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren	

Normen "INTEGRALE ZORG"	Oordeel
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is	
2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen	
2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (overleg, evaluatie)	
2.4 De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener	
2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante GGZ zorg	

### Thema cliënt centraal: aandacht voor eigen regie en herstel neemt toe.

De inspectie constateert dat de normen, horend bij het thema 'de cliënt centraal', op hoofdlijnen van toepassing zijn. De zorg voldoet grotendeels aan de normen van het toetsingskader. Er wordt door hulpverleners, cliënten en naasten een ontwikkeling beschreven waarbij de eigen regie en de toenemende aandacht voor herstel duidelijk naar voren komt.

Toch zijn er verbeteringen mogelijk. Het geven van informatie over behandelmogelijkheden (binnen en buiten de ggz) is nog niet altijd vanzelfsprekend. Cliënten geven aan behoefte te hebben aan informatie hierover zodat zij hierin bewust kunnen kiezen.

Een actiever en regelmatig gebruik van het behandelplan in de zorgrelatie kan ondersteunend zijn bij het vormgeven van doelen van de cliënt.

Verder is het betrekken van naasten nog niet altijd vanzelfsprekend in de behandeling. Zeker waar het gaat om informatie over wat te doen in het geval van crisis hebben naasten behoefte om betrokken te worden.

Huisartsen zouden op de hoogte moeten zijn van opgestelde signaleringsplannen en crisisplannen. Deze kennis ontbreekt nu vaak.

### **Thema integrale zorg: binnen zorgnetwerk werken individuen samen, maar onderliggende afspraken ontbreken**

De samenwerking in het zorgnetwerk rondom de cliënt is nog niet op het gewenste niveau. Er wordt veel op op ad hoc basis tussen individuele zorgverleners samengewerkt. Het ontbreekt echter aan vastgelegde afspraken over hetgeen men van elkaar kan verwachten en waarop men aanspreekbaar is. Mogelijk is hierdoor een sterke behoefte om elkaar persoonlijk te kennen, om zo de samenwerking en consultatiemogelijkheden te optimaliseren. Er zijn geen gemeenschappelijke doelen voor de behandeling van de doelgroep. Daardoor is de kwaliteit van zorg in het netwerk teveel afhankelijk van de betrokkenheid van de individuele hulpverlener. Informatie over de cliënt wordt nog onvoldoende uitgewisseld. Met name de medicatie-overzichten kunnen worden verbeterd. Daarnaast voldoet de informatie die wordt uitgewisseld niet altijd aan de behoefte van de ontvanger.

### **Druk op zorg binnen ambulante FACT-teams neemt toe**

Hulpverleners gaven het signaal dat binnen het FACT-team de zorg het afgelopen jaar zwaarder en complexer is geworden. Er zijn veel nieuwe groepen bijgekomen die een beroep doen op de S-GGZ zoals daklozen, verslaafden en gedetineerden. Men vindt het moeilijk om cliënten een volwaardig pakket aan ondersteunde zorg te bieden, zodat ze het thuis vol kunnen houden (huisvesting, (vrijwilligers) werk, zinvolle dagbesteding e.d.). Zonder de juiste indicatie kunnen cliënten bijna nergens meer terecht. De problematiek wordt steeds ernstiger doordat 'lichtere' cliënten zijn uitgestroomd.

### **Beter gebruik van landelijke richtlijnen bij uitwerking regionale afspraken is mogelijk**

In de regio Deventer ligt de verbinding tussen huisartsen en ggz verankerd in het feit dat de POH-ers GGZ vanuit Dimence worden gedetacheerd. Hiermee is een goede basis aanwezig voor het verder ontwikkelen van samenwerkingsafspraken. Het belang van de samenwerkingsafspraken wordt door alle betrokkenen aanwezig op de regiobijeenkomst gezien.

Bij het ontwikkelen van de samenwerkingsafspraken voor de regio bestaat een 'hands-on' mentaliteit. Men lost in principe vanuit de eigen ervaring problemen op. Er kan nog beter gebruik gemaakt worden van kaders die hiervoor reeds zijn ontwikkeld, zoals het Handvat 'Regionale samenwerkingsagenda' van het Trimbos Instituut of de NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ.

### **Samenwerking met andere partners binnen de regio**

De partijen zouden graag meer samenwerking in de regio zien, maar lopen aan tegen belemmeringen. Zo is samenwerking tussen de diverse (met name kleine) ggz-instellingen binnen de regio niet vanzelfsprekend vanwege de marktwerking.

Een goede relatie met partners uit het sociale domein is verder van belang om de zorg rond een client goed georganiseerd te krijgen. De afstemming die hiervoor nodig blijkt tijdrovend. Daarnaast is niet altijd duidelijk wie de regie heeft in de zorg wanneer meerdere hulpverleners vanuit diverse instellingen zijn betrokken. De betrokken hulpverleners vinden het moeilijk om dit in kaart te brengen, laat staan hierin regie te voeren.

### **Werkwijze inspectie: evenwicht zoeken tussen stimuleren en handhaven**

Voor de inspectie is het toezicht houden op zorg die door een netwerk wordt verleend nieuw. Dit vraagt een andere manier van toezicht houden, een ander denkkader en andere instrumenten.



De pilot bij de Dimence Groep was een eerste (goede) oefening om het toezichtstraject op het netwerk tussen ggz en huisartsen aan te passen en te verbeteren.

De pilot leverde de volgende leerpunten op:

- Het contact met Dimence Groep verliep vanaf het begin goed, er ontstond intensief overleg over de organisatie en uitvoering van de pilot. De huisartsen zijn echter pas later geïnformeerd en betrokken bij de pilot. Die betrokkenheid moet een volgende keer in een eerder stadium gebeuren.
- Een aantal normen en criteria uit het theam 'client centraal' overlappen met normen van het CCAF. Overwogen wordt om deze inspectienormen in te korten of niet te toetsen bij recent gecertificeerde teams. Daarnaast zijn een aantal criteria mogelijk te gedetailleerd.
- In het toetsingskader wordt met name een 'foto' gemaakt van de daadwerkelijk verleende zorg. In de gesprekken eromheen komt met name de beweging bij de organisaties naar voren, de 'film'. Beide zijn nodig in project om de uitkomsten goed te kunnen plaatsen. De balans tussen de 'film' en de 'foto' moet worden gezien.
- Er is veel behoefte aan uitbreiding van dit project naar het sociaal domein. De inspectie gaat deze uitbreiding in 2018 met andere inspectiepartners verder vormgeven.
- Het project TAG wordt verder gecontinueerd. Naar aanleiding van bovenstaande punten worden het toetsingskader en de werkwijze van de inspectie bijgesteld. Bij het toekomstig toezicht zal de inspectie de gewenste balans zoeken tussen stimuleren en handhaven.

### 3 Resultaten groepsbijeenkomst d.d. 20 juni 2017

Dimence Groep heeft vanaf 2014 veel energie gestoken in overgang van S-GGZ naar B-GGZ (Mindfit). Zij ziet de relatie met huisartsen als de volgende fase waaraan gewerkt moet worden. Het formaliseren van afspraken hoort daarbij. Dimence Groep steekt qua samenwerkingspartners momenteel vooral veel energie in afspraken met het sociaal domein. Deze samenwerkingsafspraken maken nog geen onderdeel uit van deze pilot.

Dimence Groep is van opvatting dat de transitie van S-GGZ naar B-GGZ bij cliënten veel teweeg heeft gebracht. Cliënten moeten erg wennen aan de veranderde rol van de hulpverleners. Vooral cliënten die al vele jaren ggz zorg ontvangen, en (soms) gehospitaliseerd zijn, is de omslag moeilijk te maken. Hierdoor willen cliënten soms in de S-GGZ blijven. De deelnemers schetsen onderstaand beeld van de ambulante ggz:

- De doelgroep (mensen met chronische psychische aandoening die thuis wonen) zijn op lokaal niveau niet bij alle partijen in beeld. Dimence Groep heeft deze doelgroep wel voor haar eigen werkzaamheden in beeld.
- Er zijn geen lokale/regionale protocollaire afspraken over samenwerking (behalve tussen huisartsen en IHT over crisis buiten kantooruren). De intentie is om hierover afspraken uit te werken. Daarnaast bestaan veel (goede) contacten rondom individuele cliënten. Er gebeurt veel, volgens de betrokkenen, maar nog niet alle informatie wordt gedeeld.
- Partijen hebben nog geen gemeenschappelijke doelen per cliënt. Het Handvat 'Regionale samenwerkingsagenda' van het Trimbos was niet bekend bij de aanwezigen.
- Er zijn wél afspraken over somatische screening. Op cliëntniveau lopen deze afspraken vaak redelijk goed.
- Er ontbreken afspraken over:
  - medicatiebeleid voor psychofarmaca en
  - directe consultatie van psychiaters voor huisartsen over individuele patiënten.
- De huisartsen vinden de ggz over het algemeen slecht bereikbaar. Huisartsen zien graag dezelfde constructie als bij ziekenhuizen. Kaderhuisartsen ggz zijn daarbij van groot belang.

Op de vraag in welke fase van de regionale samenwerking men zichzelf ziet gaven de meeste betrokkenen aan dat ze zich in fase 2 bevinden (experimentele fase). De schaal met ontwikkelingsfasen heeft een verdeling van 1 tot en met 4 (zie bijlage 3 "Beschrijving ontwikkelingsfase van een netwerk").

Onderstaande knelpunten bij de ambulantisering zijn genoemd in de bijeenkomst:

- Cliënten hebben behoefte aan meer en/of betere informatie over de beschikbare zorg. De gemaakte afspraken tussen de hulpverleners zijn vaak niet duidelijk. Daardoor is niet bekend welke zorg hij/zij waar kan krijgen. *Quote: "De praatplaat van de inspectie is een goed voorbeeld van hoe het kan: visualiseer de processen."*
- Huisartsen weten weinig van signaleringsplannen. Onbekend maakt onbemind.
- Op gebied van medicatie-afstemming is nog veel winst te behalen. Op regionaal/lokaal niveau zouden er afspraken gemaakt kunnen worden over het beleid voor bepaalde psychofarmaca.

- Huisartsen zien graag meer mogelijkheden voor snelle op- en afschaling van de ggz, waarbij een cliënt in de huisartsenpraktijk toch gezien kan worden.

De huisartsen vinden verder dat de samenwerking tussen de ggz-instellingen beter kan. Het feit dat er, mede door de marktwerking, vele zorgaanbieders ontstaan die ieder in zijn/haar eigen domein opereren, draagt niet bij aan de transparantie.

Daarbij speelt dat de verschillende financieringsbronnen knelpunten veroorzaken in de samenwerking rondom deze doelgroep. Iedere ggz-instelling wil de cliënt graag 'binnenboord' houden. De verschillende financieringsbronnen maken de organisatie van de zorg erg ingewikkeld.

## 4 Resultaten functioneren ggz-netwerk

Hieronder wordt de beoordeling van het functioneren van het lokale netwerk voor de ambulante ggz in Deventer weergegeven. Daarbij is het concept toetsingskader met haar normen en toetsingscriteria gehanteerd (Bijlage 4). De twee thema's (Cliënt centraal en Integrale zorg) bevatten negen normen. Iedere norm is beoordeeld, waarbij gebruik is gemaakt van onderstaande kleurcodering:

	Voldoet aan de norm
	Voldoet grotendeels aan de norm; de instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk
	Voldoet grotendeels niet aan de norm; de instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk
	Voldoet niet aan de norm; de instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk

De beoordeling van de normen heeft de inspectie gegeven op basis van de informatie van de cliënten, hun naasten, de hulpverleners van Dimence Groep en de huisartsen. Gezien de beperkte hoeveelheid mensen dat gesproken is, worden de hoofdlijnen weergegeven.

Per beoordeelde norm voor het functioneren van het netwerk is een tekstuele toelichting met een onderbouwing gegeven. Vervolgens worden de resultaten voor de twee thema's per doelgroep (cliënten en hun naasten, de ggz-hulpverleners en de huisartsen) beschreven in de verschillende paragrafen.

### 4.1 THEMA: CLIËNT CENTRAAL

#### 4.1.1 *Beoordeling functioneren netwerk op hoofdlijnen*

Norm	Oordeel
1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken	

Cliënten en naasten geven aan dat er in de afgelopen jaren meer aandacht is gekomen voor het perspectief van de cliënt. Ook is het voor hen duidelijk dat herstel meer aandacht krijgt tijdens de behandeling.

Vanuit de cliënten wordt aangegeven dat de informatie verbeterd kan worden over mogelijkheden in behandeling, met name in de S-GGZ. Als mondige cliënten aangeven wat zij willen, dan krijgen zij informatie over de mogelijkheden en kan er veel. Als zij dit niet (kunnen) aangeven, wordt deze informatie niet automatisch verstrekt. Naasten krijgen graag actief meer informatie over het ziekteverloopproces bij hun partner of ouder/kind. Naasten vinden dat zij een belangrijke signaalfunctie hebben en willen beter weten wat zij kunnen doen als het niet goed gaat met de cliënt.

Door de ggz wordt bevestigd dat er meer aandacht is voor het perspectief van de cliënt. Zo wordt er bijvoorbeeld een warme overdracht georganiseerd wanneer een cliënt van de S-GGZ naar de B-GGZ gaat. De ggz gaf aan dat zij de cliënt helpt bij het formuleren van zijn hulpvraag, informatie verschaft over de behandeling en zijn hulpvraag volgt.

Binnen de B-GGZ wordt er actief met de cliënt gekeken naar mogelijkheden en wordt hierin samengewerkt met de sociale wijkteams.

*Omdat de huisartsen de patiënten zeer laag frequent zien, bleek deze norm vanuit het huisartsenperspectief niet te beoordelen. De kleurcodering bij deze norm is derhalve niet van toepassing voor het ggz-netwerk, maar alleen voor de behandeling binnen ggz, en niet het ggz-netwerk. Hetzelfde geldt voor de normen 1.2. en 1.3.*

Norm	Oordeel
1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en cliënt kan dit/deze inzien	

Volgens de ggz hulpverleners hebben de cliënten een behandelplan dat jaarlijks wordt besproken. Tussentijds wordt het behandelplan meestal niet besproken of bijgesteld. Het behandelplan lijkt niet actief te worden gebruikt in de behandeling. Cliënten weten in het algemeen wel van het bestaan van het behandelplan af, maar de inhoud is niet altijd bekend. Enkele cliënten vinden dat ze beter betrokken kunnen worden bij het gebruik ervan en zijn van mening dat het behandelplan actiever gebruikt kan worden. Daarnaast vinden cliënten dat ze veel documenten hebben, waarvan de samenhang ontbreekt. In de voorbereiding voor de evaluatie van het behandelplan worden naasten niet automatisch betrokken. Vanuit de B-GGZ wordt aangegeven dat het past bij de doelgroep om de wens van de cliënt hierin te volgen. Als deze aangeeft naasten te willen betrekken is dit mogelijk.

Norm	Oordeel
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg	

Cliënten worden zoveel mogelijk gestimuleerd om zelf regie te nemen over de behandeling. Er wordt door de hulpverleners aangesloten bij de mogelijkheden van de cliënt. Ook is de cliënt goed geïnformeerd over het aanspreekpunt voor de cliënt en wanneer en op welke wijze deze te bereiken is. Er is een beweging gaande waarbij cliënten steeds meer zelf regie kunnen en moeten voeren. Zo wordt in de B-GGZ aan cliënten gevraagd zelf de intake te schrijven. Dit is voor een groep cliënten heel moeilijk, zij zijn niet gewend om zelf deze regie te krijgen. Ook van hulpverleners wordt in dit kader soms een andere houding verwacht. Een aantal van hen moet hier nog aan wennen. Naasten willen graag nog meer betrokken worden bij het vormgeven van de eigen regie door de cliënt. Als een cliënt een andere zorgverlener wil kan dit gerealiseerd worden, nadat gesproken is over de redenen hiervan.

Norm	Oordeel
1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren	

Binnen de B-GGZ hebben alle cliënten een signaleringsplan, dit is ook een voorwaarde om een cliënt over te nemen van de S-GGZ. In de S-GGZ is dit tevens vereist. Eén van de cliënten gaf echter aan geen signaleringsplan te hebben en dit ook niet te kennen. Daarnaast is er ook een aantal cliënten dat de afgelopen jaren vrij stabiel was. Het signaleringsplan staat dan niet meer zo op de voorgrond en wordt dan niet meer besproken.

In de behandeling is voortdurend aandacht voor risico-inschatting. Bij stabiele cliënten is er de afspraak om zelf 'aan de bel te trekken' als het niet goed gaat; er wordt hiernaar dan niet meer structureel, actief navraag gedaan. Cliënten en naasten gaven aan behoefte te hebben aan informatie over wat te doen bij een mogelijke crisis. Het is voor cliënten en naasten niet altijd duidelijk waar op gelet moet worden en welke mogelijkheden er dan zijn. Door de ggz wordt gebruik gemaakt van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij zorgen hierover wordt dit eerst in het team besproken.

De huisartsen kennen de signaleringsplannen of crisiskaarten niet. Zij worden voor zover zij weten hier niet over geïnformeerd en zijn niet geïnstrueerd over het gebruik hiervan. Huisartsen geven daarnaast aan niet altijd zicht te hebben op de thuissituatie van deze kwetsbare cliënten. Meer informatie is aanwezig bij de POH-GGZ.

#### 4.1.2 **Functioneren netwerk bij thema Cliënt centraal volgens cliënten/naasten**

In onderstaande tabel is weergegeven hoe cliënten en naasten scoorden op de normen die betrekking hebben op het thema Cliënt Centraal.

Norm	Cliënten/naasten			
	1	2	3	4
1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken				
1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en cliënt kan dit/deze inzien	geen oordeel			
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg				
1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren	geen oordeel			

De gesprekken met cliënten over de manier waarop over de geboden zorg werd gesproken, liepen erg uiteen. Hieronder wordt per norm de rode draad weergegeven.

##### 1.1. *De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken.*

De cliënten vinden dat er veel veranderd is de afgelopen jaren. Er is meer aandacht gekomen voor het perspectief van de cliënt. Over het algemeen krijgen de cliënten steeds meer informatie en worden zij beter betrokken bij het formuleren van hun hulpvraag. Zowel cliënten als hun naasten merken dit. Cliënten geven wel aan dat ze behoefte hebben aan meer en/of betere informatie over de beschikbare zorg.

##### 1.2 *In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en de cliënt kan dit zelf inzien.*

Cliënten zijn niet geheel tevreden over het gebruik van behandelplannen. Een cliënt zei: "Er zijn teveel van dat soort plannen". Cliënten vinden dat ze erg veel documenten hebben (crisiskaart, triadekaart, signaleringsplan). Soms vinden ze het moeilijk door de bomen het bos te zien. Cliënten vinden dat hulpverleners meer over het behandelplan moeten communiceren c.q. de cliënt er meer bij betrekken. Een cliënt vroeg bijvoorbeeld om twee maal per jaar een bespreking van behandelplan in plaats van jaarlijks, om het behandelplan actueel te houden. Deze wens werd echter niet gehonoreerd.

Langzamerhand worden partners/naasten meer betrokken bij de behandeling. Dit is niet altijd vanzelfsprekend. Eén cliënt was niet op de hoogte van het behandelplan.

*1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg.*

Cliënten geven aan dat hun behandeling gericht is op herstel. Dit is de afgelopen jaren ten goede veranderd. Een naaste gaf aan: "Herstellen is een lastig begrip in de psychiatrie. Het is nooit over. Herstellen betekent zo min mogelijk last hebben van de psychiatrische aandoening. In de praktijk gaat het vaak over stabilisatie". De geïnterviewde cliënten hebben in de loop der tijd geleerd goed voor zichzelf op te komen. Volgens één cliënt is dit lang niet altijd zo: "Niet-mondige patiënten kunnen zelf minder regelen. Met name de oude garde psychiaters is nog niet gewend om goed te luisteren naar de wensen van patiënten". Cliënten geven aan dat veel wisselingen van hulpverleners de continuïteit niet ten goede komt, want er moet eerst iets worden opgebouwd met elkaar. Er zou altijd een mogelijkheid moeten zijn om van hulpverlener te wisselen. Naasten ervaren de geboden zorg aan hun partners als wisselend. Zij vinden dat dit sterk afhankelijk is van individuele medewerkers.

*1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om de crisis te hanteren.*

Twee cliënten gaven aan dat ze geen crisiskaart hebben en ook niet weten wat dit is. Eén cliënt moet zelf aan de bel trekken als het minder goed gaat. De andere cliënten zien de meerwaarde van de crisiskaart in, mits deze half jaarlijks wordt besproken. Cliënten gaven aan dat ten tijde van een crisis betere informatie heel behulpzaam geweest zou zijn. Naasten hebben behoefte aan meer en betere betrokkenheid bij de verleende zorg. Zij willen graag meer informatie over wat zij kunnen doen als het niet goed gaat.

**4.1.3 Functioneren netwerk bij thema Cliënt Centraal volgens hulpverleners Dimence Groep**

Norm	Oordeel over B-GGZ	Oordeel over S-GGZ
1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken		
1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en cliënt kan dit/deze inzien		
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg		
1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren		

*1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken.*

De overdracht van de S-GGZ naar de B-GGZ vindt plaats door middel van een warme overdracht. Zowel de cliënt als een medewerker van het FACT team zijn hierbij aanwezig. Tijdens deze overdracht wordt gesproken over het verloop van de behandeling in de S-GGZ en wat nodig is voor verder herstel. Van daaruit wordt samen met de cliënt de hulpvraag geformuleerd.

De meeste cliënten in de S-GGZ hebben hulp nodig bij het formuleren van de hulpvraag. Een deel van de cliënten is niet bezig met herstel, maar bezig met verwerking van trauma's. Zeker als er sprake is van bemoeizorg, is het voor de cliënt vaak niet mogelijk om een hulpvraag te stellen. Het is dan van belang om aan te sluiten bij wat de cliënt wel wil.

Omdat in de S-GGZ bij de aanvang de symptomatische behandeling voorop staat, is er een risico dat de balans tussen deze symptomatische behandeling en zorg gericht op maatschappelijk herstel, verstoord raakt.

Zowel de B-GGZ als de S-GGZ informeren cliënten actief over de mogelijkheden die aansluiten bij herstelgerichte zorg. De informatievoorziening wordt afgestemd op de omstandigheden van de cliënt.

### *1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en de cliënt kan dit zelf inzien.*

Alle cliënten hebben een behandelplan. Het behandelplan wordt minimaal 1 x per jaar geëvalueerd en waar nodig vaker. De cliënt kan zijn behandelplan altijd inzien en cliënten die dat willen ontvangen een kopie. Er wordt altijd gevraagd of cliënten akkoord zijn met de inhoud, maar het behandelplan wordt niet altijd door cliënt ondertekend.

In de B-GGZ hebben cliënten een actiever aandeel in het formuleren van het behandelplan dan in de S-GGZ. Zij kunnen het zelf schrijven. Toch is een deel van de cliënten dit niet gewend en schrikt hier van. Ze gaan er van uit dat de B-GGZ over alle informatie beschikt. De cliënt wordt bij de intake gestimuleerd te spreken over de huidige situatie en zijn/haar doelstellingen.

Binnen de S-GGZ is het niet altijd gebruikelijk dat cliënten zelf het behandelplan schrijven. Hierin is veel diversiteit, gezien de verschillende psychiatrische stoornissen van cliënten. Sommige zijn mondig, anderen helemaal niet. Wel wordt voorafgaand aan de behandelplanbespreking gesproken met de cliënt over de hulpvraag en doelen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de cliënt. De behandeling binnen de B-GGZ is in tijd duidelijker afgebakend, dan binnen de S-GGZ. Gemiddeld verblijven cliënten ongeveer 1,5 – 2 jaar in de B-GGZ.

In de B-GGZ is standaard aandacht voor uitbreiding van het informele netwerk. Als er behoefte is aan een steunsysteem en naasten niet of onvoldoende aanwezig zijn, gaat Mindfit actief op zoek naar vrienden van cliënt of wordt het sociaal wijkteam benaderd. De cliënt wordt aangespoord om ook zelf actief zijn netwerk te vergroten door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of lidmaatschap van een sportclub of vereniging. Volgens het FACT-team willen sommige naasten niet betrokken worden bij de zorg en sommige cliënten willen niet dat hun naasten belast worden met hun problematiek. Naasten worden alleen betrokken bij de behandeling als de cliënt hiervoor toestemming geeft. Er wordt wel actief aangeboden de naasten te betrekken bij de behandeling.

### *1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg.*

De B-GGZ heeft bij haar werk 'herstel en regie' in het vaandel voor de cliënt. Dit is hun werkwijze vervlochten. Het initiatief van de cliënt is bepalend en de naasten worden betrokken als de cliënt dit wil. De cliënten zijn de regievoerder. Cliënten van Mindfit ontvangen een afsprakenkaart met het 06-nummer van de verpleegkundig specialist met haar werkdagen en werkuren. Daarnaast is een kringnummer vermeld waarmee ze buiten kantooruren de dienstdoende kunnen bereiken. Cliënten van Mindfit hebben de mogelijkheid van behandelaar te switchen als dat gewenst is. "Als de klik er niet is moet je stoppen".

Binnen de S-GGZ is ook een beweging gaande richting meer eigen regie voor cliënten. Met name in de beginfase ligt de nadruk soms meer op behandeling van de psychiatrische stoornis. In de S-GGZ ondervangen de secretaresses de telefoontjes van cliënten. Iedere cliënt heeft een persoonlijk begeleider, soms twee en soms een heel team. Aan sommige cliënten geeft de medewerker zijn mobiele telefoonnummer. Hulpverleners kunnen zelf bepalen aan welke cliënt zij hun telefoonnummer verstrekken.



Cliënten in de S-GGZ kunnen niet altijd wisselen van hulpverlener als ze dit wensen. Als de klik tussen zorgverlener en cliënt er echt niet is, kan dit soms worden opgelost met een tweede dossierhouder.

#### 1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om de crisis te hanteren.

In principe hebben alle cliënten een signaleringsplan. Bij overname van een cliënt vanuit de S-GGZ naar de B-GGZ is de aanwezigheid van een signaleringsplan een voorwaarde.

De risicotaxatie is een vast onderdeel van het behandelplan en wordt in de S-GGZ in ieder gesprek met de cliënt besproken. Dit is een vast onderdeel van het elektronisch dossier. Bij de evaluatie van het behandelplan wordt de risicotaxatie geëvalueerd.

Als een cliënt in de B-GGZ door crisisopname in de S-GGZ komt, blijft de verpleegkundig specialist de regiehouder, mits de opname niet langer dan drie weken duurt. Na drie weken gaat de cliënt over naar de S-GGZ.

Wat betreft de 'kindcheck' vraagt de verpleegkundig specialist in de B-GGZ actief na of er kinderen betrokken zijn. Als het nodig is worden cliënten gestimuleerd om zelf de stap te maken naar Wmo en een gezinscoach in te schakelen.

Binnen de S-GGZ komen hulpverleners regelmatig in aanraking met huiselijk geweld en kindermishandeling. Hieruit volgt soms een melding bij het AMK. Er zijn contacten met het veiligheidshuis, gezinscoaches en sociaal domein. Ook is er een systeemtherapeut verbonden aan het FACT. Indien nodig gaan kinderen naar de KOPP-groep. De kindcheck is onderdeel van het behandelplan. Indien nodig wordt jeugdzorg ingeschakeld. Dit wordt altijd eerst binnen het FACT-team besproken.

#### 4.1.4 Functioneren netwerk bij thema **Cliënt Centraal volgens huisartsen**

Het gesprek met de huisartsen verliep, in tegenstelling tot de gesprekken met cliënten en hulpverleners van Dimence Groep, niet volgens de normen van het toetsingskader. Er is meer in het algemeen over de samenwerking binnen het netwerk gesproken. Daarbij kwamen verschillende thema's aan de orde. Die zijn, waar mogelijk, aan onderstaande normen gekoppeld. Niet ieder thema is even uitputtend behandeld.

Tijdens het overleg werd vooraf vastgesteld dat psychiatrische zorg geen basiszorg van de huisartsen is, maar dat door de huisartsen wordt gezien als aanvullende zorg. Op deze wijze staat het ook geformuleerd in het aanbod Huisartsgeneeskundige zorg van de LHV. De huisartsen zijn van mening dat huisartsenzorg zich doorgaans niet leent voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Veel van de patiënten hebben programmatische multidisciplinaire zorg nodig.

<b>Norm</b>	<b>oordeel</b>
1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken	Niet te beoordelen
1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en cliënt kan dit/deze inzien	Niet te beoordelen
1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg	Niet te beoordelen
1.4. De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren	

### *Norm 1.1 t/m 1.3*

Omdat de huisartsen de patiënten zeer laagfrequent zien, waren de eerste drie normen uit het toetsingskader niet te beoordelen. Toch zijn er in dit kader een aantal opmerkingen geplaatst.

Patiënten met chronische problematiek ontvangen laag frequente begeleiding door de POH-GGZ. Soms betekent dit één keer per maand een gesprek met de POH-GGZ. De huisarts ontvangt een terugkoppeling van dat gesprek. Bij somatische problematiek worden de huisartsen geconsulteerd. Twee huisartsen weten niet zeker of de patiënten in hun praktijk actief worden opgeroepen.

Het betrekken van naasten bij de behandeling is een punt van aandacht. Dit is één van de onderdelen die door de POH-GGZ, opgepakt zou kunnen worden, maar dat gebeurt nu nog te weinig. Huisartsen willen zeker een oor en schouder voor naasten zijn, maar het medisch beroepsgeheim en privacyregelingen botsen met elkaar. Binnen de huisartsenpraktijk is geen beleid welke informatie wel en welke informatie niet met familie van cliënt wordt gedeeld.

Als de partner bij het consult aanwezig is, is de psychische gezondheidssituatie van de partner onderwerp van gesprek. De huisartsen zijn zich bewust van het feit dat de opvang van naasten in de ggz van een andere orde is, dan bij de somatische zorg.

#### *1.4. De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren.*

De drie huisartsen zijn niet bekend met de crisiskaart van de ggz-cliënten. Ook kent niet iedere huisarts het signaleringsplan van hun cliënten. Verder zijn de huisartsen wel bekend met de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling. Zo nodig wordt het sociaal wijkteam ingeschakeld. Als huisartsen hier melden, gebeurt dit altijd in overleg met de ouder(s). Veel informatie uit het dossier komt van de intake met de POH-GGZ, zodoende is de gezinssituatie van patiënt meestal bij hen bekend. De huisartsen zien hier wel mogelijkheden tot verbetering.

Patiënten in zorg bij de huisarts kunnen niet zelf de crisisdienst bellen. Het is niet bij de huisartsen bekend, dat er soms afspraken zijn met cliënten van ggz-instellingen, dat ze zelf de crisisdienst kunnen bellen.

## 4.2 THEMA: INTEGRALE ZORG

### 4.2.1 *Beoordeling netwerk op hoofdlijnen*

Norm	Oordeel
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is	

De cliënten geven aan dat in het algemeen duidelijk is wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is. Cliënten weten dat zij met somatische klachten naar de huisarts kunnen gaan en dat zij bij psychische klachten bij hun behandelaar van Dimence Groep kunnen gaan.

De verantwoordelijkheidsverdeling bij somatische screening lijkt niet altijd duidelijk, omdat zowel de huisartsen als de ggz dit zeggen te doen.

Verder kunnen de huisarts en Dimence Groep niet standaard van elkaar zien wat voorgeschreven wordt aan medicatie. Er zijn geen duidelijke afspraken over hoe men elkaar informeert. Het medicatie-overzicht is derhalve niet altijd actueel. Op individueel niveau lijkt dit soms wel gewaarborgd; er is echter geen duidelijke afspraak over verantwoordelijkheidsverdeling. Wel kunnen hulpverleners van elkaar de aangevraagde laboratoriumonderzoeken inzien. Bij afwijkende uitslagen stuurt Dimence Groep de cliënt naar de huisarts. Het beleid van de huisarts wordt vervolgens niet teruggerapporteerd.

De afstemming op het gebied van leefstijl en preventie ontbrak.

Norm	Oordeel
2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen	

Een cliënt kan er onvoldoende op rekenen dat zorgverleners op de hoogte zijn van zijn/haar relevante gegevens. In de praktijk gaat er veel goed en wordt er op individueel niveau veel afgestemd. Het ontbreekt echter aan afspraken hierover waardoor een en ander afhangt van de inzet en inspanning van individuele hulpverleners.

Tijdens de interviews werd duidelijk dat de huisarts soms wel geïnformeerd wordt door de ggz-hulpverleners, maar dat deze informatie niet altijd wordt gelezen door de huisarts. Hierbij wordt aangegeven door de huisarts dat er behoefte is aan een duidelijk behandeladvies, of een korte vraagstelling. Het ontbreekt aan afspraken op welke wijze men elkaar doeltreffend kan informeren. Wel zijn vaste momenten genoemd door de ggz-hulpverleners waarop zij de huisarts informeren, namelijk na de intake, na de behandelplanbespreking en bij het afsluiten van een behandeling. Dit is echter geen 'warme' overdracht. Als er somatisch ernstige complicaties optreden hebben ggz en huisarts de voorkeur aan telefonisch contact.

Huisartsen zouden graag (betere) consultatie mogelijkheden hebben binnen de ggz, zoals zij dit ook gewend zijn in de medisch specialistische zorg. De korte lijnen daar sluiten goed aan op de werkwijze van de huisarts. De ggz-instelling geeft aan dat onder elke brief een telefoonnummer staat van de behandelaar. Dit wordt als onvoldoende ervaren door de huisartsen; het is soms moeilijk om diegene te bereiken en continuïteit wordt gemist.

Norm	Oordeel
2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (overleg, evaluatie)	

De controlemomenten in de zorg bleken goed te worden uitgevoerd, maar de uitwisseling van informatie tussen de partijen schoot tekort. Cliënten kunnen erop rekenen dat er aandacht is voor de jaarlijkse, somatische screening. Dit is binnen de ggz-instelling geborgd. De client loopt wel een risico dat er dubbelingen optreden in de somatische controles, doordat zorgverleners elkaar onvoldoende informeren. Een actueel medicatieoverzicht is niet altijd aanwezig, doordat de ggz-instelling en de huisartsen elkaar meestal niet informeren over medicatiewijzigingen. Als de cliënt steeds naar dezelfde apotheek gaat is dit de enige partij die een actueel overzicht heeft. Er zijn geen afspraken met de apotheek om dit met enige regelmaat te delen met de ggz-instelling en/of huisarts. Bij de controlemomenten bleek de aandacht voor de belastbaarheid van de naaste nog onvoldoende aan bod te komen, dit zou explicieter vorm kunnen krijgen. Huisartsen gaven aan naasten niet te informeren over een ondersteuning zoals bijvoorbeeld in de vorm van psycho-educatiegroepen of lotgenotencontact.

Norm	Oordeel
2.4 De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener	

De cliënten gaven aan dat hun zorgverlener(s) kundig is/zijn. Ook is de ervaring van cliënten dat ze tijdig worden verwezen naar een andere behandelaar, of behandelvorm. Huisartsen en de ggz-instelling geven aan dat er geen afspraken liggen op lokaal niveau wat betreft consultatie maar dat er in individuele gevallen geen problemen ontstaan. Men komt er met elkaar uit.

Norm	Oordeel
2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante ggz-zorg	

Afspraken op lokaal niveau over continuïteit in de ambulante ggz ontbraken meestal, maar in de praktijk wordt er voor gezorgd dat de continuïteit er is. De zorg voor cliënten wordt overbrugd tot een behandeling elders kan starten. De afspraken tussen de S-GGZ en B-GGZ zijn duidelijk, hier is veel in geïnvesteerd. De POH-GGZ in Deventer is in dienst van Dimence Groep, hetgeen het overleg en de continuïteit in zorg ten goede komt. Cliënten gaven aan dat de continuïteit van de behandeling in orde is, wel zijn er in een behandeling soms veel wisselingen van behandelaar wat niet ten goede komt aan de kwaliteit van de behandelrelatie. Er was informatie over de wachttijden bij de GGZ-instellingen beschikbaar op de website, dit was de huisartsen echter niet bekend. Zij maakten hier dan ook geen gebruik van en konden hierdoor niet gericht verwijzen naar een instelling met een korte wachttijd.

#### 4.2.2 **Functioneren van het netwerk bij thema Integrale zorg volgens cliënten en naasten**

Norm	Oordeel cliënt/naaste			
	1	2	3	4
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is				
2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen	geen oordeel			
2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (overleg, evaluatie)	geen oordeel			
2.4 De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener	geen oordeel			
2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante GGZ zorg	geen oordeel			

##### 2.1 *Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is.*

Voor de cliënten was duidelijk bij wie ze voor een bepaalde vraag moeten aankloppen. Voor somatische klachten wordt naar de huisarts gegaan. Afstemming over medicatie gaat vooral tussen psychiater en apotheker.

##### 2.2 *De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen.*

Cliënten gaven aan dat de gemaakte afspraken tussen de hulpverleners niet altijd duidelijk zijn. Voor cliënten is bijvoorbeeld onduidelijk welke informatie de huisarts heeft. Eén cliënt gaf aan dat er contacten zijn tussen ggz en huisarts over de afbouw medicatie. Bij de andere cliënten was, volgens hen, geen contact tussen ggz en huisarts.

##### 2.3 *De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (overleg, evaluatie).*

Voor drie cliënten was de rol van de regiebehandelaar duidelijk. Jaarlijks wordt een somatische controle uitgevoerd. Hier is de huisarts niet bij betrokken. Cliënten/naasten vonden dat bij controle momenten meer doorgevraagd zou kunnen worden naar het welbevinden van de parter. Een cliënt vond het positief dat Dimence Groep sport stimuleert.

##### 2.4 *De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener.*

Cliënten vonden dat sommige behandelaren binnen ggz voldoende kennis hebben, maar andere niet. Een persoonlijke klik vindt men ook belangrijk; als dat ontbreekt, kan dit de behandeling in de weg staan. De relatie tussen ggz en huisarts vonden cliënten onduidelijk.

### 2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante ggz

Twee cliënten vonden dat de continuïteit van zorg beter kan. Te veel wisselingen in de zorg zijn schadelijk. Ze hadden weinig zicht op de relatie tussen de huisarts en Dimence Groep en vonden dat de huisarts buiten beeld is. Dit kan beter volgens cliënten: "Het zou goed zijn als duidelijke info van Dimence Groep richting huisartsen gaat".

### 4.2.3 Functioneren netwerk bij thema 'Integrale zorg' volgens hulpverleners Dimence Groep

Norm	Oordeel over B-GGZ	Oordeel Over S-GGZ
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is		
2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen		
2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (overleg, evaluatie)		
2.4 De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener		
2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante GGZ zorg		

#### 2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is.

De hulpverleners gaven aan dat het voor de cliënten duidelijk is wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is. Er is wel een onderscheid te maken. Zo is in de B-GGZ een verpleegkundig specialist de regiebehandelaar maar niet altijd de regievoerder. In de S-GGZ is de regiebehandelaar meestal de psychiater terwijl de SPV de regievoerder is en daarmee het aanspreekpunt. Het is niet gebruikelijk om met de naaste te spreken over wat zijn of haar rol wordt in de behandeling en hoe dit op elkaar afgestemd kan worden. In de B-GGZ wordt het initiatief voor het betrekken van naasten bij de cliënt gelaten. Bij de S-GGZ wordt er vaker met het netwerk samengewerkt. Er wordt niet altijd actief aangeboden om de naaste te betrekken bij de behandeling.

#### 2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen.

Er zijn geen lokale afspraken op welke momenten de huisarts of de ggz geïnformeerd worden over de behandeling. Wel wordt de huisarts na de intake geïnformeerd, na de behandelplanbespreking, bij afsluiting van de behandeling en als de cliënt wordt overgeplaatst binnen de B- of S-GGZ. Daarnaast wordt in principe contact opgenomen als dit geïndiceerd is, bijvoorbeeld bij somatische complicaties.

In de correspondentie naar de huisarts vermeldt de ggz de behandelaar en diens telefoonnummer zodat er indien nodig geconsulteerd kan worden. Cliënten die van de S-GGZ naar de B-GGZ of huisarts gaan ontvangen een brief waarin onder andere staat dat ze (indien nodig) terug kunnen komen en opnieuw gebruik kunnen maken van de zorg van het FACT-team. In de toekomst streeft men naar warme overdracht naar de POH-GGZ.

### *2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controlemomenten in de zorg (overleg, evaluatie).*

De B-GGZ-hulpverlener vertelde dat de somatische screening door de ggz jaarlijks wordt uitgevoerd. Laboratoriumonderzoek maakt hier deel van uit. De huisarts kan deze gegevens inzien, maar wordt hier niet actief over ingelicht. Als er afwijkingen uit het somatische onderzoek komen wordt de cliënt verwezen naar de huisarts. Doordat men elkaar niet actief informeert kan het voorkomen dat onderzoeken dubbel worden uitgevoerd. Er is geen duidelijke regie rond somatisch beleid; wel worden op individueel niveau afspraken gemaakt. De ggz en de huisarts zijn niet op de hoogte van de medicatie die ieder van hen voorschrijft. In het algemeen is het zo dat de ggz de psychofarmaca voorschrijft en de huisarts de somatische medicatie. De apotheek is de enige die het overzicht heeft, mits de cliënt steeds naar dezelfde apotheek gaat. Er zijn geen afspraken met de apotheek om regelmatig een actueel medicatieoverzicht aan te leveren.

Als de huisarts onvoldoende kennis heeft van de medicatie om dit over te nemen, heeft de verpleegkundig specialist van de B-GGZ weleens een jaar de medicatiecontrole samen met de huisarts gedaan, om zo kennis en ervaring te delen. Dit is niet de structurele werkwijze.

De S-GGZ hulpverlener gaf aan dat hij op signalen let van overbelasting uit de omgeving. Hij ontvangt regelmatig informatieverzoeken van naasten over een cliënt, maar dit botst met privacy en beroepsgeheim. Er moet altijd een afweging worden gemaakt of het nuttig is (en mogelijk) de omgeving te betrekken. De B-GGZ gaf aan niet altijd alert te zijn op overbelasting van de naasten. Cliënt of naasten moeten zelf aan de bel trekken. Naasten mogen altijd aanwezig zijn bij de gesprekken.

### *2.4 De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener.*

Er is binnen het ggz-netwerk voldoende deskundigheid met betrekking tot de doelgroep. Wel laat volgens de B-GGZ de samenwerking met de huisarts te wensen over. De huisartsen gaven regelmatig aan dat zij informatie niet ontvangen hebben, maar in de praktijk bleek dat huisartsen de brieven soms niet lezen.

De S-GGZ vond met name de doorstroming in de keten een probleem. Voor cliënten en hulpverleners kan het soms moeilijk zijn om intensieve zorg af te schalen.

De ggz gaf aan dat zij aan huisartsen gelegenheid biedt tot consultatie. Zelf nemen de hulpverleners ook contact op met de huisarts als zij vragen hebben, of tegen een probleem aanlopen. In de praktijk leidde dit niet tot problemen.

### *2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante ggz-zorg.*

Binnen de ggz wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd doordat er bijvoorbeeld een warme overdracht plaatsvindt tussen de S-GGZ en de B-GGZ. Ook in geval van een korte crisis op de eigen crisisafdeling blijft de ambulante behandelaar betrokken, tenzij de opname langer duurt.

Als er wachtlijsten zijn wordt de zorg voor cliënten overbrugd door de huidige behandelaar. Als dit tot problemen leidde, dan is gezocht naar een oplossing. Deze werd vrijwel altijd gevonden.

De S-GGZ gaf het signaal dat binnen het FACT-team de zorg het afgelopen jaar zwaarder en complexer is geworden. Er zijn veel nieuwe groepen bijgekomen die een beroep doen op de S-GGZ zoals daklozen, verslaafden en gedetineerden. Het is moeilijk om cliënten een volwaardig pakket aan ondersteunde zorg te bieden, zodat ze het thuis vol kunnen houden (huisvesting, (vrijwilligers) werk, zinvolle dagbesteding e.d.). Zonder de juiste indicatie kunnen cliënten bijna nergens meer terecht. De problematiek wordt steeds ernstiger doordat 'lichtere' cliënten zijn uitgestroomd.

Het FACT-team vond het positief dat de betrokkenheid van de FACT-behandelaar doorgaat tijdens crisis (-opname). Het komt voor dat behandelaren het moeilijk vinden de cliënt los te laten. Het langdurig bekend zijn van de cliënt en zijn ziektebeeld heeft soms tot gevolg dat de behandelaar het niet vertrouwd vindt om de cliënt over te dragen.

#### 4.2.4. Functioneren netwerk bij thema Integrale Zorg volgens huisartsen

Norm	oordeel
2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is.	
2.2. De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners op de hoogte zijn dat informatie voldoende wordt overgedragen	
2.3. De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (evaluatie, overleg)	
2.4. De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener.	
2.5. De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante ggz.	

De huisartsen gaven de samenwerking tussen de ggz en de huisartsen een 'zesje', maar vonden dat deze wel verbeterd kan worden. Zij vroegen zich af of de ggz soms meer verwacht van hen dan zij kunnen waarmaken.

Een huisarts zei: *"ik zie graag een combinatie van huisartzenzorg of ggz-zorg. Deze modellen zijn nu strikt gescheiden. Ik pleit voor een model waarbij de doelgroep van Dimence Groep zich laag frequent mengt met zijn patiënten in de praktijk. Nu gaan patiënten als dat nodig is naar de S-GGZ en 'verdwijnen' ze bij de huisarts uit beeld. Nu is het vaak het éne traject óf het andere; daarmee is het alles of niets".*

Veel wordt gezien als werkterrein van de POH-GGZ. Huisartsen zien graag een vorm waarbij de POH-GGZ als tussenschakel tussen de S-GGZ en huisarts fungeert. De POH-ers GGZ, die werkzaam zijn in de verschillende praktijken van de huisartsen, zijn allen vanuit Dimence Groep gedetacheerd. Huisartsen zijn hier tevreden over, al kan de kwaliteit van het werk van de POH-GGZ nog wel erg individueel bepaald zijn. De patiënten kennen de POH-GGZ. Verder hebben de POH-GGZ ook de contacten met het sociaal domein.

##### 2.1. Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is

Huisartsen vermoedden dat cliënten wel weten bij wie ze moeten zijn voor welk onderdeel van de zorg. Dit hangt ook van het type cliënt af en de ernst van de (combinatie) van stoornissen. Mensen met een verstandelijke beperking zijn soms moeilijk te plaatsen bij het vinden van een geschikte behandelvorm.



De huisartsen gaven aan dat zij in principe de somatische screening uitvoeren. De drie huisartsen gaven aan hiervoor altijd eindverantwoordelijk te zijn, ook als (een deel van) de zorg is gedelegeerd aan de POH-GGZ.

#### *Norm 2.2. t/m 2.5*

Twee huisartsen hadden er over het algemeen geen problemen mee als patiënten vanuit de B-GGZ worden overgedragen naar de huisarts. Ze willen wel de mogelijkheid hebben om makkelijk en flexibel op te kunnen schalen. De contacten met de S-GGZ zagen zij graag geregeld zoals dat met ziekenhuizen het geval is: praktisch en snel (telefonisch contact met de behandelaar). Soms is er verschil van inzicht tussen Dimence Groep en de huisarts of een cliënt stabiel genoeg is om thuis te wonen. Juist dan moet de consultatie functie bij Dimence Groep en de mogelijkheid om op te schalen goed op orde zijn.

Huisartsen gaven dat de discontinuïteit van behandelaren en het gebrek aan psychiaters, een complicerende factor is bij de contacten met Dimence Groep. Hierdoor wordt soms weinig teruggekoppeld.

Een huisarts had de wens een psychiater in dienst te hebben in het gezondheidscentrum, die geconsulteerd kan worden. Hierdoor zouden patiënten makkelijker binnen de eerste lijn kunnen blijven.

De huisartsen waren over het algemeen tevreden over de rapportages van Dimence Groep. Ze vonden ze wel erg uitgebreid. Als cliënten van de S-GGZ overgaan naar de huisarts werd er vanuit Dimence Groep geen behandeladvies meegegeven. Bovendien, als patiënten weer terug moeten naar de S-GGZ, dienen zij weer opnieuw te worden aangemeld.

Bij de informatie-uitwisseling speelde het probleem dat sommige cliënten niet willen dat alle informatie bekend is bij hun huisarts. Hierdoor weten de drie huisartsen niet altijd dat hun patiënten (chronisch) in zorg zijn bij Dimence Groep.

Tijdens het bezoek van de inspectie bleek uit het dossieronderzoek, dat huisartsen de berichtgeving van Dimence Groep niet altijd goed lezen. Dat de informatie-overdracht niet altijd vlekkeloos verliep bleek uit het volgende voorbeeld: *'Cliënt 3 is een gemiddelde cliënt uit mijn patiëntenpopulatie. Zij heeft diabetes en weet dat ze altijd bij mij kan komen. Het gebeurt dat psychiatrisch patiënten mijn praktijk binnenkomen met een formulier van het lab; zij zijn dan gestuurd door de psychiater. De huisarts kan het dossier van het Deventer ziekenhuis inzien. Als cliënt 3 komt voor suiker prikken, kijkt de assistente in dossier na of dit onlangs bij Dimence Groep is gebeurd. De uitslag wordt in principe niet met Dimence Groep gecommuniceerd'*.

Als Dimence Groep de medicatie wijzigt, is dit voor de huisarts niet zichtbaar in het EPD.

Er zijn nu nog twee systemen die naast elkaar functioneren. De huisartsen gaven aan dat Dimence Groep bezig is met het koppelen van de systemen: OZO. Dit is een systeem waarbij hulpverleners zich kunnen aanmelden en onderling gericht berichten versturen. Dit systeem is erg gericht op de zorg terwijl patiënten niet altijd behoefte hebben hun informatie met anderen te delen. Voordeel is dat er korte lijnen zijn tussen de hulpverleners onderling. Men kan sneller reageren en dit maakt alerter.

Verder vonden de huisartsen de wijze waarop het huisartsendossier is ingericht, niet toereikend voor patiënten met chronische psychiatrische problematiek.

Tot slot bestond er geen zicht op de wachtlijsten bij de huisartsen. Als de intake heeft plaatsgevonden moeten cliënten opnieuw enige tijd wachten voor daadwerkelijk met behandeling wordt gestart. Een huisarts stelde de intake door de POH-GGZ te laten uitvoeren. Dit onderdeel kan dan door S-GGZ worden overgeslagen. Dit zou tijdswinst op kunnen leveren.

## 5 Terugkoppeling bevindingen op 2 oktober 2017

Op 2 oktober 2017 vindt de bijeenkomst plaats waar de inspectie de eerste bevindingen die zijn opgedaan in de pilot terugkoppelt aan betrokkenen. Tijdens deze bijeenkomst wordt aangegeven dat de bevindingen die de inspectie heeft gedaan grotendeels herkend worden door de betrokkenen.

### *Thema Cliënt Centraal*

De inspectie heeft tijdens het onderzoek gemerkt dat de meeste normen die onder dit thema zijn geschaard niet gaan over de zorg die het netwerk verleend maar met name over de ggz-hulpverlening. Daarnaast is er in dit thema een grote overlap met criteria die vanuit het CCAF getoetst worden.

Wat betreft de informatievoorziening wordt in het algemeen opgemerkt dat dit een punt van aandacht was, is en zal blijven. Het blijkt moeilijk te zijn om cliënten goed te informeren en de informatiebehoefte goed in te schatten. Informeren begint ook bij het zelf goed geïnformeerd zijn. Met betrekking tot de nuldelijnsvoorzieningen is deze informatie nog onvoldoende bekend bij hulpverleners. Ook het betrekken van naasten in de zorg is, in ieder geval voor de huisartsen, nog niet vanzelfsprekend.

Norm 1.4, de client wordt in staat gesteld om crisis te hanteren gaat bij uitstek wel over het netwerk. Hier wordt opgemerkt dat de diverse plannen en kaarten onvoldoende bekend zijn bij bijvoorbeeld huisartsen. De Dimence Groep is op dit moment al aan het werk om te komen tot een uniforme kaart. De betrokkenen delen de wens dat dergelijke informatie ook met de huisarts en/of andere netwerkpartners gedeeld wordt. Wie hiervoor de verantwoordelijk is wordt niet unaniem gedeeld. Men neigt ernaar de cliënt hierin de regie te laten voeren. Het is echter niet altijd mogelijk voor een cliënt (in crisis) om de regie ook te voeren.

### *Thema Integrale Zorg*

Bovenstaande wordt ook genoemd bij het actueel houden van het medicatieoverzicht. Betrokkenen lukt het niet om het medicatieoverzicht altijd actueel te houden omdat er diverse voorschrijvers zijn die van andere systemen gebruik maken. Ook hier wordt gewezen naar de cliënt als regiehouder.

Een digitaal dossier waar alle hulpverleners die bij een cliënt betrokken zijn toegang toe hebben zou wenselijk zijn. Dimence Groep is dit voor de eigen clienten aan het ontwikkelen, een eerste pilot is gestart. Hulpverleners van andere organisaties hebben hier (nog) geen toegang toe.

De regievoering rond een cliënt kan zeer complex zijn, zeker als meerdere instanties betrokken zijn. Het zou goed zijn om hier expliciet iemand voor aan te wijzen in een netwerk.

Consultatiemogelijkheden in de psychiatrie zijn er, echter wordt dit nog te weinig gebruikt. Hulpverleners kennen elkaar niet. Een van de factoren die hierin een rol speelt is dat ziekenhuizen werken met maatschappen waar specialisten vaak lang aan verbonden blijven. In de psychiatrie zijn de artsen in het algemeen in loondienst en vaak korter in dienst.

Samenwerken in een netwerk van zorg rond een cliënt voert verder dan de betrokkenen hier aan tafel. Het zou goed zijn om op regionaal niveau afspraken te

maken op bovenstaande onderwerpen. Om hierin sluitende afspraken mogelijk te maken zou het goed zijn om ook andere organisaties te betrekken. Een eerste aanzet tot samenwerking is in ieder geval reeds gegeven.

## 6 Bevindingen werkwijze inspectie

Tijdens de bijeenkomst is deelnemers gevraagd hoe zij deelname aan de pilot hebben ervaren.

- De cliënten geven aan dat de gesprekken als positief hebben ervaren. Het wordt gewaardeerd dat zij centraal stonden in dit onderzoek. Ook het bevragen van naasten (met toestemming van de betreffende cliënt) is positief gewaardeerd. Wel wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de cliënt hierin kan kiezen, sommige cliënten voelen zich niet vrij om zich te uiten in aanwezigheid van een naaste.
- Er wordt opgemerkt dat de inspectie in de pilot met vier cliënten heeft gesproken, voor de definitieve toetsing is het mogelijk beter om meer cliënten te spreken.
- Ook wordt aangegeven dat het van belang is bij een toetsing naar de bedoeling te vragen in plaats van een term te gebruiken. Bijvoorbeeld door niet te vragen naar een behandelplan maar of het voor de cliënt duidelijk is wat het doel is van de behandeling.
- De huisartsen waren graag eerder geïnformeerd en betrokken bij de pilot.
- Als een FACT team gecertificeerd (CCAF) is, hoeft het thema "cliënt centraal" wellicht niet getoetst te worden. Deze normen zijn ook minder gericht op de zorg die binnen een netwerk wordt verleend.

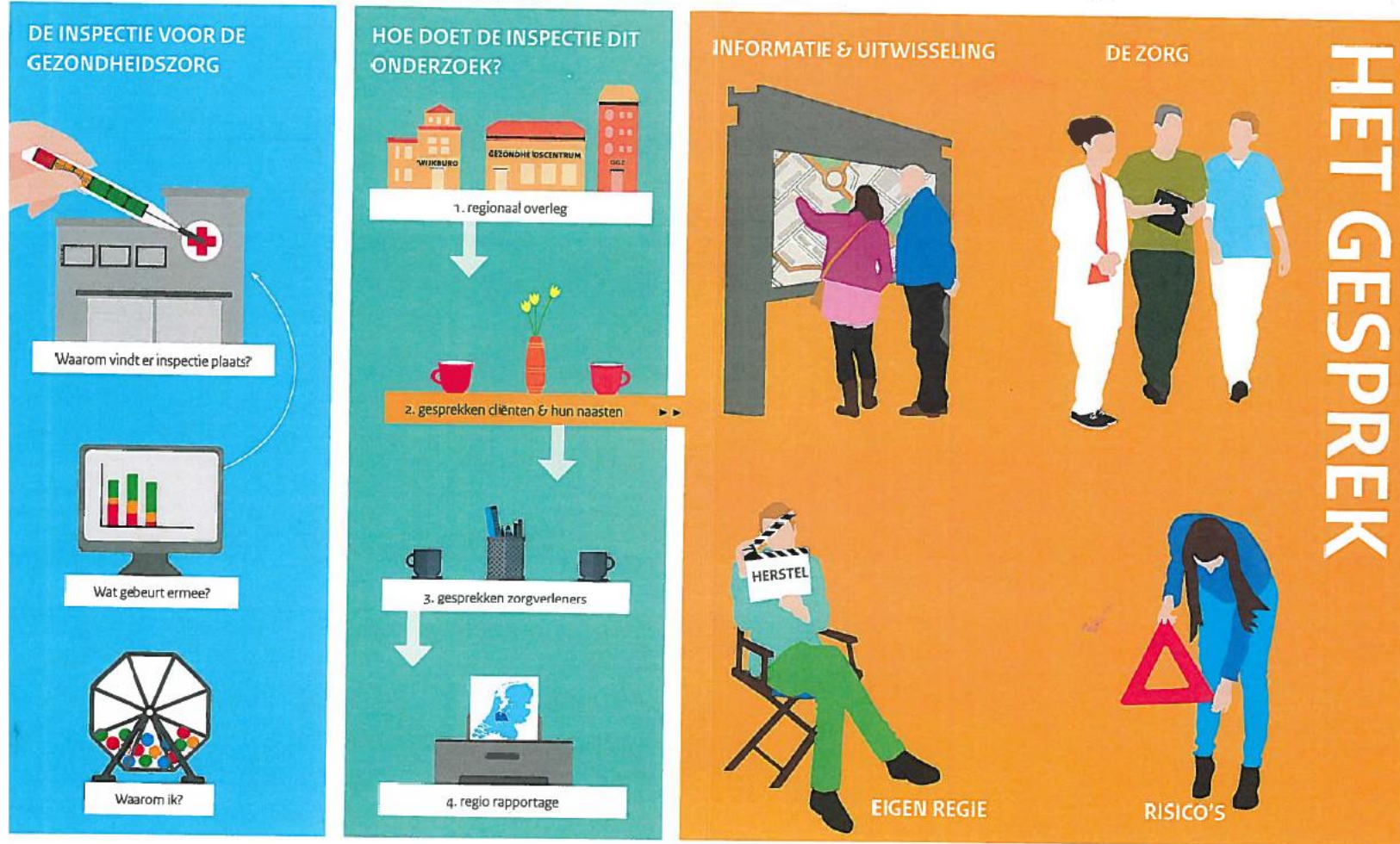
In het algemeen hebben de betrokkenen het onderzoek van de inspectie als positief ervaren. De aandacht voor de samenwerking tussen de ggz en de huisarts heeft ervoor gezorgd dat er zaken in gang zijn gezet en versneld.



## Bijlage 1: Praatplaat 'De juiste zorg op de juiste plek'

### DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK

Onderzoek naar de zorg voor mensen met chronische psychische problemen die thuis wonen







## Bijlage 2: Vragenlijst regionale en/of lokale samenwerking

### **TAG-vragenlijst voor regionale en/of samenwerking tussen huisarts/poh-GGZ en GGZ-instelling**

Het project 'Toezicht op de Ambulante GGZ' (TAG) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt in 2017 via een regionale pilot getest. In het kader van de pilot is uw organisatie geselecteerd om mee te doen.

#### **Doelgroep**

De doelgroep van het project betreft thuiswonende mensen met chronisch psychische problematiek (waaronder ernstige psychische aandoeningen (EPA).

Deze mensen hebben vaak te maken met verschillende zorgverleners. De samenwerking tussen deze zorgverleners én met de cliënt is een wezenlijk onderdeel van de kwaliteit van de ambulante GGZ.

#### **Pilot toezicht op samenwerking in regionale en/of lokale netwerken**

De inspectie kijkt in haar toezicht naar deze samenwerking in regionale en/of lokale netwerken. Het gaat daarbij (in eerste instantie) om de zorg die in de thuissituatie geleverd wordt door de specialistische geestelijke gezondheidszorg (vaak FACT-teams), de huisarts of praktijkondersteuner GGZ (poh-GGZ) en/of de basis geestelijke gezondheidszorg (GB- GGZ).

In de pilot wil de inspectie het concept toetsingskader in de praktijk toetsen. Op basis van het toetsingskader zijn vragen ontwikkeld voor verschillende partijen zoals cliënten en hun naasten, individuele zorgverleners en GGZ-instellingen. Bij de praktijktoets kijkt de inspectie ook in dossiers om te zien hoe bepaalde afspraken zijn verwerkt en tot uitvoering komen.

De inspectie wil niet alleen toetsen hoe zorg voor cliënten in de praktijk wordt vorm gegeven, maar ook nagaan welke regionale en/of lokale afspraken er zijn tussen partijen in het licht van de ambulantisering GGZ. Deze informatie wordt als context bij de toetsing gebruikt en kan dienen als spiegelinformatie voor alle betrokken partijen.

#### **Vragen**

1. Heeft u bovenstaande doelgroep in beeld? Wat onderneemt u om deze doelgroep in beeld te krijgen en te houden.
2. Heeft u met één of meerdere netwerkpartners concrete samenwerkingsafspraken ten behoeve van deze doelgroep? Zo ja, wie zijn deze ketenpartners? Zo nee, kunt u dit toelichten?
3. Heeft u met één of meerdere netwerkpartners concrete gemeenschappelijke doelen afgesproken rondom samenwerking ten behoeve van deze doelgroep? Zo ja, welke doelen zijn dit en indien van toepassing, welke realisatietermijn is afgesproken?
4. In hoeverre maakt u hierbij gebruik van het 'Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda' van het Trimbos-instituut?
5. Welke van de vier omschrijvingen vindt u het meest van toepassing voor de regionale samenwerking rondom deze doelgroep op dit moment?
  - a. initiatieffase
  - b. experimentele fase
  - c. uitbouw- en monitoringsfase
  - d. verduurzamingsfase.Licht uw antwoord toe.
6. Heeft u afspraken op regionaal en/of lokaal niveau op het gebied van de twee thema's 'cliënt centraal' en 'integrale zorg', uit bijgaand (concept)toetsingskader?
7. Ervaart u knelpunten om de samenwerking te verbeteren of uit te bouwen? Zo ja, wat zijn de knelpunten.

## Bijlage 3: Beschrijving ontwikkelingsfase van een keten/netwerk

### Fase 1: Initiatief- en ontwerpfase:

De ketensamenwerking is gestart of wordt geïntensiveerd. Er wordt gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. Het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders bepalen de voortgang. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of een project en legt men de samenwerking eventueel vast in een samenwerkings- of intentieverklaring.

### Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfase:

Er worden projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis en kunde worden uitgewisseld. Resultaten worden geëvalueerd waarna bijstelling plaatsvindt. Randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en middels gezamenlijke afspraken of middelen gedekt.

### Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfase:

De projecten zijn ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg zijn helder en liggen vast. Samenwerking is niet vrijblijvend. De resultaten worden systematisch gemonitord en verbeterpunten opgepakt. De bereikte populatie is in kaart gebracht. Er ontstaan meer initiatieven tot gezamenlijkheid zoals scholingsprogramma's. Financiering van de zorg op basis van structurele en reguliere middelen is het uitgangspunt. Er is een blijvend commitment aan de benodigde inzet en ambitie.

### Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefase

De ketenzorg vormt de reguliere werkwijze en zorg. Een coördinatiepunt op ketenniveau is operationeel, informatie wordt gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Organisatorische structuren transformeren of zijn nieuw ontworpen rondom de ketenzorg. Financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Er is sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen.

*Bron: Minkman, MMN. Developing integrated care. Towards a development model for integrated care [proefschrift]. Deventer: Kluwer, 2011.*

## Bijlage 4 Concept toetsingskader TAG: normen en toetsingscriteria (versie 9 februari 2017)

### **Thema 1 Cliënt centraal**

<b>Norm:</b>
<b>1.1 De cliënt is in staat gesteld om zijn hulpvraag voldoende duidelijk te maken.</b>
<b>Toetsingscriteria:</b>
1.1.1 De cliënt krijgt ondersteuning om zijn hulpvraag te verduidelijken.
1.1.2 De cliënt krijgt begrijpelijke informatie passend bij zijn hulpvraag.
<b>Norm:</b>
<b>1.2 In samenspraak met de cliënt zijn één of meerdere behandelplannen opgesteld en cliënt kan dit/deze inzien.</b>
<b>Toetsingscriteria:</b>
1.2.1 De zorgbehoeften, wensen en mogelijkheden van de cliënt zijn uitgangspunt bij het zorgaanbod en sluiten aan bij zijn behoefte aan zorg.
1.2.2 Het behandelplan is een coproductie van cliënt en zorgaanbieder en wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd met cliënt.
1.2.3 Het behandelplan bevat in ieder geval: a) de doelen met betrekking tot zorg/herstel voor een bepaalde periode; b) de wijze waarop de zorgverlener en de cliënt de gestelde doelen willen bereiken.
1.2.4 De cliënt heeft te allen tijde recht op inzage in het behandelplan en kan een kopie krijgen.
1.2.5 De cliënt krijgt de mogelijkheid om naasten te betrekken bij het opstellen van het behandelplan en het behandelproces.
1.2.6 Als geen naasten aangewezen kunnen worden, en uitbreiding van het informeel netwerk is gewenst, dan is dit opgenomen in het behandelplan.
<b>Norm:</b>
<b>1.3 De cliënt is in staat gesteld om regie te voeren over zijn zorg.</b>
<b>Toetsingscriteria:</b>
1.3.1 De zorgverleners hanteren een visie op herstel.
1.3.2 Bij elke wijziging in de behandeling wordt de cliënt actief betrokken.
1.3.3 De cliënt is geïnformeerd wie het aanspreekpunt is en wanneer deze te bereiken is.
1.3.4 De cliënt wordt door zorgverleners in staat gesteld om een andere zorgverlener te zoeken wanneer de cliënt dat wenst.
<b>Norm:</b>
<b>1.4 De cliënt wordt in staat gesteld om crisis te hanteren.</b>
<b>Toetsingscriteria:</b>
1.4.1 Bij de cliënt is een risicotaxatie afgenomen (suïcide, agressie, misbruik en brandstichting).
1.4.2 De zorgverlener maakt gebruik van de meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling.
1.4.3 Bij de cliënt is een 'kindcheck' afgenomen.
1.4.4 De cliënt beschikt over zijn signaleringsplan en is betrokken bij het opstellen hiervan.
1.4.5 Het signaleringsplan bevat een omschrijving van: - de crisis (wat zijn lichte, matige en ernstige symptomen van ontregeling); - welke acties cliënt, naasten en zorgverleners kunnen ondernemen om de situatie te stabiliseren.
1.4.6 Het signaleringsplan wordt jaarlijks en na iedere crisis bijgesteld, of na een terugval geëvalueerd.

## Thema 2 Integrale zorg

<p><b>Norm:</b>  <b>2.1 Voor de cliënt is duidelijk wie voor welk deel van de zorg verantwoordelijk is.</b></p>
<p><b>Toetsingscriteria:</b></p> <p>2.1.1 De cliënt weet:          - welke zorgverlener/organisatie welke zorg uitvoert;          - wie de regie heeft over het zorgproces (regiebehandelaar)          - dat de huisarts altijd de regisseur blijft van de somatische zorg.</p> <p>2.1.2 Er is gezamenlijke besluitvorming, door de cliënt en zorgverleners, over de wijze waarop samenwerking met en ondersteuning van naasten wordt ingevuld.</p> <p>2.1.3 Als de cliënt naasten niet wil betrekken bij de zorg, verstrekt de zorgverlener algemene informatie en advies over de psychische aandoening of klachten, wat dit met de omgeving doet en waar de naaste ondersteuning kan vinden.</p>
<p><b>Norm:</b>  <b>2.2 De cliënt kan er op rekenen dat de zorgverleners op de hoogte zijn van relevante gegevens van collega's en dat zij collega's voldoende informeren over gegevens en bevindingen die nodig zijn om goede zorg te kunnen verlenen.</b></p>
<p><b>Toetsingscriterium:</b></p> <p>2.2.1 Tussen zorgverleners zijn afspraken over:          - verwijzing/overdracht          - verwijsbrief          - overleg (bereikbaarheid)          - consultatie          - terugrapportage          - gedeelde begeleiding.</p>
<p><b>Norm:</b>  <b>2.3 De cliënt kan erop rekenen dat de zorgverleners voorzien in controle momenten in de zorg (overleg, evaluatie).</b></p>
<p><b>Toetsingscriteria:</b></p> <p>2.3.1 De regiebehandelaar zorgt minimaal jaarlijks voor uitwisseling/afstemming tussen cliënt en naasten, huisarts, GB-GGZ en S-GGZ.</p> <p>2.3.2 Zorgverleners signaleren (dreigende) overbelasting van naasten en voorzien in ondersteuning en verwijzing.</p> <p>2.3.3 Er vindt minimaal jaarlijks een somatische screening plaats, die gericht is op bijwerkingen van psychofarmaca, cardiovasculaire en metabole risico's evenals nader onderzoek bij vragen, klachten of indicaties.</p> <p>2.3.4 De cliënt en zorgverleners beschikken over een actueel medicatieoverzicht.</p>
<p><b>Norm:</b>  <b>2.4 De cliënt kan erop rekenen dat zorgverleners tijdig verwijzen naar een andere zorgverlener.</b></p>
<p><b>Toetsingscriteria:</b></p> <p>2.4.1 De zorgverleners hebben kennis en expertise om cliënten met EPA te herkennen, te behandelen en door te verwijzen.</p> <p>2.4.2 Zorgverleners ervaren voldoende mogelijkheden tot consultatie.</p>
<p><b>Norm:</b>  <b>2.5 De cliënt kan rekenen op continuïteit in de ambulante GGZ zorg.</b></p>
<p><b>Toetsingscriteria:</b></p> <p>2.5.1 Zorgverleners en cliënten hebben toegang tot informatie over de wachtlijsten bij zorgaanbieders.</p>

2.5.2 Als de benodigde zorg niet beschikbaar is voor een cliënt dan zorgt de zorgverlener voor een alternatief ter overbrugging.

2.5.3 Er zijn afspraken gemaakt over het inschakelen van de crisisdiensten, of het opschalen middels IHT/ FACT digibord/ HIC voor cliënten die ambulante GGZ zorg krijgen en in crisis (dreigen) te raken.

2.5.4 In geval van opschalen bij een crisis is in elk geval afgesproken:

- in welke gevallen een cliënt zelf de crisisdienst of de instelling kan bellen;
- in welke gevallen een huisarts naar de crisisdienst of de instelling kan verwijzen zonder de cliënt eerst gezien te hebben.