

Praktijkboek Netwerkzorg

In ggz en sociaal domein



Niels Mulder
Frits Bovenberg
Philippe Delespaul
Jaap van Weeghel
Gerdie Kienhorst

Boom | deTJDstroom

Praktijkboek Netwerlzorg

Praktijkboek Netwerkzorg

In ggz en sociaal domein

Onder redactie van

Niels Mulder

Jaap van Weeghel

Philippe Delespaul

Frits Bovenberg

Gerdie Kienhorst

Deze uitgave kwam mede tot stand met steun van
Erasmus MC, Frits&Gijs, Kenniscentrum Phrenos, Lister en Reinier van Arkel.



© 2024 de auteurs, p/a Boom uitgevers Amsterdam

de Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam bv
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp
Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 9789024465422
NUR 895

www.boom.nl
www.boompsychologie.nl



Inhoud

Ten geleide	11
1 Netwerkzorg als praktijk in ontwikkeling.	15
Samen werken aan herstel, gezondheid en burgerschap	
<i>Niels Mulder, Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul en Frits Bovenberg</i>	
1.1 Inleiding	15
1.2 Uitgangspunten en bouwstenen	16
1.3 Samenwerking op microniveau	18
1.4 Samenwerken op meso- en macroniveau	21
1.5 Implementatie van netwerkzorg	23
1.6 Wat betekent netwerkzorg voor de professional?	26
1.7 Tot slot	26
Deel 1 Samenwerking met of vanuit de eerste lijn en het sociaal domein	29
2 FACT-teams nabij de huisarts.	31
Werken in en met de context in Zuid-Limburg	
<i>Maarten Bak en Boris Klingenberg</i>	
2.1 Primair proces als uitgangspunt voor verandering	31
2.2 Een ander perspectief op betere zorg	32
2.3 Experimenteren met FACT-teams nabij de huisarts	33
2.4 Succesfactoren en beperkingen	37
2.5 Conclusie	39

3	Regio Amsterdam: netwerkzorg in zorg- en sociaal domein.	41
	Wachtlijstbegeleiding MOBW	
	<i>Joris Newman en Janet van Velzen</i>	
3.1	Werkwijze in de buurtteams	41
3.2	Resultaten	44
3.3	Casus – de steungroep van Rein	44
3.4	Voorlopige conclusies en leerervaringen	46
4	Proeftuin Ruwaard Oss.	49
	Anders denken, anders doen, anders organiseren	
	<i>Bart Bakker en Gerdie Kienhorst</i>	
4.1	Wat is de Proeftuin Ruwaard?	49
4.2	ADDO-aanpak	51
4.3	Functioneren van Proeftuin Ruwaard	53
4.4	Toepassing van de Samenwerkwijze in Ruwaard (individueel niveau)	55
4.5	Resultaten	58
4.6	Tot slot	60
5	Netwerkzorg bij Vincent van Gogh.	63
	Gespecialiseerde thuisbegeleidingsteams Midden-Limburg	
	<i>Jill Hendriks, Patricia Simons, Sarah Verkennis en An Brusten</i>	
5.1	Toewerken naar een inclusieve psychiatrie	63
5.2	Start na de landelijke werkconferentie in 2022	65
5.3	Netwerkzorg binnen het sociaal domein: vernieuwde intake	67
5.4	Ervaringen en reacties	70
5.5	Reflectie	71
6	Mentale gezondheidscentra GGZ Breburg.	73
	Werken aan betere toegankelijkheid van zorg	
	<i>Francisco Steenbakkers, Margot Metz, Lars de Vroege en Anneloes Van Den Broek</i>	
6.1	Naar betere toegankelijkheid van de ggz	73
6.2	Het verhaal van Ramon: een illustratie van het 'wachtlijstspel'	75
6.3	Hoe zien mentale gezondheidscentra eruit?	76
6.4	Aanbod binnen de mentale gezondheidscentra	80
6.5	Toekomst	82

Deel 2	Netwerkgzorg vanuit de ambulante ggz	83
7	Integrale ggz in de wijk in Den Haag. Parnassia iGGZ-team Schilderswijk	85
	<i>Claudia Lipsch, Christiaan Wittevrongel en Gerdie Kienhorst</i>	
7.1	Achtergrond	85
7.2	Integrale en herstelgerichte visie op zorg en ondersteuning	86
7.3	Proeftuin iGGZ	87
7.4	Resultaten en doorontwikkeling	88
7.5	Ervaringen binnen het iGGZ-team Schilderswijk	91
7.6	Reflectie	93
7.7	Het verhaal van de heer P.	95
8	WijkGGZ-teams in Gelderland-Zuid	97
	<i>Nienke Gravesteijn</i>	
8.1	Naar tijdige inschakeling van ggz-expertise in de wijk	97
8.2	Visie, doelgroepen en uitgangspunten	98
8.3	Inrichting van de WijkGGZ	99
8.4	WijkGGZ-team: netwerkgzorg op cliëntniveau	102
8.5	Elkaar versterken: netwerkgzorg op mesoniveau	103
8.6	Resultaten	105
8.7	Reflectie	106
8.8	Tot slot	107
9	FACT+ in Friesland en Tilburg. Geïntegreerde domeinoverstijgende hulpverlening	109
	<i>Elleke Schoenmakers, Marieke Boon en Pim Candel</i>	
9.1	Naar één team, één plan, één dossier	109
9.2	Ontwikkeling van FACT+	110
9.3	Hoe zien FACT+-teams eruit?	113
9.4	Wat hebben inwoners met een EPA-zorgindicatie aan FACT+?	114
9.5	Effecten voor medewerkers	115
9.6	Succesfactoren	116
10	Samenwerkgroepen in de Proeftuin Netwerkgzorg. Rotterdam	119
	<i>Daphne Boeke en Klaas Tuitjer</i>	
10.1	Verbinding zoeken via netwerkgzorg	119
10.2	Werkwijze samenwerkgroepen	120
10.3	Samenwerkgroep van Priya	121
10.4	Bevorderende factoren voor samenwerkgroepen	124

11	Beweging naar netwerkzorg bij Reinier van Arkel. Zorgnetwerken voor herstel en inclusie	127
	<i>Virginie van Boven, Angelique Kleinloog en Chris van Doren</i>	
11.1	Achtergrond	127
11.2	Inrichting van de zorgnetwerken: werkwijze met regiotteams en clusters	130
11.3	Verwijzing en intake	132
11.4	Aspecten van organisatie	135
11.5	Succesfactoren en uitdagingen	138
12	Netwerkzorg met KR8. Vanuit een herstelprogramma voor ambulante teams	141
	<i>Gerrit van Woudenberg en Heleen Groenevelt</i>	
12.1	Het KR8 ('Kracht')-programma	141
12.2	KR8 als hulpmiddel bij netwerkzorg	144
12.3	De kracht van samenwerken in gesloten groepen	146
12.4	Tot slot	149
Deel 3	Beschermd en begeleid wonen	151
13	Netwerkzorg bij Lister in Utrecht. Team Overvecht Beschermd Wonen	153
	<i>Jade van der Burght en Annemarije Sjoerdsma</i>	
13.1	Achtergrond	153
13.2	Starten in de praktijk	155
13.3	Ervaringen in de praktijk	156
13.4	Reflectie	159
13.5	Zelfhulp en peer support als bronnen van steun	160
14	Triade Vitree. Eigen Baas in de ggz in de Flevopolder	163
	<i>Rowan Bos</i>	
14.1	Een bijzonder beschermd-wonenproject	163
14.2	Locatie Stavorenstraat	163
14.3	Netwerkzorg op microniveau: werken in kernteams	166
14.4	Mesoniveau: samenwerking met de huisarts	167
14.5	Mesoniveau: samenwerking met de gespecialiseerde ggz en de verslavingszorg	168

Deel 4	Werk en dagbesteding	173
15	Project Hoofdzaak } Werk.	175
	Netwerksamenwerking voor duurzame arbeidsdeelname van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen	
	<i>Cris Bergmans, Laura Cuijpers, Dorien Verhoeven en Jaap van Weeghel</i>	
15.1	Stimulans voor achterblijvende arbeidsdeelname	175
15.2	Project Hoofdzaak } Werk	176
15.3	Hoofdzaak } Werk en netwerkzorg	179
15.4	Casus: Sterk door Werk regio Rivierenland	181
15.5	Lessen en leerervaringen uit de casus	185
16	Kijk op de Wijk.	187
	Wegwijzer naar voorzieningen en participatie in Rotterdam	
	<i>Hans Gorissen</i>	
16.1	Achtergrond	187
16.2	Strippenkaart Kijk op de wijk	188
16.3	Kijk op de Wijk binnen netwerkzorg	190
16.4	Reflectie	192
Deel 5	Jeugd en gezin	195
17	Transitiepsychiatrie.	197
	Transitieteam van Mondriaan	
	<i>Thérèse van Amelsvoort, Francis Houben, Hub Meessen, Rosy Ghijsens en Esther Florisse</i>	
17.1	Achtergrond	197
17.2	Transitiepsychiatrie als oplossing	198
17.3	Het verhaal van Fay	199
17.4	Het verhaal van Astrid	201
17.5	Tot slot	202
18	KOOS Utrecht.	205
	Netwerksamenwerking in de specialistische jeugdhulp	
	<i>Lotte Westra</i>	
18.1	Achtergrond: de keuzes van de gemeente Utrecht	205
18.2	KOOS: doelgroep, visie en doelstellingen	206
18.3	Samenwerken als netwerkorganisatie	207
18.4	Netwerkzorg op mesoniveau	208
18.5	Voorbeeld wijkgerichte aanpak met een fictief gezin	209
18.6	Reflectie: bevorderende en remmende factoren	213

19	Wij zijn @ease.	217
	'Niemand mag er alleen voor staan als het (l)even niet lekker loopt'	
	<i>Sophie Leijdesdorff en Thérèse van Amelsvoort</i>	
19.1	Zorgen voor tijdige hulp	217
19.2	Initiatief @ease: we love to listen	218
19.3	Werkwijze	219
19.4	Bevindingen en aanbevelingen	222
Deel 6	Overig	223
20	Resourcegroepen.	225
	Een behandeloptie bij antisociale-persoonlijkeheidsproblematiek?	
	<i>Arno van Dam, Matthijs Hamakers en Esther Martens</i>	
20.1	Een bijzondere doelgroep	225
20.2	Resourcegroepen een behandeloptie bij antisociaal gedrag?	227
20.3	Het verhaal van Marc	228
20.4	Aandachtspunten	231
20.5	Tot slot: de rol van stigma	232
21	Stichting HerstelTalent.	233
	Clïëntgestuurde organisatie functionerend als netwerk	
	<i>Irene van de Giessen, Klazine Tuinier en Martijn Nouwels</i>	
21.1	Het ontstaan van Stichting HerstelTalent	233
21.2	HerstelTalent als community	235
21.3	HerstelTalent in relatie tot externe partners	237
21.4	HerstelTalent en netwerkzorg voor individuele cliënten	238
21.5	Het verhaal van Sabine	239
22	Epiloog. Netwerkzorg in het tussenland	243
	<i>Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul, Niels Mulder en Frits Bovenberg</i>	
22.1	Vernieuwende uitwerkingen van gekende visies	244
22.2	Wat helpt en hindert in de opbouw van duurzame zorgnetwerken?	247
22.3	Wanneer is netwerkzorg effectief?	248
22.4	Netwerkzorg gaat over de omgang met grenzen	251
22.5	Lofzang op de tussenlanden	253
22.6	Tot slot: op weg naar meer burgerschap	254
	Literatuur	259
	Lijst van afkortingen	269
	Over de auteurs	271

Ten geleide

Netwerkgzorg is de zorg van nu. In de zoektocht naar nieuwe oplossingen voor complexe maatschappelijke problemen hebben we horizontale, niet-hierarchische vormen van communicatie en samenwerking nodig. Goede zorg voor mensen met ernstige en complexe problemen is onmogelijk zonder samenwerking. In de ggz en het sociaal domein is het denken in zorgnetwerken niet nieuw. Professionals en organisaties hebben altijd samengewerkt, maar de behoefte aan samenwerking is de laatste decennia gegroeid, mede door de groeiende specialisatie in de zorg.

Netwerken worden als noodzakelijk gezien om de grote uitdagingen van de moderne zorg aan te pakken. Het gaat om de micronetwerken van en voor cliënten en hun betrokkenen. Maar ook om interprofessionele en interorganisatorische samenwerking. In 2020 verscheen het handboek *Netwerkpsychiatrie* (Mulder et al., 2020), waarin de voortrekkers van herstelondersteunende zorg vanuit hun werk in de ggz deze netwerkvisie beschreven en onderbouwden. Zij werkten en werken nog steeds aan de ontwikkeling van (lerende) netwerken die formele en informele bronnen van steun verbinden, direct rond de cliënt en in samenwerking met (professionals uit) andere organisaties. Bestaande en innovatieve zorgmodellen en -methoden worden ingezet en in het netwerk wordt gebruikgemaakt van zowel wetenschappelijke kennis als praktijk- en ervaringskennis.

Dit praktijkboek is een aanvulling en een vervolg op dit handboek. De expertise van de voortrekkers lag bij psychiatrische zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Inmiddels is de doelgroep voor netwerkgzorg verbreed tot individuen en gezinnen met complexe problemen, waarbij

specifieke psychiatrische problemen soms, maar lang niet altijd, op de voorgrond staan. Vandaar de keuze voor de term ‘netwerkgzorg’. Het begrip ‘zorg’ dekt de lading beter dan ‘psychiatrie’ voor de netwerken die we beogen.

Goede netwerkgzorg voor mensen met (ernstige) psychische problemen is een mooi idee. Het verheugende is dat, waar we ons in de epiloog van het handboek in 2020 nog afvroegen of zoiets wel maakbaar is (Van Weeghel & Delespaul, 2020), dit praktijkboek laat zien dat het kan in de praktijk van alledag. In dit boek presenteren we een twintigtal voorbeelden van innovatieve zorg, begeleiding en ondersteuning in en via netwerken in Nederland: vanuit het sociaal domein, binnen de ggz en vooral ook tussen de ggz en het sociaal domein. Er wordt geëxperimenteerd met verschillende doelgroepen en sectoroverstijgende samenwerking binnen regio’s en gemeenten.

Werk in uitvoering

Het gaat in dit boek om netwerkgzorg in ontwikkeling. De afgelopen jaren heeft de redactie(raad) vanuit eigen contacten en vanuit het bereik van het landelijke Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie, verschillende praktijken in netwerkgzorg uitgenodigd om hun ervaringen voor dit boek op te schrijven. Het leidde tot heel verschillende en verschillend gestructureerde bijdragen. Er is niet één model om een praktijk van netwerkgzorg te beschrijven en netwerkgzorg is in hoge mate een gezamenlijk proces.

Het Doorbraakproject wordt vervolgd

In het Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie werkten met subsidie van Zon-Mw elf instellingen onder aanvoering van Kenniscentrum Phrenos, Reinier van Arkel en Erasmus MC samen om de principes van netwerkgzorg in praktijk te brengen, knelpunten in de bestaande zorg op te lossen en met elkaar van de ervaringen te leren. Zowel op het niveau van de cliënt als regionaal. Dit project heeft een vervolg gekregen om de beweging verder te kunnen verbreden en steeds meer een gelijkwaardige samenwerking tussen het informele netwerk, het sociaal domein en de ggz te bereiken door het verder implementeren van netwerkkintakes, resourcegroepen en structurele samenwerking met regio-partners. Het vervolgproject, waarin een evaluatieonderzoek wordt uitgevoerd en een landelijk leernetwerk wordt opgebouwd, zal begin 2025 uitmonden in een toolkit met de nodige implementatiehulpmiddelen om verdere uitrol en borging van netwerkgzorgpraktijken te ondersteunen.

Woord van dank

Dit boek is gestart met een bredere redactieraad en uiteindelijk door een kernredactie afgemaakt. De redactie dankt Bram Berkvens, Eva Leeman, Hans Kroon, Tom van Mierlo (mede-redactieleden van het handboek) en Floortje Scheepers voor hun input in de eerdere fasen en hun bijdrage aan het tot stand komen van dit boek. Daarnaast willen we de coauteurs die zo welwillend hun ervaringen op schrift hebben gesteld en met ons hebben gedeeld, heel hartelijk danken. Een complete lijst van medewerkers is achterin opgenomen.

Netwerkgzorg anno 2024 ontwikkelt zich verder in lokale praktijken en krijgt via lerende netwerken gestalte. Met het handboek uit 2020 hebben we een basis willen leggen onder de zich toen ontwikkelende netwerkpsychiatrie in de praktijk. Een basis van de samenwerking voor herstel en gezondheid, op grond van stevige verbindingen tussen cliënt, zijn naasten, behandelaren en begeleiders, in dienst van maximale ondersteuning van het herstelproces van de persoon.

We hopen dat de leerervaringen van de pioniers en kartrekkers in dit boek andere instellingen en professionals kan enthousiasmeren om de handschoen van de netwerkgzorg op te pakken. Ter ondersteuning proberen wij in de epiloog (hoofdstuk 22) geleerde lessen te trekken en enkele rode draden uit die leerervaringen te distilleren, en te beschrijven wat deze kunnen betekenen voor de toekomst van netwerkgzorg.

Leeswijzer

Tussen het inleidende hoofdstuk en de epiloog is het boek opgedeeld in zes delen, waarin de praktijken gegroepeerd zijn. In het eerste deel zitten voorbeelden van netwerksamenwerking met of vanuit de eerste lijn en het sociaal domein (hoofdstuk 2 tot en met 6). De focus ligt bijvoorbeeld op de samenwerking met huisartsen of op de netwerken die vanuit het sociaal domein zijn opgestart en waarbij de ggz aanhaakt. Het volgende deel omvat netwerken geïnitieerd vanuit de (gespecialiseerde) ambulante ggz (hoofdstuk 7 tot en met 12). De hoofdstukken 13 en 14 beschrijven interessante netwerkgzorgvormen binnen beschermd en begeleid wonen. Het deel daarna gaat over werk en dagbesteding (hoofdstuk 15 en 16). In het deel over jeugd en gezin (17 tot en met 19) zien we interessante netwerkgzorgpraktijken die het systemische karakter en de integrale aanpak sterk benadrukken. In de restcategorie bevinden zich twee stukken: een eerste pilotcasus in een onder-

zoek naar de bruikbaarheid van de resourcegroepenmethode voor mensen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis en een heel mooie reflectieve bijdrage over het functioneren als netwerk van een kleinschalige cliëntgestuurde organisatie werkzaam in het sociaal domein.

Voor de onderbouwing van de visie (en de bijbehorende referenties) verwijzen we naar het handboek. Achter in het boek is een lijst opgenomen van de gebruikte afkortingen. We spreken in het boek afwisselend over ‘cliënt’, ‘patiënt’ en ‘burger’, als uitwisselbare begrippen, en waar ‘hij’ staat, kan ook ‘zij’ of ‘hen’ gelezen worden. Met de term ‘sociaal wijkteam’ bedoelen we de lokale toegang tot Wmo-voorzieningen. Deze heeft in iedere gemeente een andere benaming (‘kernteam’, ‘sociale poort’, ‘buurtteam’, enzovoort) en de rollen en verantwoordelijkheden kunnen per gemeente verschillen.

De redactie, november 2023

Niels Mulder
Jaap van Weeghel
Philippe Delespaul
Frits Bovenberg
Gerdie Kienhorst (eindredacteur)

1

Netwerkgzorg als praktijk in ontwikkeling

**Samen werken aan herstel, gezondheid
en burgerschap**

*Niels Mulder, Jaap van Weeghel, Philippe Delespaul
en Frits Bovenberg*

‘De omgeving van de mens is de medemens’

1.1 Inleiding

De geciteerde gevleugelde uitspraak van wijlen de Rotterdamse nachtburgemeester Jules Deelder geldt natuurlijk voor iedereen, maar het belang van de mensen om je heen dringt steeds meer door binnen de zorg en behandeling voor mensen met complexe en meervoudige problemen. Toch is het betrekken van het netwerk in zorg of begeleiding niet altijd vanzelfsprekend, terwijl wanneer problemen spelen op meerdere levensgebieden, mensen baat hebben bij gecoördineerde, goed op de variërende behoeften afgestemde zorg. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zorg waarbij hulpverleners uit diverse sectoren samenwerken, naasten zoveel mogelijk worden betrokken, en burgers gestimuleerd worden om – naar vermogen – regie te nemen over hun eigen leven.

In 2020 werd in de epiloog van het handboek *Netwerkpsychiatrie* al geconstateerd dat alle betrokken partijen de urgentie voelen om grote kwesties en ambities op de grensvlakken van verschillende domeinen en wetten aan te pakken (Van Weeghel & Delespaul, 2020). Dat vraagt om samenwerking, liefst binnen een goed georganiseerd zorgnetwerk op lokaal en regionaal niveau. Sinds 2020 is het gevoel van urgentie verder toegenomen. De ggz in Nederland staat onder druk en deze druk is sinds de coronapandemie

voor iedereen zichtbaar en voelbaar. Het aantal hulpvragen is aanzienlijk gestegen, waardoor lange wachttijden zijn ontstaan die de toegankelijkheid van goede, noodzakelijke zorg beperken. Verder staat de continuïteit van die zorg onder druk door structurele personeelstekorten. De versnippering in het ggz-aanbod door overspecialisatie is hier debet aan en marktwerking drijft dit op de spits.

Netwerkworg, dus het zorg, hulp en begeleiding bieden in netwerken, probeert een praktisch antwoord te bieden op de complexiteit, schaarste en noodzakelijke tijdelijkheid van (gespecialiseerde) zorg in een tijd van toenevende schaarste aan geld en mankracht.

Van 2021 tot einde 2023 heeft een elftal instellingen meegewerkt aan het landelijke Doorbraakproject Netwerkpsychiatrie, dat inmiddels ook een vervolg heeft gekregen (zie 'Ten geleide'). Het doel van dit project was om de drie kerninterventies van netwerkworg (netwerkintake, resourcegroepen en domeinoverstijgende samenwerking) in de regio te implementeren. In de hoofdstukken 5 (Hendriks et al. over netwerkworg vanuit gespecialiseerde thuisbegeleidingsteams bij Vincent van Gogh in regio Midden-Limburg), 10 (Boeke & Tuitjer, Proeftuin Netwerkworg in Rotterdam), 11 (Van Boven et al. over netwerkworg bij Reinier van Arkel in Noord-Brabant) en 13 (Van der Burght & Sjoerdsma, netwerkworg bij Lister en Enik) wordt verslag gedaan van het verloop van de implementatie in diverse settings. Ook buiten het Doorbraakproject zijn vormen van netwerkworg ontstaan; daarover kun je lezen in de overige hoofdstukken.

Hoewel anno 2024 uiteenlopende vormen van netwerkworg in ontwikkeling zijn, blijven ze aansluiten bij de bouwstenen zoals beschreven in het handboek (Mulder et al., 2020). Voor een uitgebreide onderbouwing van deze visie verwijzen we naar het handboek. Hier geven we een korte samenvatting.

1.2 Uitgangspunten en bouwstenen

Netwerkworg betekent werken vanuit een herstelondersteunende en gezondheidsbevorderende visie, door alle participerende voorzieningen van zorg en welzijn heen. Netwerkworg beoogt alle onderdelen in de behandeling en/of zorg op het niveau van de cliënt met elkaar te verbinden. Zo borgen we niet alleen de continuïteit van zorg, maar leveren we een bijdrage aan een gezond, zinvol en bevredigend leven. De cliënt wordt gestimuleerd zoveel mogelijk eigen regie te nemen over zijn leven, de zorg en de behandeling.

Professionals kunnen vanuit hun eigen expertise niet aan alle wensen en behoeften van mensen met complexe problemen voldoen. Daarom hebben

ze de inbreng nodig van naasten én collega's uit verschillende domeinen (de ggz, de somatische zorg, het sociaal domein en de informele (mantel)zorg) (Huber et al., 2016).

Het concept netwerkzorg werd uitgewerkt door professionals uit de ggz, samen met ervaringsdeskundigen, naasten en mensen uit het sociaal domein. Het doel is optimale herstelondersteuning. De initiatiefnemers wilden de autonomie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in het hele voorzieningennetwerk stimuleren. In het netwerk worden de best mogelijke en passende behandeling, begeleiding en ondersteuning aangeboden. Belangrijke aandachtspunten zijn het ontwikkelen en versterken van eigen vermogens en het doorbreken van patronen die problemen in stand houden. Er is bijzondere aandacht voor belangrijke transities (bijvoorbeeld die van de jeugdzorg naar de volwassenenzorg).

Netwerkzorg is een visie en een werkwijze die behandeling en zorg voor mensen met complexe problemen, inclusief mensen met (ernstige) psychische aandoeningen, verbindt.

Haar missie is om de kansen op herstel en gezondheid zo groot mogelijk te maken.

Drie niveaus

Netwerkzorg kent drie niveaus: het micro-, meso-, en macroniveau. Het micro-niveau omvat de directe begeleiding of steun van cliënten en hun naasten. Dit vraagt dat de betrokken organisaties in de regio samen afspraken maken (meso- en macroniveau), en hun professionals scholen in de samenwerking tussen voorzieningen en op het microniveau van het cliëntsysteem. Dit stelt ons in staat om geïntegreerde zorg te bieden die zich richt op gezondheidsproblemen (het optimaliseren van klinisch herstel), het ondersteunen van persoonlijk herstel en het bevorderen van maatschappelijke participatie (maatschappelijk herstel).

Bouwstenen van netwerkzorg in het kort

Om aan te sluiten bij de verschillende zorgbehoeften van cliënten en naasten (het systeem rondom een cliënt) is flexibele input van meerdere professionals nodig. Zorg wordt op- en afgeschaald, afhankelijk van de behoeften van de cliënt en diens naasten. Wie kan een cliënt leveren wat die nodig heeft, en hoe past het aanbod bij de vraag, of moet het aanbod aangepast worden opdat de cliënt hierover beter regie kan voeren? Op deze manier ontwikkelt zich een optimale continuïteit van zorg. De resources uit het netwerk bewegen flexibel mee met het tempo waarin iemand herstelt.

Deze overwegingen hebben geleid tot de volgende zes bouwstenen voor netwerkzorg:

- 1 Werken vanuit één visie op herstel en positieve gezondheid door het hele netwerk van voorzieningen.
- 2 Regie bij de cliënt: 'niets over ons, zonder ons'; gezamenlijke besluitvorming.
- 3 Langdurige en directe samenwerking met naasten.
- 4 Rekening houden met kwetsbaarheid en stimuleren van veerkracht van de cliënt en diens naasten.
- 5 Sectoroverstijgende samenwerking tussen het medisch (somatisch, psychiatrisch) en het sociaal domein:
 - a. op het niveau van de burger met de kwetsbaarheid en diens naasten (microniveau);
 - b. op het niveau van teams (mesoniveau);
 - c. op het niveau van instellingen en voorzieningen (macroniveau);
 - d. met daarbij het bevorderen van de dialoog en ruimte voor de verschillende perspectieven van de deelnemers in het netwerk.
- 6 Bieden van continuïteit van zorg, informatie en ondersteuning door het netwerk heen:
 - a. in een toegankelijk netwerk van formele voorzieningen;
 - b. door het organiseren van een flexibel, stevig (in)formeel direct netwerk om de cliënt heen, bijvoorbeeld in de vorm van resourcegroepen (steungroepen, werkgroepen; het microsysteem);
 - c. cliënten, naasten, ggz en sociaal domein trekken samen op, waardoor uitwisseling van informatie en ervaringen eenvoudiger wordt.

1.3 Samenwerking op microniveau

Op het microniveau gaat het om sectoroverstijgende behandeling, begeleiding en herstelondersteuning, waarbij de cliënt en zijn naasten betrokken zijn.

Het microsysteem van de cliënt bevindt zich in zijn leefomgeving en omvat het informele steunsysteem (familie, vrienden en betrokkenen) en het formele steunsysteem (de professionals uit medische en sociale voorzieningen). Zij spannen zich in om cliënt en naasten maximale regie over hun leven te geven. Een microsysteem functioneert goed wanneer het voorziet in de directe zorgbehoeften van een cliënt en zijn naasten, en zij elkaar ook ondersteunen. Zorg gaat uit van zelf gestelde doelen, waarbij professionals aangepaste behandeling en begeleiding geven, op het juiste tijdstip, de juiste plaats en gedurende een bepaalde, passende periode.

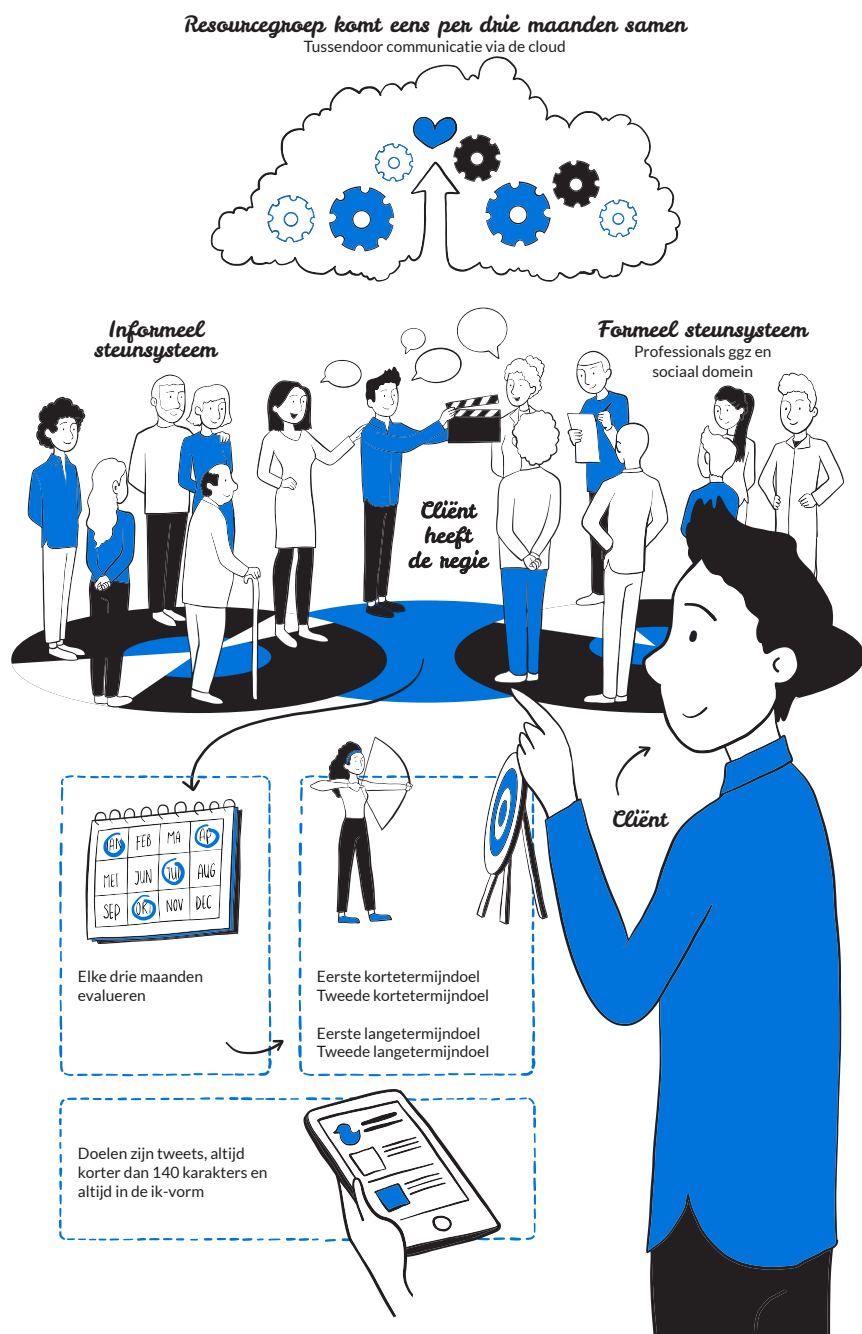
In het microsysteem variëren behoeften in de tijd (zie figuur 1.1 op p. 20). Een stabiel informeel netwerk is noodzakelijk om hierop goed in te kunnen spelen. Informele netwerkpartners maken het mogelijk om beter te voorzien in de sociale basisbehoeften van veel mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder het herstel van problematische interactiepatronen (Mathews et al., 2016). Een stabiel informeel netwerk biedt ook een kader voor ondersteuning van de cliënt op de langere termijn, wanneer formele hulpverlening minder of niet langer nodig is. Maar dit netwerk ontstaat niet vanzelf en is niet automatisch stabiel. Formele zorgprofessionals hebben de taak om ook hier ondersteuning te bieden.

Doordat behandelaars en ondersteuners intensief samenwerken en elkaar treffen in aanwezigheid van de cliënt en zijn naasten, vormen privacy-issues minder een probleem. De cliënt bepaalt zelf welke informatie hij aan wie geeft en de betrokkenen maken op het niveau van de cliënt samenwerkingsafspraken met hem en met elkaar. Dit is de kern van een ‘persoonsgerichte aanpak’. We zien in de praktijkvoorbeelden dat organisaties manieren zoeken om de risico’s die ze ervaren rond privacy creatief af te dekken (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 8 en 9). Toch ervaren partners nog vaak een terughoudendheid die wordt gezien als een belemmering voor goede, tijdige samenwerking en afstemming.

Netwerkgorg op microniveau: resourcegroepen

Vaak werkt een klein groepje mensen (cliënt, naasten en professionals) samen aan de hersteldoelen van de cliënt. De cliënt kiest zelf de deelnemers aan deze groep. De agenda wordt bepaald in een zogenoemde herstelondersteunende netwerkinname (zie paragraaf 1.5). De doelen worden samen vastgesteld en de resourcegroep gaat ermee aan de slag.

Resourcegroepen (voor de methodiek, zie Leeman et al., 2021) leggen de regie over de behandeling of begeleiding en de evaluatie ervan zoveel mogelijk bij de cliënt. Ze worden daarbij geholpen door een regieondersteuner. Dit doet recht aan het principe ‘niets over ons, zonder ons’. Naasten worden in overleg met de cliënt betrokken, ook na afloop van het traject (informeel steunsysteem). Idealiter worden professionals uit het medisch en sociaal domein samen betrokken om de resourcegroep te ondersteunen en delen van de behandeling en begeleiding op zich te nemen. Zo kan behandeling en begeleiding op maat worden aangeboden op een manier die aansluit bij de situatie, de doelen en de behoeften van de cliënt en diens naasten. Zie figuur 1.1 op p. 20.



Figuur 1.1 Functioneren van een resourcegroep onder regie van een cliënt

1.4 Samenwerken op meso- en macroniveau

Bij netwerkzorg gaat het ook om netwerkvorming *tussen* organisaties. Een bekende definitie van een netwerk luidt: een opzettelijk gevormde groep van drie of meer autonome maar onderling afhankelijke organisaties – vaak aanbieders in de publieke dienstverlening – die een gezamenlijk doel nastreven en een collectieve opbrengst genereren (Provan et al., 2007). Netwerken kunnen in principe op drie manieren worden bestuurd:

- 1 Bij zelfsturing coördineren de partijen samen de activiteiten.
- 2 Soms delegeren partijen de aansturing naar één organisatie, meestal die met het grootste belang.
- 3 Partijen kiezen ervoor om een netwerkbestuur in te stellen. Er wordt dan een aparte entiteit opgezet om de activiteiten binnen het netwerk te coördineren, te faciliteren, en het netwerk extern te vertegenwoordigen (Provan & Kenis, 2007).

We constateren dat in de meeste beschreven netwerken in de zorg (vooralsnog) gekozen wordt voor de zelfsturende variant. Zo'n zelfsturend netwerk bestaat gewoonlijk uit een breed, maatschappelijk geïntegreerd netwerk van teams en voorzieningen (Van Hoof & Knispel, 2013), waarin vaak ook andere lokale of regionale (intersectorale) netwerken een rol spelen. Zo worden bij maatschappelijke participatie de regionale netwerken ingeschakeld die de arbeidsparticipatie bevorderen (zie hoofdstuk 15). Netwerkzorg op meso- en macroniveau smeedt verbanden tussen teams, voorzieningen en instellingen; zij opereren binnen een netwerk van netwerken.

Netwerkzorg op mesoniveau binnen de ggz

Netwerken functioneren optimaal wanneer partners hun zorg op orde hebben. Voor de ggz gaat het onder andere om de POH-ggz (praktijkondersteuner huisarts ggz), FACT (Flexible Assertive Community Treatment), IHT (Intensive Home Treatment), HIC (High & Intensive Care), resourcegroepen en ART (Active Recovery in the Triad). Maar ook om nieuwere zorgvormen zoals POD (Peer-supported Open Dialogue), IPS (Individuele Plaatsing en Steun) en WRAP (Wellness Recovery Action Plan) of voorzieningen als herstelacademies, zelfregiecentra en respijthuizen.

Samenwerking vraagt om heldere afspraken over verwijzroutes (heen en terug) tussen de huisarts en ggz-partijen, indien nodig warme overdrachten en een duidelijke afstemming en taakverdeling tussen teams, afdelingen en instellingen in een regio. Kwetsbare mensen mogen niet tussen wal en schip vallen. De continuïteit van resource- of steungroepen kan voorkomen dat

mensen op zichzelf worden teruggeworpen wanneer bepaalde zorgvormen stoppen of wanneer zij worden verwezen naar andere vormen van zorg.

Intersectorale netwerkzorg op mesoniveau

Daarnaast is vanuit de gemeenten intersectorale samenwerking nodig tussen het medisch (ggz, somatiek en de eerste lijn) en het sociaal domein. Deelnemers in het netwerk (bestuurders, leidinggevendenden) stemmen de samenwerking onderling goed af ten behoeve van goede herstelondersteuning en continuïteit van de zorg. Voorbeelden hiervan zien we in afspraken of convenanten die instellingen onderling en/of samen met gemeentelijke voorzieningen sluiten. Doel is om de zorg samenhangend en zoveel mogelijk vanuit een gemeenschappelijke, herstelondersteunende visie aan te bieden. Deze afspraken vragen vaak een rugdekking van ministeries, verzekeraars, gemeenten, politie en wijken (netwerkzorg op macroniveau). In dit boek tref je meerdere voorbeelden hiervan aan. Een heel mooi voorbeeld van wat hierin kan worden bereikt is de werkwijze in Proeftuin Ruwaard in Oss (hoofdstuk 4).

We zien dat gemeenten en instellingen vaak afspraken maken over personele samenwerking tussen ggz-teams en sociale wijkteams. Soms wordt gekozen voor het opzetten van geïntegreerde teams (ggz en (delen van) sociale wijkteams), maar ook kunnen professionals vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of vanuit de sociale diensten (via sociale teams) worden gedetacheerd. Een voorbeeld hiervan is de IPS-detachering binnen FACT-teams.

Een belangrijke les uit onderzoek is dat afspraken op instellingsniveau altijd in dienst moeten staan van een betere samenwerking op het niveau van de cliënt en diens naasten (Rosenheck et al., 2002). Met afspraken tussen professionals of instellingen heb je immers nog geen beter functionerend netwerk rondom een cliënt en diens systeem. Vandaar dat netwerkzorg in de eerste plaats aandacht geeft aan het netwerk op het niveau van de cliënt. In paragraaf 22.2 van de epiloog gaan we vanuit het onderzoek en de praktijk nader in op wat hindert en helpt bij het opbouwen van duurzame zorgnetwerken.

Netwerkzorg op macroniveau

Op macroniveau ten slotte, gaat het om wetgeving, afspraken tussen rijk, gemeenten, verzekeraars en andere partijen om de onderlinge samenwerking goed te laten verlopen. We zien vaak dat het wettelijk en financieel kader niet helpt om netwerkzorg op meso- en microniveau goed te laten verlopen. Voorbeelden zijn de verzuilde financiering of het verbod op samenwerking tussen verzekeraars of tussen instellingen omdat dit concurrentievervalsing zou geven en de marktwerking ondermijnt. Gelukkig lukt het in de praktijk op microniveau vaak wel om goed samen te werken, ondanks dit type be-

lemmeringen. Doorslaggevend is of professionals in staat worden gesteld om samen te werken op het niveau van de cliënt.

Wanneer we de complexiteit in de zorg analyseren, zien we dat deze complexiteit minder in de problemen van de cliënt en zijn omgeving zit, maar vooral in de systemen die bedoeld waren om flexibel aan te sluiten bij de behoeften van mensen.

Netwerkzorg op macroniveau

Een voorbeeld van de benadering op macroniveau van netwerkzorg is het Integraal Zorgakkoord (IZA; Ministerie van VWS, 2022). Dit is een landelijk bestuurlijk akkoord tussen onder andere de gezondheidszorg in brede zin (inclusief de ggz), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), cliëntenorganisaties, de gemeenten en de zorgverzekeraars. Het doel van dit IZA is onder andere om de samenwerking tussen deze partijen te verbeteren en daarmee netwerkzorg op micro- en mesoniveau verder te verbeteren. Daarin is ook ruimte voor herstel- en zelfregiecentra en samenwerking binnen mentale gezondheidscentra. De ambitie van netwerkzorg is te komen tot efficiëntere vormen van samenwerking, met meer gezondheidswinst voor de burger, zonder hogere kosten.

1.5 Implementatie van netwerkzorg

De voorbeelden in het boek laten zien dat netwerkzorg verschillende vormen kan aannemen. In de minimale vorm gaan organisaties zelfstandig aan de slag met bijvoorbeeld het implementeren van de netwerkinname en/of het starten met resourcegroepen (of vergelijkbare initiatieven), in de hoop dat professionals uit andere domeinen geneigd zijn om aan te sluiten bij de microsystemen die dan ontstaan en daarvoor ook de ruimte krijgen.

Beter is het wanneer in een wijk of regio instellingen gezamenlijk aan de slag gaan met het realiseren van de zes bouwstenen van netwerkzorg. Er zijn grote lokale verschillen in de breedte van de implementatie en in de ambitie van de partners. Verschillende implementatiestijlen hebben elk eigen voor- en nadelen. Uit de voorbeeldpraktijken wordt ook duidelijk dat zorginnovatie een lokaal proces van cocreatie is en niet vanzelf gaat.

Voor een goede implementatie van netwerkzorg is het wenselijk om de volgende vijf randvoorwaarden te creëren. In de epiloog komen we terug op voorwaarden en op bevorderende en belemmerende factoren.

- 1 Organisaties in een wijk of regio hebben zich ervoor uitgesproken om samen te werken aan het realiseren van de genoemde zes bouwstenen van netwerkzorg.
- 2 Er worden voldoende middelen vrijgemaakt voor projectondersteuning en om scholing en intervisie te organiseren voor het realiseren van deze bouwstenen. Bijvoorbeeld om te kunnen werken met de herstelondersteunende netwerkintake (zie hierna) en met resourcegroepen (of gelijkwaardige andere vormen van intake en samenwerkgroepen).
- 3 Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties kunnen flexibel worden benut en bereikt (op- en afschalen) door mensen uit de doelgroep (en hun naastbetrokkenen) die deze functies voor kortere of langere tijd nodig hebben, ongeacht de achterliggende bekostigingsstructuren.
- 4 Netwerkpartners (inclusief ervaringsdeskundigen en naasten) werken nauw samen op het niveau van de cliënt. De samenwerking is gericht op een integrale benadering van problemen (beperkingen) en ontwikkelingsmogelijkheden (kansen).
- 5 Herstelondersteunend én evidencebased werken gaan hand in hand. Housing First en Individuele Plaatsing en Steun (Van Weeghel & Michon, 2016) zijn bijvoorbeeld goede evidencebased praktijken om mensen met ernstige psychische aandoeningen respectievelijk aan een huis en aan werk te helpen, en idealiter zijn deze interventies beschikbaar wanneer nodig.



Als voorbeeld voor het beginnen met netwerkzorg beschrijven we de netwerkintake die vanuit de principes van herstelondersteunende zorg op verschillende plaatsen wordt geïmplementeerd (onder andere Scheepers, 2022).

Voorbeeld: herstelondersteunende netwerkintake

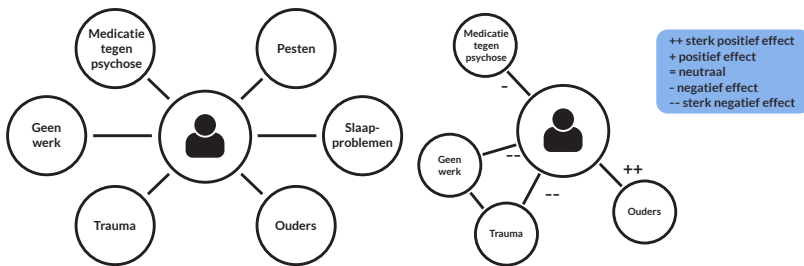
De netwerkintake (Scheepers, 2022) is een herstelondersteunende probleemanalyse die zowel voor jongeren als voor volwassenen ingezet kan worden en waarbij het niet gaat over de cliënt alleen, maar over de cliënt in zijn context. Het is een methode om het gesprek te voeren als start van een behandeltraject of behandelvorm, of als second opinion. Doel is om een breed beeld te krijgen van de problemen die spelen en wie erbij betrokken zijn. Door een visualisatie te maken (bollenschema, zie figuur 1.2-1.4) ontstaat er een gedeeld narratief en daardoor gedeelde verantwoordelijkheid. De cliënt, de professional en eventuele andere aanwezigen tekenen het verhaal in bollen en scoren wat

helpend is geweest of wat juist in de weg heeft gezeten. Zo komen zowel steun- als stressbronnen in beeld en de visualisatie kan transformatieprocessen ondersteunen.

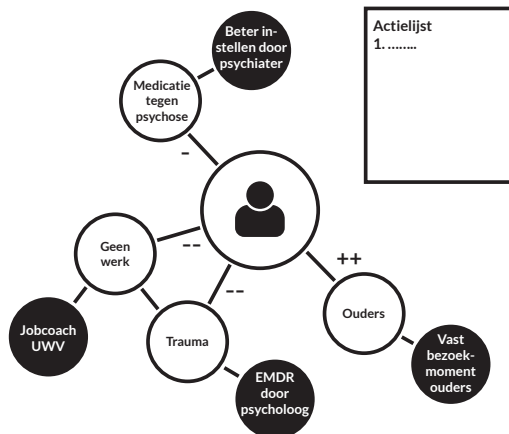
De vraag die bij deze intake centraal staat is wat iemand nodig heeft om tot herstel te komen of zijn leven weer in balans te brengen. Het is belangrijk om ook te kijken naar informele hulpbronnen. Daarom brengen we bij deze intake direct visueel in kaart wie de betrokkenen zijn in iemands netwerk en welke rol deze voor de cliënt (kunnen) vervullen.

De netwerkintake is behalve een systemische inventarisatie van de problematiek ook al een interventie op weg naar balans en herstel. De volgende stap is om het netwerk van steun met elkaar te verbinden (bijvoorbeeld door het starten van een resourcegroep), zodat er geen gaten maar ook geen doublures in de zorg ontstaan.

Het gesprek zelf bestaat uit drie stappen. Stap 1 is de inventarisatie van belemmerende en helpende thema's. In stap 2 wordt vastgesteld op welke thema's verandering gewenst is. In stap 3 worden deze veranderingen in concrete doelen per thema vertaald en wordt bepaald wie wat gaat doen (zie figuur 1.2-1.4).



Figuren 1.2 en 1.3 Stap 1 en 2 netwerkintake



Figuur 1.4 Stap 3 netwerkintake

1.6 Wat betekent netwerkzorg voor de professional?

Aangezien bij de mensen die het het moeilijkst hebben, problemen ertoe neigen samen te lopen, werkt een professional vrijwel altijd samen met andere professionals. Hij moet een professionele netwerker zijn voor wie samenwerking een tweede natuur is.

Het initiatief tot samenwerking met andere professionals kan vanuit ieder domein komen (sociaal domein, ggz, somatiek ofwel eerste lijn). De attitude van de deelnemende professionals is essentieel om een systeem dat uitgaat van samenwerking te laten slagen. Goede netwerkers hebben niet alleen het vermogen om door een mensgerichte benadering en communicatie tot een goede werkrelatie te komen. Ze hebben ook de intentie om tot gezamenlijke besluitvorming te komen, met herstel als doel (Van Staveren, 2015). Door deze gezamenlijke inzet bieden formele en informele partners hoop en perspectief en verschuiven ze de aandacht van enkel iemands beperkingen naar diens krachten.

T-shaped professionals, teams en organisaties

Netwerkzorg heeft dus de vaardigheden van *T-shaped* professionals nodig. Zij brengen specialistische kennis in van het eigen gebied (de staande balk van de T), maar zijn ook in staat om over de grenzen daarvan heen te kijken, om verbindingen te leggen met andere specialisten en om hun kennis in te zetten op andere terreinen dan waar ze specifiek voor opgeleid zijn (de liggende balk van de T) (Korevaar & Wester, 2012; geciteerd in Van Weeghel & Delespaul, 2020). Netwerkpsychiatrie is zonder *T-shaped* professionals ondenkbaar; omgekeerd geldt dat zonder netwerkzorg *T-shaped* professionals geen habitat hebben. Idealiter werken deze professionals in *T-shaped* teams, die weer in *T-shaped* organisaties functioneren.

1.7 Tot slot

De beschreven uitgangspunten van herstelondersteunende netwerkzorg zijn toepasbaar los van de setting waarbinnen iemand behandeling en begeleiding krijgt. Werken met (varianten op) de netwerkintake en resourcegroepen is mogelijk in een FACT-team, een sociaal wijkteam, een beschermende woonvorm, een ambulant crisisteam (IHT), een herstelacademie, een opnameafdeling (HIC) of een verblijfsafdeling.

Iedere cliënt heeft een groter of kleiner netwerk en de leden daarvan kunnen gestimuleerd worden om bij de zorg betrokken te zijn. Het stimuleren

van de eigen regie van de cliënt, collega's bijschakelen in het microsysteem rond de cliënt, en het benutten van het (in)formele netwerk is in iedere setting van belang. Door vervolgens een zo stevig mogelijk informeel netwerk om een cliënt te bouwen kan hij in zijn netwerk herstellen, zonder doorlopend een beroep te hoeven doen op de formele voorzieningen. Hij wordt weer burger in zijn eigen leefwereld.