

# Ecosysteem Mentale Gezondheid & IZA

## het Integraal Zorg Akkoord

VERSIE 18 oktober 2023



Jim van Os  
Philippe Delespaul  
Michael Milo  
Gijs Ockeloën

g naar een  
NTALE GEZONDHEID

---

## VOORAF:

Een groot deel van dit boekje moet gezien worden als een ‘persoonlijke’ reflectie van de 4 GEM’ers van het eerste uur op de twee jaar werken met de regio’s en twee jaar IZA.

Wij hopen natuurlijk op brede instemming maar de tijd ontbrak om er naar te kunnen vragen. Het is daarmee nog geen stuk waar alle partners hun naam onder kunnen zetten.

Het schrijven van een ge-co-creëerd verhaal heeft meer tijd nodig dan het produceren van dit boekje, want er zijn onderdelen waarvan we nu al weten dat ze wringen met formuleringen in de IZA thema’s en latere uitwerkingen. Ook de regio’s hebben hier en daar mogelijk een andere kijk op punten.

Een ge-co-creëerd verhaal moet het wel worden: een verhaal dat periodiek herschreven wordt. Dit is dus een discussiestuk voor alle onze partners waar wij ook de IZA-partners toe rekenen.

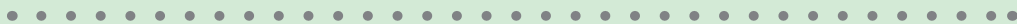
GEM denkt dat iedereen die werkelijk de ambitie heeft de zorg te transformeren deze discussies niet uit de weg zou moeten gaan en deze juist moet omarmen.

Gelukkig doet IZA dat ook niet; nadrukkelijk is gesteld dat transformatie ook betekent dat je open staat voor **“... ingrijpende keuzes door de overheid, zoals wijzigingen van wet- en regelgeving.”**

---

---

# Inhoud



De GEM Moonshot en het IZA .....	6
De Dagelijkse Praktijk van de GEM Professional .....	8
Hoe past GEM in de IZA werkagenda ....	24
De Kern van GEM .....	33
Leerervaringen uit de GEM regio's .....	34
De GEM propositie aan de Regio's .....	42



# De GEM Moonshot en het IZA

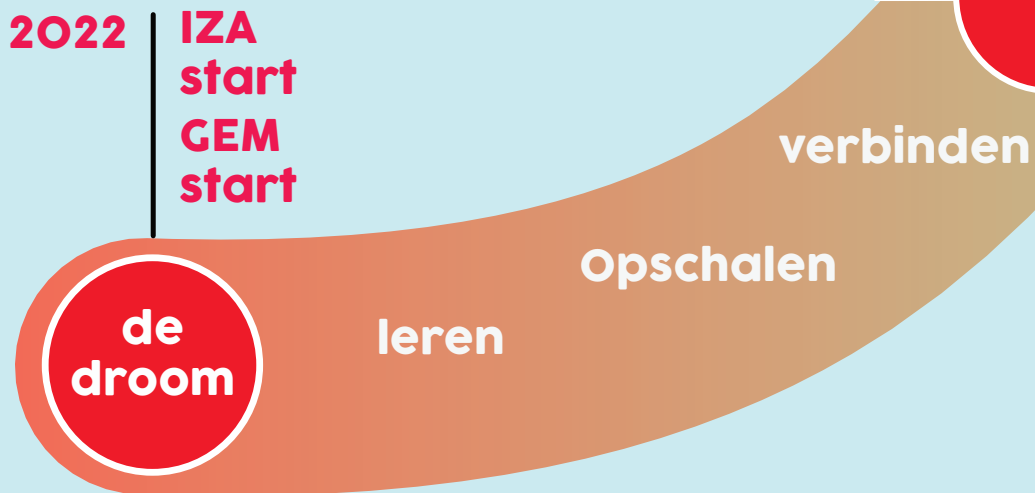
*GEM heeft begin 2022 een stip op de horizon gezet die we over 10 jaar hopen te bereiken: 2032. Die stip wordt gedurende de reis voortdurend aangepast op basis van ervaringen die de projecten in regio's die met ons meereizen ons leren. Vandaar dat we van een Moonshot spreken. De doelen die GEM met deze reis wil realiseren vallen in grote lijnen samen met de ambities van de IZA doelen die betrekking hebben op mentale gezondheid.*

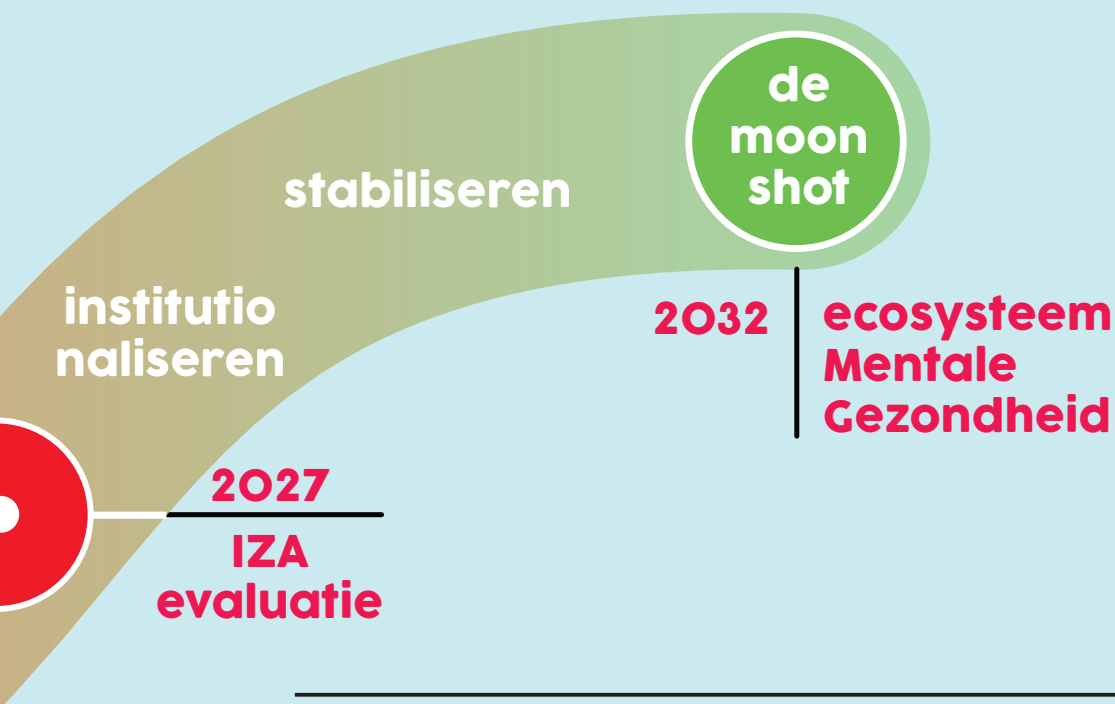
GEM is reeds actief in een aantal regio's en is altijd geïnteresseerd in andere plekken in Nederland waar men met IZA aan de slag gaat.

Het Tijdspad van IZA is op 5 jaar gesteld. Eind 2028. Tegen die tijd denken wij dat de regio's die met een GEM aanpak werken voldoende mensen hebben bereikt om wetenschappelijke uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid van de methode.

***Dat wordt dus het spannende moment waarop GEM kan vaststellen of we kunnen gaan werken aan het Moonshot te bereiken in 2032.***

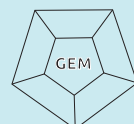
In dit boekje beschrijven we hoe GEM de IZA uitdagingen in denkt te vullen, waar GEM nu staat, wat we reeds geleerd hebben en wat de aandachtspunten zijn.





### Wat willen we met dit boekje?

- ✓ De ambities van GEM binnen de IZA kaders beschrijven;  
De leerervaringen uit de GEM-regio's beschrijven;
- ✓ Drempels die we tegengekomen zijn bespreekbaar maken;
- ✓ Proposities beschrijven gericht aan regio's die GEM willen betrekken in hun IZA-plan.



# de Dagelijkse Praktijk van de GEM Professional

*In het hierop volgende hoofdstuk beschrijven we hoe GEM een dik jaar geleden aankeek tegen de IZA-thema's. Inmiddels zijn in 5 regio's experimenten in gang gezet die ons in staat stellen een veel concreter beeld te schetsen van hoe het toegaat in het GEM ecosysteem en wat de mensen die erin werken daar doen.*

*We beginnen in dit hoofdstuk met het schetsen van die toekomstige wereld, waar relevant in IZA-termen, aan de hand van de dagelijkse praktijk van de mensen werkzaam in het ecosysteem.*

## GEM: drie IZA-Onderdelen

GEM werkt aan een ecosysteem dat drie IZA onderdelen omvat:

- ✓ het **Verkennend Gesprek**, door GEM indertijd *Herstel Ondersteunend Gesprek* gedoopt.
- ✓ het **Mentaal Gezondheids Centrum**, herbergt de Groeps faciliteiten, de Herstel Academie en ruimte en voorzieningen voor de Modulaire GGZ.
- ✓ de e-Community, een voorziening die in een doorbraak in de door IZA gewenste e-Health moet voorzien.

## Nieuwe Werkwijzen: Samen leren in VeranderAteliers

De ambities en transities vragen grote 'mindshifts' bij professionals, én grote aanpassingen in de bedrijfsvoering. De VeranderAteliers en Bestuurlijke Ateliers zijn de plekken waar we samen in co-creatie uit gaan vinden hoe we onszelf nieuwe skills kunnen aanleren en hoe we de bedrijfsvoering kunnen aanpassen.



# de Ecosysteem Huisarts Praktijk

De Huisarts is een essentiële schakel in het ecosysteem. Voor een meerderheid van de mensen is de Huisarts de vertrouwde 'vindplaats' voor zorg, dus ook voor mentale zorg. GEM wil dat veranderen, want niet iedereen loopt zomaar bij de huisarts binnen. Maar tot 2028, dus gedurende de IZA periode, ligt onze focus op de Huisarts.

De Huisarts vragen we om het Verkennend Gesprek te faciliteren. Let op: faciliteren, niet afnemen. Net als indertijd de POH zijn intrede heeft gedaan in de Huisartspraktijk, gaan we werken met daartoe opgeleide Verkennend Gesprek medewerkers. Deze voeren het Verkennend Gesprek en ontlasten daarmee de Huisarts en de POH. Wel kan de POH, indien dat zo uitkomt, ook werken als Verkennend Gesprek medewerker.

## De GEM 'Verkennend Gesprek professional'

Er werd al gesteld: dat is niet de Huisarts en ook niet de POH zoals die nu functioneren. De POH-functie kan zeker worden uitgebreid richting Verkennend Gesprek medewerker. In de huidige constelatie zijn de Huisarts en (in mindere mate) POH niet primair opgeleid om een Verkennend Gesprek te voeren, hoewel veel POH's zich in de praktijk in die richting proberen te ontwikkelen. Het Verkennend Gesprek gaat niet in de eerste plaats om een 'Diagnose', of de 'Symptomen', maar om de sociale en existentiële context. Ook hebben Huisartsen en POH's er nu geen tijd voor. Een Verkennend Gesprek kan snel een uur of langer duren. En als het aan GEM ligt zitten er zelfs meer 'verkenner' aan tafel waaronder vaak een medewerker met de competentie ervaringsdeskundigheid. En die tafel is natuurlijk rond, want een Verkennend Gesprek is een uitwisseling onder gelijken. Ook de hulpvrager is niet alleen wat we zien graag dat een vertrouweling wordt meegenomen.

Dus wie kan dan een Verkennend Gesprek'er zijn? Daar zullen mensen zich voor moeten interesseren en een opleiding volgen. Het moeten experts worden in samen het verhaal maken waarvan de persoon zegt: 'dat is mijn verhaal, zo en zo kan ik eraan gaan werken ... In de regio's vragen we ED'ers, POH'ers, Verpleegkundig specialisten, Welzijnwerkers, Buurtcoaches om op deze positie te reageren.



## De Therapeutische waarde van Eigen Regie

In de ogen van GEM is de inloop voor Verkennend Gesprek dus vrij en aan de bewoner. Deze belt voor een afspraak of meldt zich aan via de website en verzoekt om een Verkennend Gesprek. Vaak stelt de receptionist een paar vragen en kan de suggestie doen om niet de Huisarts, maar de Verkeners te bezoeken. Het IZA stelt dat de Huisarts de patiënt moet verwijzen naar het VK. Daar willen we graag de discussie over aangaan want we maken graag gebruik van het therapeutisch effect van de eigen keuze.

### **'Waar wil je naartoe in het leven?'**

Omdat het doel van alle behandeling gaat over 'je ding kunnen doen', wil het Verkennend Gesprek zich in dit stadium ook een beeld vormen van welke dingen voor de persoon werkelijk van belang zijn in het leven. Het Verkennend Gesprek zal altijd vragen wat voor jou werkelijk van belang is in het leven.

## Verkennend Gesprek:

### Opent deuren en kan Therapeutische waarde hebben

Wat GEM betreft is het Verkennend Gesprek vruchtbaarder dan een triage en diagnose. Er wordt naast symptomen vooral doorggevraagd naar de context van het mentale lijden. Voor een aanzienlijk deel van de mensen verwachten wij dat alleen al dat Verkennend Gesprek, misschien met enkele herhaalgerekenen, voldoende weerbaarheidsverhoging oplevert. De rest kiest óf een kansrijke Groepsbehandeling in het Mentaal Gezondheidscentrum, óf voor een leertraject in de Herstelacademie/ zelfregiecentrum die (conceptueel, niet bestuurlijk) ook onderdeel van het MGC uitmaakt óf, ook binnen de muren van het centrum, voor een Individuele GGZ-behandeling.

Overigens wordt in dit Verkennende Gesprek iedere bezoeker ook gewezen op de mogelijkheid om gebruik te maken van de e-Community in de vorm van chat, consulting van een specialist, lotgenotencontact en zelfmanagement.

## Samen Begrijpen

Als iemand zich meldt met psychische klachten, gaan we, in plaats van de gebruikelijke diagnose (vaak een checklist) bij wijze van spreken een 'diagnose' co-creëren: Wat zou er aan de hand zou kunnen. Dit noemen we 'samen begrijpen'.

## Verken de Contextuele aspecten

Psychisch lijden is altijd contextueel. Het Verkennend Gesprek is er op gericht om met de persoon een brede verkenning te doen van de complexe context van het psychisch lijden, inclusief de context van het lichaam en de context van de persoonlijke kwetsbaarheid en kracht.

- ✓ Existentiële context
- ✓ Relationale context: Anderen
- ✓ Relationale context: Zelf
- ✓ Pijn van vroeger
- ✓ Lifestyle context
- ✓ Maatschappelijke context
- ✓ Lichamelijke context (Lichaam als niet-ideaal zelf, ziek lichaam, verwaarloosd lichaam, gemedicaliseerd lichaam, getraumatiseerd lichaam)
- ✓ Context van Cultuur en Diversiteit
- ✓ Hechtingscontext
- ✓ Levensfase context: kindertijd, adolescent, volwassenheid, ouderdom
- ✓ Context van Bewustzijn
- ✓ Context van Persoonlijke kwetsbaarheid en kracht  
Betekenis of zingevingscontext



# het Mentaal Gezondheids Centrum

---

## Behandelen doen we in Groepen...tenzij

Behandelen in Groepen heeft praktische, financiële maar vooral therapeutische voordelen. GEM is daarom geneigd als eerste in te zetten op groepsbehandeling en 1:1 behandeling als de uitzondering te beschouwen.

We hebben daarbij rekening te houden met weerstand en met logisitieke uitdagingen. Zowel van behandelaars als patiënten.

Maar eerst de voordelen.

## De Gedeelde Positieve Ervaring

Het groepsritueel, gericht op een bepaalde gedeelde ervaring, activeert het zelfherstellend vermogen.

Het is dus niet nodig, of vaak zelfs niet wenselijk, om zich direct te richten op de 'pathologie'.

Beter richt men zich op een gedeelde positieve ervaring, als onderdeel van het groepsproces, die de weerbaarheid versterkt.

Een goed voorbeeld zijn de activiteiten van het 'lezers-collectief': het samen lezen en bespreken van verhalen en gedichten verbindt mensen en maakt hen sterker en weerbaarder. Samen Lezen is wat zij doen.

Maar ook GGZ behandelingen kunnen groepsgewijs aangeboden worden. Denk aan EMDR, CGT...

---

## GEM Mentaal Gezondheids Centrum: Drie Functies

Een GEM MGC biedt onderdak aan drie belangrijke hulpbronnen:

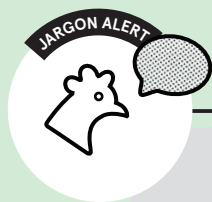
- ✓ **Groeps behandelingen**, waaronder zowel WMO, Welzijn als GGZ groepen;
- ✓ **Herstel Academie**, geheel geleid en uitgevoerd Peers;
- ✓ Faciliteiten voor **Modulaire GGZ** medewerkers die in individuele GGZ behandelingen voorzien waar nodig.

Werken in een groep biedt voor de patiënt het voordeel van contact, verbondenheid, steun, inspiratie en de mogelijkheid om te leren van elkaar. De deelnemer is niet alleen patiënt maar ook een beetje behandelaar. Daar komt bij dat er minder sprake is van afhankelijkheid van de behandelaar.

## 'Ik wil de specialist zien'

Het publiek zal vaak de wenkbrauwen optrekken als groepen ter sprake gebracht worden. Dat komt doordat we hen 'geleerd' hebben dat alle heil van de 'specialist' moet komen. Maar eenmaal deelnemer, slaat dat doorgaans om (bv AA).

Dat is het publiek. Maar ook de 'specialist' in onze VeranderAteliers toont zich soms sceptisch en moet met wetenschappelijke publicaties overtuigd worden dat populaire en daarom met wachtlijsten kampende behandelingen als EMDR evengoed zo niet beter in groepen gegeven kunnen worden.



## Maak eclectisch gebruik van groepen

Dus niet 'die groep is voor die en die symptomen of diagnose en die daar en daar voor'. Werk met technieken waarvan we weten dat ze succes kunnen hebben:

- ✓ Resourcegroup elements
- ✓ Breathwork
- ✓ Lichaamsgericht
- ✓ Safe supportive setting
- ✓ Behavioural activation
- ✓ Psychoeducation
- ✓ Self-image remodeling
- ✓ Schema adjustment(Imaginal) exposure
- ✓ Motivational elements
- ✓ Cognitive restructuring
- ✓ Self-regulation elements
- ✓ Alternative coping
- ✓ Transference
- ✓ Corrective attachment
- ✓ Psychodynamic elements
- ✓ Transpersonal and spiritual elements
- ✓ Somatic elements
- ✓ Working with multiplicity of the psyche
- ✓ Active imagination



### **De GEM Group Facilitator: Groeps Therapie**

De meeste van de behandelingen in het ecosysteem mentale gezondheid worden dus aangeboden in de groepsvorm, begeleid door (liefst) meerdere behandelaars met een degelijke opleiding en een of meer van de competenties die worden gevraagd: psycholoog, ervaringsdeskundige, psychiater, verpleegkundig specialist, geestelijk verzorger, woonbegeleider, etc. Dus goed opgeleide behandelaars, welke competentie(s) ze ook vertegenwoordigen.

Het werken in groepen is dan ook niet eenvoudig, omdat de therapeutische relatie letterlijk alle kanten opgaat: in een groep wordt iedereen immers een beetje therapeut van iedereen.

Dus goede voorbereiding en opleiding zijn een vereiste. Twee begeleiders per groep is gewenst, net als bij het Verkennend Gesprek. De competentie ervaringsdeskundigheid is belangrijk - eventueel binnen een task-shifting supervisie model. De groepen kunnen worden aangeboden in het Mentaal Gezondheids Centrum en het type groep kan worden gekozen op basis van het proces van 'samen begrijpen' dat in het Verkennend Gesprek heeft plaatsgevonden.

### **De GEM Recoverycoach: De Herstelacademie/ zelfregiecentrum**

Voor de buitenstaander is het verschil tussen een Therapiegroep en een Recoverygroep in een herstelacademie / zelfregiecentrum vaak niet duidelijk maar in de praktijk kunnen ze ook complementair zijn.

De Herstelacademie / zelfregiecentrum werkt met een curriculum dat erop gericht is uit een demoralisatie te geraken en het leven actief vorm te geven. Een Therapiegroep is gericht op behandelen.

De GEM Recoverycoach biedt Peer Support volgens het CHIME model. Hier kan de patiënt dus vaardigheden opdoen om zichzelf opnieuw uit te vinden, te leren op basis van bijvoorbeeld WRAP groepen, traumagroepen, stemmenhorengroepen, omgaan met psychose-groepen, medicatie-management-groepen, groepen voor verslaving, ondraaglijk lijden, groepen voor chronische suïcidaliteit, groepen voor jongeren rond trauma/ dissociatie/ dwang/ anorexia/ suïcidaliteit/ stemmen).

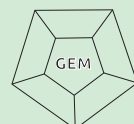
Hier vindt je ook mogelijkheid tot retreats, spirituele crisisopvang en peer-supported open dialogue.

De Recoverycoach werkt met indringende problematiek. Mensen die geen verbinding met de samenleving meer voelen, of zonder uitzicht zitten, gedemoraliseerd zijn. De Recoverycoach gaat als het ware de identiteit van de cliënt wat ontmantelen zodat de verbinding gelegd kan worden met wie deze persoon ooit was.



## Werken in Open en Gesloten Groepen

- ✓ Zelfbeeldgroep
- ✓ Verslavingsmodule
- ✓ Stemmenhorengroep
- ✓ Dieetmanagementgroep
- ✓ Signaleringsplangroep
- ✓ Psychoeducatie ASS groep
- ✓ Praktische doelen groep
- ✓ ACT jongerengroep
- ✓ ADHD groep
- ✓ Exposuregroep
- ✓ Groepspsychotherapie
- ✓ GIG (genderidentiteitgroep)
- ✓ Meditatie / YogaLifestylegroep
- ✓ Zelfregulatie (VERS)Schemagroep / DGT-groep
- ✓ Lichaamsgericht werken
- ✓ SportcoachingTrauma-focused groepen
- ✓ Motivational interviewing
- ✓ Behavioural activation
- ✓ Dagstructuurgroep
- ✓ Sociale vaardighedengroep
- ✓ Vrouwengroep
- ✓ WRAP
- ✓ Burnout groep
- ✓ Bewegen bij trauma
- ✓ Klinisch intensieve groep
- ✓ CGT groep
- ✓ Creatieve ouderengroep
- ✓ Lotgenoten ASS groep
- ✓ Psychoeducatie ASS groep
- ✓ Praktische doelen
- ✓ ACT jongerengroep
- ✓ Mannengroep
- ✓ Adolescentengroep



De werkplek van de Recoverycoach is een peer support omgeving binnen het Mentaal Gezondheids Centrum: Een leer-context, niet zozeer traditioneel leren, maar meer een plek waar mensen kunnen reflecteren en ook op verhaal kunnen komen. Tegelijkertijd mogen ze ook met hun talenten aan de gang gaan en een bijdrage leveren. Alles gaat in co-creatie, ook het hele programma en hoe de faciliteit gerund wordt.

### **Presentie**

Een belangrijk aspect zit er in dat Recoverycoach beschikbaar is. We trekken van alles uit de kast aan fancy behandelingen, maar wat we niet doen is op tijd en over de tijd beschikbaar zijn.

Alle collega's van de Recoverycoach zijn Peers, ze zijn dus Ervaringsdeskundig. Ervaringsdeskundigheid is een Professionele vorm van kennis. Binnen de Herstelacademie/zelfregiecentrum moet ervaringskennis vrij kunnen stromen, dus hier beseft men dat de stroom onmiddellijk in het gedrang komt als er dominantere betekenis-kaders worden losgelaten op de situatie.

Hier zul je dus niet snel een 'witte jas' tegen het lijf lopen!

De Recoverycoach zal tot het uiterste gaan om de patiënt zijn eigen autonomie te laten behouden. Dat vergroot de motivatie en de slaagkans van de behandeling. Het heeft ook te maken met elkaar serieus nemen. Natuurlijk moet er ook gekeken worden naar wat de cliënt nodig heeft. Soms moet de Recoverycoach de regie misschien tijdelijk overnemen, omdat de ander het zelf even niet kan. Maar ook dit kan, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, in (gradaties van) co-creatie.

---

### **Groepen? Waar, Wanneer, Hoe vaak?**

Als we in groepen gaan werken ontstaat er al snel zo'n bonte verzameling dat het moeilijk wordt het overzicht te behouden. Binnen de eigen regio maar zeker als we nationaal denken en dwars door de verschillende instellingen heen. Dat is een onmogelijke taak voor ons beperkte menselijke brein.

Gelukkig hebben we daar tegenwoordig de computer voor: er is een applicatie die voor ons alle groepen in een database verzamelt en ons helpt daarin wegwijs te worden!



## Modulaire GGZ

Soms zal iemand een meer intensieve vorm van behandeling nodig hebben dan het therapeutisch groepsexperiment kan bieden. In dat geval kan in het ecosysteem mentale gezondheid op flexibele wijze en in overleg een individuele behandelmodule worden georganiseerd.

- ✓ Iemand is bijvoorbeeld bezig met een somatic experiencing groepsbenadering, maar wil in overleg met de behandelaar een aantal sessies EMDR.
- ✓ Of iemand is bezig met perspectief bouwen bij een recovery college, maar komt daar tot de conclusie dat hij clozapine wil proberen in plaats van haldol.
- ✓ Of iemand maakt gebruik van de retreat van het recovery college, maar voelt zich op een gegeven moment zo in crisis, dat een korte opname nodig is.
- ✓ Of iemand is dermate bezig met suïcidaliteit, zelfbeschadiging, achterdocht, agressie, dat werken in de groep niet mogelijk is.
- ✓ FACT- (Functional Assertive Community Treatment) teams zijn geëquipeerd om dergelijke zorg modulair te bieden. We gaan er hierbij van uit dat er voldoende psychotherapeuten in de FACT-teams zitten die het interessant vinden om creatief, flexibel en modulair te improviseren bij mensen met een complexe zorgbehoefte in de wijk. We werken aan een position paper over FACT in ecosystemen.

Enige opnamecapaciteit zal altijd nodig blijven maar GEM is ervan overtuigd dat veel opnamen kunnen worden voorkomen als het ecosysteem voorziet in voldoende social holding.

## Modulaire GZ Professionals

Psychiaters en Psychologen krijgen te maken met het verzoek om meer transdiagnostisch, in groepen, modulair en via task-shifting te gaan werken. Dit is al aan de gang in de ggz en GEM gaat hier in door. Wetenschappelijk bewijs dat ook EMDR of schematherapie groepsgewijs kan worden aangeboden helpt om te overtuigen dat dit mogelijk is. GEM pleit er ook nog voor om de instelling te verlaten en er opuit te trekken om de expertise flexibel en improviserend daar in te zetten waar en naar gevraagd wordt. Dat is wat GEM 'modulair werken' noemt: 'Modulaire GGZ' vraagt van de GGZ om flexibel en transdiagnostisch te improviseren op basis van ervaring.

Vaak gaat modulair werken via anderen, via een model van taskshifting dat met veel succes wordt toegepast in vele LAMIC landen (low and middle income countries) met tekort aan personeel. De psychiater en de klinisch psycholoog



---

worden dan nog meer dan nu 'tweede-ordebehandelaars' - (de eigen expertise inzetten via anderen in een supervisiemodel) niet alleen in de ggz, maar in het hele ecosysteem, dus inclusief sociaal domein, publieke gezondheid en herstelacademie/zelfregiecentrum.

---

### Samenwerken: Task shifting

Het tekort aan professionals dwingt ons tot Task shifting, nog meer dan nu al het geval is: de gespecialiseerde en zeldzame KP'er / psychiater adviseert en begeleidt een daartoe opgeleide SPV'er, waar er meer van zijn, die een CGT groep faciliteert. Task shifting wordt met veel succes toegepast in LAMIC countries (low and middle income countries). In Sierra Leone bijvoorbeeld zijn er zeer weinig psychiaters en klinisch psychologen. De specialisten daar werken met Mental Health workers, vroedvrouwen, traditionele genezers, familie en anderen in de resource groep via een model van indirecte hulpverlening. Ook in Nederland kan deze vorm van werken meer worden toegepast.

Ook de complementaire zorg kan daarbij worden betrokken. Veel mensen met psychische klachten maken gebruik van complementaire zorg, gegeven door HBO-opgeleide hulpverleners die aangesloten zijn bij de RBCZ die voorziet in een kwaliteitskader van supervisie, intervisie en tuchtrect. In GEM vormt deze complementaire zorg onderdeel van het ecosysteem.

---

## ***De Modulaire GZ Therapeut***

Dus gz-psychologen, orthopedagogen, VS en anderen kunnen toetreden tot de groep van Modulaire Therapeuten. De Modulaire Therapeut kan gevraagd worden om ondersteuning en behandeling te bieden: huisartsen die bellen, mensen uit sociaal domein die bellen, mensen uit de herstelacademie/zelfregiecentrum die bellen, een chatter van de eCommunity die belt - in de GEM visie kunnen deze mensen allemaal heel veel doen om mensen met (ook ernstige) psychische problemen te begeleiden en ook te behandelen (namelijk werken aan doelgerichte verandering op basis van relatie en een 'aanpak') ... vooropgesteld dat er een Modulaire Specialist is die men kan consulteren. Deze begeleidt, geeft aanwijzingen, en ziet af en toe ook zelf hulpvragers (bv complexe medicatietrajecten waar de VS niet uit komt of complexe diagnostiek waar de GZ-psycholoog niet uitkomt) - al dan niet samen met andere ecosysteem begeleiders.

## ***De Medicatie-dossierhouder***

En hoe kijkt GEM dan tegen medicatie aan? Niet anders als tegen andere behandel-rituelen. Medicatie is een ritueel waar heel veel mensen vertrouwen in hebben, en dus ook beschikbaar moet zijn in het ecosysteem.

De omgang met medicatie in het ecosysteem is echter 'herstelgericht', dus onderdeel van een proces, en niet een wonder middel dat voor dit of dat altijd, voor iedereen, zeer zeker gaat werken.

In het ecosysteem beheert een Verpleegkundig Specialist iemands medicatiedossier. Dat beheer omvat een zorgvuldige monitoring. Bij uitblijven van gewenste resultaten wordt overgegaan naar een alternatief. Dit zogenaamd 'Dynamisch Voorschrijven' maakt het makkelijker om met medicatie te beginnen, maar ook om er van af te stappen. De houder van het medicatiedossier faciliteert daartoe ook het afbouwen, 'Deprescribing'

GEM stelt dat medicatie in principe, uitzonderingen daargelaten, in combinatie met een andere therapie of behandeling gegeven wordt omdat we weten dat medicatie effectiever is in combinatie met een therapie.



# Digitale Kansen: de e-Community

.....

*Onmisbaar onderdeel van een Ecosysteem Mentale Gezondheid is een laagdrempelige, publieke online community. Dat betekent onder andere dat de community beschikbaar is als een "commons": gratis en waar gewenst ook anoniem. Van en voor iedereen die vanuit de GEM waarden werkt.*

.....

## **Voortbouwen op in de richting van ...**

In GEM vinden we geen wielen opnieuw uit, maar sluiten we aan bij dat wat al succesvol en beschikbaar is.

Verreweg de beste voorbeelden van zulke bloeiende publieke communities, met miljoenen gebruikers zijn PsychoseNet en Proud2BMe. GEM stelt voor om vanuit deze twee voorbeelden naar een community van communities te werken.

Denk daarbij aan tien of meer van deze communities, verbonden aan elkaar tot super-communities.

Vanuit de regio's gaan we vervolgens, zoals ze in Doetinchem zeggen "d'ran", door te starten met de belangrijkste kwaliteit van deze communities: beschikbaarheid, presentie en mogelijkheid om relaties aan te gaan. Onder meer middels Chat-functies.

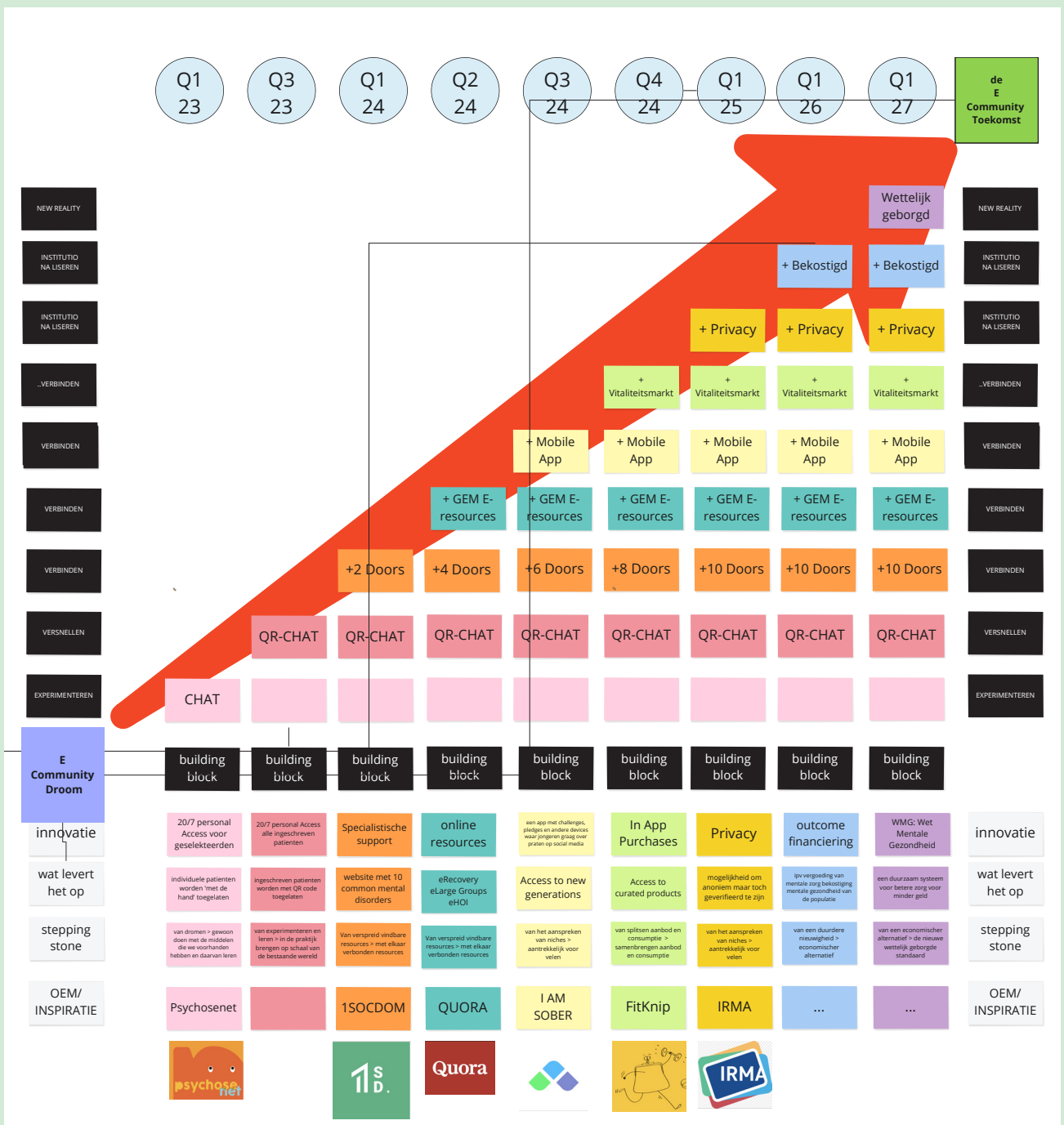
## **De Roadmap**

Er zijn veel uitdagingen te benoemen bij het verder vormgeven van een publieke infrastructuur. Denk aan privacy, authenticatie en autorisatie, het koppelen van lokale platforms, de socials en eHealth toepassingen, financierings- en governance uitdagingen voor publiek/private structuren).

Het probleem is niet dat deze uitdagingen niet in kaart zijn. Het probleem is dat we nationaal en lokaal al jaren óf met losse pilots bezig zijn óf weer een onderzoek instellen om de status quo opnieuw in kaart te brengen.

GEM heeft een RoadMap opgesteld om deze actiegericht op te pakken in een nationaal/lokale samenwerking en wil binnen IZA ruimte vinden om hiermee op pad te gaan.

# De Dagelijkse Praktijk van de GEM Professional 21



**Roadmap van Chat naar Authenticatie - van 'Wat kunnen we nu al gebruiken' naar 'Wettelijke borging'.**



# Monitoring

.....

*We verwachten ergens in 2025 15-20% van de populatie die nu de GGZ ziet, oftewel per 100.000 inwoners 1500-2000 mensen, in het GEM ecosysteem gezien te hebben. Dat is toereikend om uitspraken te kunnen doen over effecten op basis van zorgconsumptie en zorguitkomsten op populatieniveau.*

.....

## **De GEM Monitor**

We experimenteren daartoe al vanaf het begin met het analyseren van openbare Vektis, WMO en CBS data. Door deze te relateren aan verwachtingspatronen.

We selecteren daartoe populatie-indicatoren voor kleine gebieden die samen kunnen worden gebruikt om te informeren over een populatiegericht kwaliteitsaspect van de zorg. Neem bijvoorbeeld de noordwestelijke regio van Nederland: hier is de uitgave voor geestelijke gezondheid per inwoner gemiddeld, terwijl de uitgave per patiënt hoog is, de jaarlijkse behandelde prevalentie laag en het deel van de uitgave dat wordt besteed aan zorg voor ernstige psychische aandoeningen hoog. Bovendien werd een relatief groot deel van de zorg geleverd via de minder kostbare basis ggz en een relatief klein deel via de duurdere specialistische ggz. Dit geeft aanwijzingen dat deze regio een 'verantwoord' model heeft aangenomen gericht op ernstige psychische aandoeningen (SMI).



*Benchmarking van indicatoren voor ggz op het niveau van kleine gebieden (4-cijferige postcode; gemeentegrenzen in groen) met behulp van nationale gegevens 2015-2020.*

# Hoe past GEM in de IZA werkagenda

*Het IZA heeft bij aanvang de ambitie neergelegd noodzakelijke veranderingen daadwerkelijk tot stand te willen brengen. Inclusief de daarvoor benodigde ingrijpende keuzes door de overheid, zoals wijzigingen van wet- en regelgeving.*

*De IZA-partijen hebben zich daartoe gecommitteerd aan een 'niet vrijblijvende' werkagenda. Deze kent 12 thema's. Per thema is een landelijk thematafel in het leven geroepen.*

*GEM heeft haar eigen doelen en ambities uit 2022 door een IZA bril bekeken en vastgesteld dat deze op de meeste punten binnen het akkoord verwezenlijkt kunnen worden. De knelpunten zullen als 'Issue' met de IZA-partijen besproken worden.*

**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

## Onderdeel A Passende zorg

**Het is de bedoeling dat in de toekomst alleen nog passende zorg wordt vergoed. Zorg die niet of onvoldoende bijdraagt verdwijnt uit het pakket. Parallel daaraan wordt passende zorg een onlosmakelijk onderdeel van het werken en leren in de zorg. Ook moet er meer transparantie over uitkomsten van zorg komen zodat gerichtere keuzes mogelijk zijn.**

### **GEM: Passende Zorg = Opties bieden**

Ironisch genoeg is een van de redenen dat momenteel veel zorg 'niet passend' is, gelegen in een beperkte uitleg van 'evidence-based' zorg. GEM bouwt voort op het wetenschappelijk inzicht dat een specifieke evidence-based richtlijnoplossing voor een specifieke diagnose te beperkt is en kan resulteren in medicalisering van psychische problemen.

Wat werkt wel? Een groot aantal 'opties' aanbieden of creëren, die mogelijkerwijs weerbaarheid kunnen opleveren. Een hulpvrager vrijuit door dit optie landschap te laten bewegen geeft de grootste kans dat er 'passende zorg' gevonden wordt.



**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

## Onderdeel B-D

### Regionale samenwerking

Er worden afspraken gemaakt over algemene samenwerking (onderdeel B), samenwerking in de acute zorg (onderdeel C) en concentratie/ spreiding (onderdeel D). Het is de bedoeling dat zorgpartijen daarbij verder kijken dan het eigen belang. In elke zorgkantoorregio maken ze een regiobeeld en -plan. De regionale samenwerking kent drie stappen: het opstellen van criteria, herijking van reeds bestaande regiobeelden en het opstellen van een regioplan, inclusief doelstellingen en acties.

---

#### GEM: Zonder Samenwerking geen Ecosysteem

Als GEM het over een Ecosysteem heeft, bedoelt ze een Ecosysteem waar de onderdelen een Symbiotische relatie met elkaar onderhouden. Dus niet Competitief en al helemaal niet Parasitair, maar wederzijds afhankelijk van, en aanvullend aan elkaar - als de bloem en de bij.

Dat geldt binnen de regio: een Yogagroep kan alleen deelnemers met een gevoeligheid voor psychose accepteren als de groep kan rekenen op de eventueel noodzakelijke ondersteuning van een specialist.

Het geldt ook regionaal: een asielzoeker die verzeild is geraakt in een gemeente waar geen faciliteiten zijn omdat deze persoon de enige is, moet welkom zijn in een regio waar wel in relevant groepsaanbod voorzien is.

Ecosystemen verlagen de drempel voor samenwerken:

Partners bieden deeloplossingen en verbinden zich om elkaar niet in de steek te laten.





### *Onderdeel E* **Versterking van de eerstelijnszorg**

**Steeds meer mensen zullen voor complexere zorgvragen een beroep doen op de eerstelijnszorg van bijvoorbeeld huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten en wijkverpleging. Het is de bedoeling dat de huisarts meer tijd krijgt voor patiënten.**

**Ook moet de samenwerking tussen zorgverleners in de wijk verbeteren.**

---

**GEM: Herpositioneert de huisarts in het kader van Mentale en Sociale vraagstukken.**

Mensen met mentale of onderliggende sociale klachten help je niet met een verwijzing maar met een op de context gefocussed gesprek. Het IZA onderschrijft dat en spreekt van een Verkennend Gesprek. Zo'n gesprek is niet in de eerste plaats gericht op het vinden van symptomen. De huisarts hoeft zich niet te scholen in een beter geformuleerde verwijzing in het complexe ggz-landschap maar is een presente partner in het ecosysteem, die door de hervonden regionale partners ook deelverantwoordelijkheden kan nemen. De huisarts kan immers vertrouwen op samenwerking als dat nodig is.

**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

## Onderdeel F Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

De stijgende vraag naar hulp bij mentale problemen zet de ggz, huisartsen en het sociaal domein onder druk en leidt tot wachtlijsten. Om die problemen aan te pakken moet de samenwerking tussen de drie zorgtakken beter en kan er meer gebruik worden gemaakt van digitale middelen. De ggz, huisartsen en het sociaal domein richten een nieuwe manier van triage en samenwerken in, waarbij wordt gewerkt met mentale gezondheidscentra.

**GEM: een hernieuwde samenwerking tussen huisarts, wijkverpleger, SPV'er, ggz, welzijnswerker, ervaringsdeskundige, cliënten/ burgers en hun netwerken.**

De Huisarts vervult een spilfunctie in het faciliteren van het Verkennend Gesprek. Het is de 'natuurlijke vindplaats' waar de meeste mensen aankloppen voor hulp. Maar de Huisarts is de expert op het gebied van somatische klachten. Niet van Schulden of Pesten op het werk. Daarom faciliteert GEM de samenwerking met andere maatschappelijke resources. Zij voeren het Verkennend Gesprek en ontlasten daarmee aanzienlijk de Huisarts die zich beter kan concentreren op de eigen expertise: somatische klachten.

Zo smeedt het ecosysteem een band tussen Huisarts en een groot deel van de 1e-lijn: de wijkverpleger, de SPV'er, de (basis) ggz, welzijnswerkers, en ervaringsdeskundigen... Ze hernieuwen de band met cliënten/ burgers en hun betrokken netwerk. Ze faciliteren empowerment om samen het verhaal maken waarvan de persoon zegt 'dat is mijn verhaal, zo en zo kan ik eraan gaan werken'.



**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

### Onderdeel G Gezond leven en preventie

Veel zorg kan worden voorkomen door een gezonde leefstijl en meedoen in de samenleving. Dat kun je stimuleren via voorlichting en ondersteuning. Dit kunnen gemeenten het beste organiseren samen met (maatschappelijk) werkers in de wijk.

Gemeenten gaan met zorgverzekeraars aan de hand van regiobeeld en -plan voor 1 januari 2025 samenwerkingsafspraken maken over gezondheidsbevordering van de populatie in een regionale preventie-infrastructuur.

---

#### **GEM: Preventie door Presentie**

Preventie van Mentaal Lijden vraagt iets anders dan bij Somatische aandoeningen waar met Leefstijl (niet roken, meer bewegen, betere voeding) grote vooruitgang valt te boeken.

Voor Mentaal Lijden geldt wat GEM betreft 'Preventie = Presentie'. Hiermee bedoelen we 'je moet er zijn op het moment dat het erop aankomt. Dat helpt escalatie te voorkomen en is dus een werkzame vorm van Preventie.

Het Ecosysteem is daartoe een 'alom vertegenwoordigde' en drempelloos bereikbare verzameling Resources waar mensen gebruik van kunnen maken 'du moment' dat het erom gaat, inclusief 7x24 resources zoals een levende online e-Community met mogelijkheid tot direct contact (bv Psychosenet.nl).

**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

## Onderdeel H Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals

De zorg moet een aantrekkelijkere sector worden om in te werken. Dat kan door administratieve rompslomp (doel 5 procent in 2025 vergeleken met 2020) te verminderen, loopbaanmogelijkheden te vergroten, meer tijd vrij te maken voor opleiding en ontwikkeling en professionals meer zeggenschap te geven. Ook is het de bedoeling dat werken in dienstverband aantrekkelijker wordt. Last but not least willen de deelnemers aan het IZA innovaties stimuleren die 'arbeidsbesparend' werken. Uiterlijk in 2024 komt er een overzicht van arbeidsbesparende innovaties die zorgaanbieders kunnen meenemen in hun Transformatieplannen.

### **GEM: Waardering van degene waar je het voor doet.**

Er is anekdotisch bewijs voor brede ervaring van zinloosheid bij behandelaars. Aan de andere kant heb je de cliënten die symptoomvragenlijsten invullen waar niets mee gedaan wordt, of kan worden.

De terugkoppeling die nu reeds beschikbaar is uit de reeds functionerende Herstelacademies en groepsbehandelingen suggereert dat GEM terecht verwachten mag dat zowel cliënt als behandelaar tevreden zullen zijn over de onderlinge relaties en het bereiken van persoonlijke doelen. Dit maakt dat behandelaars werken in de ggz zullen als zinvol ervaren. GEM gelooft dat de bestaande brain-drain in de sector veel te maken heeft met de manier waarop de sector georganiseerd is (verzuild en administratief overbelast). Dit maakt dat professionals massaal de sector verlaten omdat ze hun professionele identiteit niet kunnen terugvinden in de actuele zorgorganisatie. De GEM-reframing motiveert veel professionals die de sector verlaten hebben.



**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

## Onderdeel I Digitalisering en gegevensuitwisseling

Digitalisering is een kans om de zorg betaalbaarder, beter en passender te maken. Dit vraagt dan wel om een onbelemmerde uitwisseling van en toegang tot gegevens en een versnelling van innovaties. Het IZA stelt ambitieuze doelen. Alle kerngegevens moeten in 2025 binnen 24 uur na registratie beschikbaar zijn voor elke zorgverlener met een behandelrelatie en alle Nederlanders moeten in 2025 digitaal toegang hebben tot hun eigen zorggegevens. Een nationale visie en strategie over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg onder regie van VWS heeft de deadline nog niet gehaald.

---

### **GEM: Data op populatieniveau als vehikel voor dialoog met cliënten en burgers**

GEM is van mening dat er (te) veel data verzameld worden met beperkte validiteit. Het verhoogt de administratieve druk en zorgt niet voor vertrouwen, maar wantrouwen in de sector. GEM is ook van mening dat data cruciaal zijn voor de kwaliteitsmonitoring van de sector. GEM denkt echter dat het doel gerealiseerd kan worden door een monitoring van bestaande populatieparameters van zorgconsumptie, zorgdeterminanten en zorguitkomsten die wordt gebruikt om een co-creatiedialoog met de lokale stakeholders (burgers en mandatarissen) op te zetten over de doelen van het Ecosysteem en het vertrouwen dat het Ecosysteem haar maatschappelijke rol adequaat vervult. Een levend voorbeeld hiervan in Europa is het Conseil locale de santé mentale in Frankrijk.

**Integraal  
Zorg  
Akkoord**

Samen werken aan gezonde zorg

## *onderdeel J* **Contractering**

Met het IZA verandert er niets aan de werkwijze van de Zorgverzekeringswet. Die blijft gebaseerd op concurrentiële en individuele contracten. Zorgverzekeraars moeten wel scherper letten op de inkoop van passende zorg en verbeteringen in het contracteerproces doorvoeren. Zo zullen ze eerder duidelijkheid moeten verschaffen over welke aanbieders zijn gecontracteerd en het inkoopproces tijdig voor het einde van het jaar afronden. Tot slot zullen ze de administratieve rompslomp rond contractering moeten verminderen; een verbeterplan hierover dient in de tweede helft van 2023 gereed te zijn.

---

### **GEM-Contractering: Dialoog met de regio**

GEM gaat de dialoog aan met de sector over de betekenis van de shift in de inhoudelijke borging van het zorgverzekeringsstelsel van ziekte naar gezondheid.

We constateren dat dit kader vastgesteld werd, maar moeilijk haar plaats verwerft in de schadelastverzekering in het stelsel. We denken dat een focus op gezondheid samen met de sector ge-cocreëerd moet worden en GEM gaat hierover de dialoog aan - mede op basis van data (zie onderdeel I).

De kernelementen van GEM zoals e-Communities, het normaliseren van aandacht voor psychisch lijden en de brede beschikbaarheid van (deel-)oplossingen voor burgers, is een manier om de rol van de zorgverzekering hierin te verkennen.



## De Kern van GEM

*De grootste verandering die GEM voorstaat is dat we op gaan treden als een tot eenheid gesmede, regionale 'weerbaarheidsrespons- organisme'. Hierin besluiten de deelnemers dat ze voortaan samenwerken als een collaboratief systeem, handelend volgens een gedeeld waardensysteem, en dito doelen en processen...zonder met elkaar getrouwd te willen of moeten zijn...*

We nemen daarmee afscheid van de huidige praktijk waarin organisaties, individuen en overheden elk werken vanuit de eigen belangen en doelen. In een middelgrote gemeente, zeg 100.000 inwoners kun je al gauw een lijst met honderden namen opstellen die allemaal naar eer en geweten goed werk willen verrichten. In het Ecosysteem worden spelers uitgenodigd om daar één geoliede machine van te maken waarin al deze namen opgegaan zijn en hun inspanningen en resources gecombineerd en gecoördineerd worden met als doel 'de naald uit het rode gebied' te halen.

### de GEM aanpak omvat daartoe:

- ✓ Een RESOURCES programma om de essentiële onderdelen te ontwikkelen waarmee de bewoners die worstelen direct ondersteuning kunnen vinden;
- ✓ Een SOCIAL HOLDING strategie om bewoners in moeilijke fasen veiligheid te bieden;
- ✓ Een DEBUNKING publiekscampagne om de biologische visie op mentaal lijden te ontkrachten;
- ✓ Een BESTUURLIJK AKKOORD strategie om de noodzakelijke commitment te creëren voor de veranderaanpak;
- ✓ Een Monitoring programma om de ontwikkelingen te beoordelen



### **GEM: Moreel Kader vs Technisch Kader**

Wat wij zien als werkelijke bijdrage aan IZA dat GEM een morele dimensie toevoegt aan organisatorische en bedrijfsmatige ambities van het IZA.

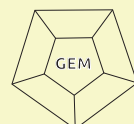
Daarin staan we niet alleen: Ook de NL-GGZ kijkt naar het IZA door de bril van haar Waardenetwerk Volwaardig Burgerschap.

Een op een moreel waardenkader gebaseerd mentaal zorgsysteem: dat is wat een ontwikkeld rijk land van zichzelf moet verwachten.

Hoe dit moreel waardenkader precies beschreven moet worden is vermoedelijk een taak voor een brede commissie en gaat enkele heidagen kosten maar wat geborgd moet worden is dat:

- ... we elkaar binnen het ecosysteem helpen en daar beschikbaar voor zijn;
- ...we binnen het ecosysteem respect hebben voor elkaars 'behandel' praktijken;
- ... we samen de verantwoordelijkheid nemen voor wat er binnen het ecosysteem gebeurt.

***Wij roepen alle regio's op om dat zorgsysteem te realiseren!***



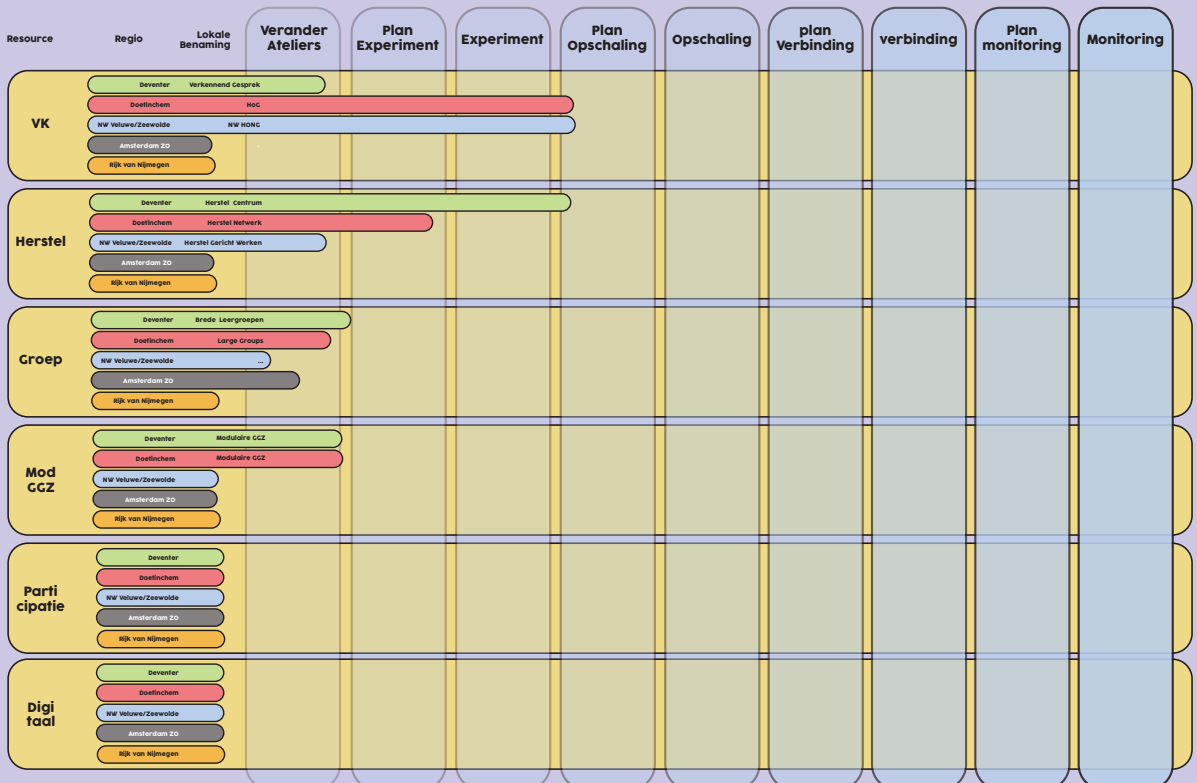
# Leerervaringen uit de regio's



De manier waarop de Visie van GEM in de praktijk gebracht wordt, wordt in de regio's lokaal en in co-creatie ontwikkeld. Dat betekent dat elke regio zijn unieke kleur krijgt en ook dat er verschillende voorstellen uitgewerkt worden om hetzelfde te bereiken. Dat stelt ons in staat om vergelijkingen te maken en er lering uit te trekken.

## Vijf reeds actieve regio's

Op dit moment zijn vijf regio's begonnen. **Doetinchem** is het eerst van start gegaan, begin 2022. Hiertoe in staat gesteld door een ZonMw subsidie. Hetzelfde geldt voor **Deventer**. In beide regio's bestaat de samenwerking uit Gemeente, meerdere GGZ instellingen, Welzijnspartijen en Huisartsen.



De **Noordelijke Veluwe** heeft met eigen middelen een start gemaakt. Anders dan in Doetinchem en Deventer, waar de GGZ als penvoerder van de ZonMw subsidie een trekkende rol speelt (resp. GGnet en Dimence), is hier GezondVeluwe (alle zorgaanbieders met gemeenten) de aanjager. De regio (200K) is hier groter dan de andere regio's.

**Amsterdam Zuidoost** is begin 2023 gestart. Hier bouwt men voort op eerdere projecten. De GGZ (Arkin) is hier de aanjager.

Tenslotte is daar **Nijmegen**. Zeer interessant want dit is de enige regio die zich richt op de Jeugd. En dat in zeven omliggende gemeentes tegelijk. Het initiatief komt van een brede coalitie met o.a. de Gemeente, de GGD en Karakter (Jeugd GGZ).

## Leerpunten

### **Start en Aanpak**

- De regio's met Nijmegen als uitzondering zijn allen 'Bottom-up' begonnen en zijn daar ook echt trots op. Wat we wel zien is dat we er misschien toch goed aan doen dat eerst de bestuurders en directeuren overeen komen wat het project van ze verwacht. Vragen als 'zijn ze in staat om straks x mensen vrij te spelen voor y uur?' 'zouden vooraf, misschien in de vorm van een convenant overeengekomen moeten worden. Dit is echt een leerpunt want 2 jaar geleden dachten we juist 'begin nou maar en dan komt de rest er wel achter aan'.
- In Nijmegen stond men erop om het project daarom te beginnen met het verkrijgen van bestuurlijk commitment.
- Waar we meer mee moeten kunnen doen, is de rol van 'het Geweten' in de persoon van de experts in de VeranderAteliers. Nu is dat een GEM aangebrachte autoriteit maar we hebben langzamerhand ook de mogelijkheid om de afgeronde ateliers in een poule te zetten en beschikbaar te maken om andere regio's te inspireren.
- Voorbeeld van bovenstaand: Dorien Cohen Stuart is nu al een 'traveling diplomat' om de Doetinchemse HOG aanpak in den lande te verspreiden
- Een idee uit Doetinchem: laat studenten Living labs organiseren bijvoorbeeld om Best Practicesop te sporen.

### **Wat is 'GEM' en wat is 'Ecosysteem'**

- Met de komst van het IZA maken we mee dat links en rechts 'een 'ecosysteem' gemaakt gaat worden. Niet altijd wordt daarmee hetzelfde bedoeld als een 'GEM ecosysteem' of wordt 'GEM' daarin betrokken. We zullen meer nadruk moeten leggen op het 'Waarde gedreven karakter' van het GEM ecosysteem.

### **Ontbrekende onderdelen**

- De diverse hulpbronnen zijn geen puntoplossingen maar



onderdelen van een integrale aanpak: daarom wilden we de regio's niet de kans bieden aan cherry picking te doen maar alle onderdelen van het ecosysteem in gezamenlijkheid te ontwikkelen. Steeds duidelijker wordt dat het geen "dingen" zijn maar drivers van een verandering.

- Het ontbreken van ateliers Jeugd, Ouderen, Gehandicapten en Participatie voelt daarmee als een gemis. Tegelijk beseffen we terdege dat we het project daarmee nog complexer zouden maken.
- Het is zinvol om na te denken of er een FACT Atelier ontwikkeld moet worden.
- Het is in elk geval noodzakelijk dat er Bestuurlijk Ateliers georganiseerd worden. Noordelijke Veluwe loopt hierin voorop.

Om tot transitie te komen dienen namelijk ook de C-suite aan een veranderproces aangesloten te worden. Immers: we creëren met elkaar de eerste versie van "het nieuwe systeem". Dat kan niet zonder daar met elkaar van te leren (faciliteren) maar ook niet zonder met elkaar te gaan beseffen "wat als het een succes wordt?".

### ***Rollen: Consuls, Trekkers, Lokale werkgroep***

- Een Trekker die in meerdere veranderateliers die rol vervult is niet ideaal.
- Sommige spelers blijken zich onzeker te voelen t.o.v anderen. Wij zelf soms ook. Om daar mee om te gaan is meer en opener contact nodig.
- Op de Noord Veluwe is Raedelijk actief als (co-)Consul. Die beschikt over mensen om ateliers te organiseren en te leiden. Dat werkt erg goed.
- Sommige regio's hebben meerdere consuls. Dat heeft voordelen
- In Amsterdam zijn de Consuls de facto Atelier Trekkers. Dat houdt de vaart erin maar het ontbreekt aan een aanspreekpunt bij de werkgroepen.
- In Amsterdam beschikken de consuls ook over creatives. De Ateliers zijn daardoor vrijer van vorm.

### ***Veranderateliers***

- Vaak komen groepen met een plan dat beschrijft wat ze nu al doen, maar dan op grotere schaal. Er moet meer nadruk komen op de uitdaging om iets dat men nog niet kan te integreren.
  - Sommige Penvoerders hebben de neiging de rol op te schalen tot projecteigenaar. Dat ondergraaft het co-creatie gevoel.
  - Ateliers moeten korter op elkaar gepland worden. Drie of vier weken na elkaar. Dat is een agenda uitdaging.
  - De HOG ateliers geven de minste problemen.
  - De Modulaire GGZ ateliers geven de meest inhoudelijke
-

weerstand. Van de GGZ wordt dan ook misschien wel de grootste transitie gevraagd.

- In de Groepen Ateliers is het soms moeilijk om werkelijke multidisciplinaire te bereiken. Er is meer inzicht nodig in elkaars toegevoegde waarde.
- Meer en meer blijken deelnemers problemen te krijgen met de inspanningen omdat ze niet vrijgespeeld worden.
- Niet alle lokale werkgroepen schrijven met plezier een doorwrocht Plan. Daartoe zijn ze natuurlijk ook niet opgeleid.

### **Opschalen**

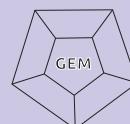
- De samenwerking met de regio projecten en de aansluiting daarop verloopt wisselend. Gezond Veluwe laat zien dat het niet onmogelijk is om een vruchtbare samenwerking te onderhouden en deze beweging te helpen aan te jagen. Dit is van eminent belang om tot succesvolle opschaling te komen. GEM zou daartoe graag samen met bestaande regionale platforms zoals Gezond Veluwe, Salland United, 8RHK Gezond de agenda vormen van de GGZ-transitie (en niet in concurrentie met- of als heel klein projectje binnen...)”.

### **IZA**

- In Doetinchem is GEM betrokken bij de inmiddels goedgekeurde ‘snelle toets’.
- In Deventer is voor het plan een consultant aangetrokken.
- In Amsterdam is het wachten op bestuurlijk commitment om tot een plan te komen.
- Op de Veluwe is besloten dat GEM de manier is om IZA aan te vliegen en worden we ook betrokken en zijn welkom bij overleg. Veluwe heeft transformatieplan en middelen aangevraagd en zit nu in proces van afstemming met de financiers.

### **Lokaal, Regionaal, Landelijk**

- Er is veel onduidelijk over afbakening tussen de projecten; Wanneer is iets Lokaal (en wordt dus gefinancierd uit potje A) of is het Landelijk (en wordt dus vooralsnog helemaal niet gefinancierd). Vanuit de Veluwe is gesuggereerd om na te denken over een soort Lumpsum die een regio in de pot stopt waaruit het GEM team haar activiteiten financiert. Tot dit GEM team worden ook lokale spelers gerekend. die elders actief zijn, bijvoorbeeld als expert of ambassadeur. Lokale activiteiten, waaronder de VeranderAteliers en Events worden dan lokaal gefinancierd.



## **Wie is Verantwoordelijk in het GEM Ecosysteem?**

• Als we het over ‘Verantwoordelijkheid’ hebben zegt GEM: het neerleggen van verantwoordelijkheid bij één persoon of organisatie is een van de grote oorzaken van de huidige problemen. Een fundamenteel uitgangspunt van GEM is juist dat organisaties SAMEN de handschoen oppakken om de HELE POPULATIE resources te bieden om DE HELE POPULATIE mentaal weerbaarder te krijgen. Als we willen dat er samengewerkt wordt dan moet je ook je systeem daarop inrichten: We zien nu waar dat toe leidt; Eén iemand verantwoordelijk houden stimuleert dat deze ene ook alles zelf zal willen doen, maar dan ook alleen maar dat (super-specialisering) of zich er niet aan waagt (doorschuiven). In het Ecosysteem heeft de Toezichthouder een belangrijke rol. Maar wel een nieuwe: De toezichthouder zal erop toezien dat er constructief samengewerkt wordt. Ook is er nog steeds een Inspectie. Deze zal in voorkomende gevallen, een suïcide of een andere dramatische gebeurtenis, ‘moreel beraad’ houden waarin wordt nagegaan of er in voldoende mate samengewerkt is en holding geboden is. Dat zullen de betrokkenen moeten aantonen. In het geval dat een individu of organisatie daarin in gebreke gesteld wordt, kan verdere deelname in Ecosysteem ter discussie gesteld worden.

## **Zware en Lichte cases**

In GEM willen we af van de categorisering in ‘Zware’ en ‘Lichte’ cases: Iemand uit zo’n ‘zware’ categorie kan baat hebben bij dezelfde hulpbronnen als iemand wiens Mentaal Lijden als ‘licht’ is bestempeld. Neemt niet weg dat er mensen zijn die zich gaan snijden en waar het op een gegeven moment zo erg wordt dat iemand rondwandelt met suïcidale gedachten. Op dat moment verwacht GEM dat iemand verantwoordelijkheid neemt. Maar let op: niet alles mag dan ook maar meteen daarheen gegooid worden! De Holding moet overeind blijven. Waarschijnlijk is het werkbaar om iedereen met een juridische maatregel automatisch in een structuur te plaatsen. De meeste van deze mensen willen zelf ook in die structuur zitten, ‘je eigen RM’, mijn crisis kaart in therapeutisch proces, een contract, als ik begin geld uit te geven, dan dit en dat....het verleden heeft me geleerd dat ik zo en zo bescherming moet krijgen.

## **Eigen regie? Is dat niet naïef? Hebben Patiënten daartoe genoeg ziekte-inzicht?**

In de opvatting van critici is ‘samen beslissen’ hooguit een cognitief proces bij wilsbekwame mensen. Deze voorstelling van zaken is echter naïef en roept een valse dichotomie op waarbij ‘samen beslissen’ neergezet wordt als een vorm van verwaarlozing indien toegepast bij ernstig zieke mensen. In

werkelijkheid is het een noodzakelijk en dynamisch proces dat inspeelt op de waarden en voorkeuren van de hulpvrager, ongeacht de ernst van de aandoening.

Neem mensen met dementie. Ook al zijn ze niet wilsbekwaam, ze kunnen toch hun grenzen aangeven in gedrag en emotionele expressie. Onderzoek toont aan dat wanneer verpleeghuispersoneel wordt getraind om deze signalen sensitief op te vangen, de bewoners rustiger en tevredener worden. Een vorm van 'samen beslissen' dus. Ook bij acute psychose zonder ziekte-inzicht is het mogelijk om 'met psychose te spreken' volgens de LEAP-methode (Listen, Empathize, Agree, Partner), waarbij 'samen beslissen' kan worden toegepast. Deze methode benadrukt het belang van empathisch luisteren en het creëren van een partnerschap tussen de hulpverlener en de patiënt, zelfs in situaties waarin dwang nodig is om gevaarlijke situaties te voorkomen.

---

### **De valse dichotomie tussen Samen Beslissen vs. Beslissen vóór bij Wilsonbekwaamheid**

Het creëren van een dichotomie tussen 'samen beslissen' en 'medische' benaderingen voor ernstige psychische aandoeningen en wilsonbekwame mensen ondermijnt de waarde van 'samen beslissen' als een dynamisch en adaptief proces dat rekening houdt met de unieke behoeften en waarden van elke hulpvrager. De verwaarlozing die vaak wordt waargenomen in de geestelijke gezondheidszorg komt niet voort uit 'samen beslissen', maar uit een gebrek eraan, in een context van gebrek aan samenwerking en een biomedisch individualistisch systeem van zorg.

In plaats van het in stand houden van deze valse dichotomie, wil GEM mensen overtuigen zich te richten op het bevorderen van 'samen beslissen' als een dynamisch en adaptief praktijkproces dat rekening houdt met de behoeften en waarden van hulpvragers, ongeacht hun cognitieve capaciteiten of de ernst van hun aandoening. Zelfs (juist!) bij dwang moet er sprake zijn van 'samen beslissen'.

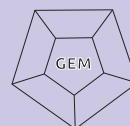
---

#### **Project of Beweging?**

GEM is in essentie een beweging met een pakket van Waarden, Aanpak en Monitoring.

Een beweging die bestaat uit meerdere samenhangende projecten.

GEM start in elke regio verschillend. In de eerste regio's met een ZonMw subsidie en door steun van de lokale stakeholders. Deze "ZonMw projecten" zijn vanaf het begin



nadrukkelijk als eerste stap van een grotere beweging en transitie gepositioneerd. In andere regio's zijn we "gewoon gestart" met enkele VeranderAteliers en vanuit een soort "guerrilla tactiek" uitgegroeid tot dé agenda voor de GGZ transitie voor de hele regio.

### **IZA; een nieuwe dynamiek**

Een jaar na de start van GEM werd ook het IZA akkoord gesloten met ongeveer dezelfde bouwstenen als in GEM.

Het IZA bracht een nieuwe dynamiek teweeg omdat het aan regio's vraagt om met een transformatieplan te komen. Waar GEM bottom-up best practices ontwikkelt, vliegt het IZA de vraagstukken meer top-down aan.

Regio's waar in sommige plekken al GEM experimenten plaats vonden, maar waar ook vele andere bloemen bloeien.

Regio's waar bestuurders enerzijds in een GEM bestuurlijk transitie traject zitten, en anderzijds zelf in organisaties transitie directeuren aanstellen. Een woud aan projecten, agenda's en belangen.

Wat opvalt is dat GEM tegelijk als dé transitie arena en ook als een "klein project", een klein onderdeelje van de te vormen grote transitie gezien wordt.

Wat we zelf zouden willen is dat GEM gezien wordt als mogelijkheid om die projecten die op WAARDEN samengaan in een gezamenlijke regionale aanpak te verenigen. Dat vraagt andere manieren van organiseren dan transities per project of per organisatie. Het vraagt een gezamenlijke verantwoordelijkheid als netwerk (VeranderAteliers/projecten EN bestuurlijk) en een veranderaanpak die de populatie centraal stelt.

### **Transitie of Project?**

Het is van het grootste belang om vanaf het begin van de aanpak op VeranderAtelierniveau (kernteam) en Bestuurlijk Niveau (directies, RvB's) steun te hebben voor het grote doel: we leren van een klein (project) als opstart van een grote transitie. Dat maakt dat we het niet op de "oude" manier als project moeten willen aansturen, maar als start van een *zwaan-kleef-aan* transitieproces. Hierin moet een netwerk van projecten en bewegingen rond dezelfde waarden gecreëerd worden waarmee een nieuwe lerende organisatie ontstaat.

### **Kwaliteit**

Hoe borgt GEM de 'kwaliteit' wordt vaak gevraagd.. Het huidige systeem leunt daarbij op de gedachte dat zij 'Evidence Based' zorg levert. GEM stelt juist dat het inzetten van uitsluitende in RCT bewezen zorg en de manier waarop we monitoren bijdraagt aan stagnatie.

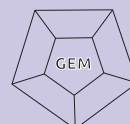


GEM monitort kwaliteit in real-time op basis van openbare data van CBS en Vektis. Deze monitor is open source beschikbaar en brengt in beeld hoe de zorgconsumptie in PC4 gebieden eruitziet. Op basis van deze data doet GEM onderzoek in hoeverre deze consumptie in de pas loopt met wat je op grond van de demografie mag verwachten. GEM streeft 6 kwaliteitsdoelen na: reductie in GGZ populatieprevalentie, EPA, Suïcides en Stigma bij een Toename in Levensverwachting en Arbeidsparticipatie.

### **Financiering**

Financiering is een stokpaardje van het huidige systeem. En dan vooral een vermeend tekort aan middelen en uit de pan rijzende kosten. Welnu: dat er een tekort is zou je als 'fake news' kunnen bestempelen: we geven in Nederland aan zorg uit wat volgens de UNHCR normaal is voor een westers ontwikkeld land. De vraag die GEM opwerpt: wordt dat geld doelmatig besteed? Bedenklijk is dat Minstens 60% van de ggz-kosten zit in dure Trajecten, je ziet dan ook dat veel regio's een combinatie laten zien van kosten per verzekerde en kosten per unieke patiënt. Maar er is ook een fundamentele probleem: Als je ziet wat de focus op 'Ziekte' en 'Genezen' (niet alleen binnen de GGZ, ook in de Somatische zorg) in euro's kost, zijn we blij dat GEM zich daarvoor niet hoeft te verantwoorden.

GEM heeft berekend dat het zichzelf bedruipt met geld dat je wint door terugbrengen van GZ psycho-diagnostiek.



# De Proposities aan de GEM regio's

---

*Eén van de afspraken in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) is dat de regio samenwerkingsafspraken maakt tussen sociaal domein, huisartsen en ggz voor mensen met mentale klachten en met problemen op andere levensdomeinen. Op basis van de ervaringen in de afgelopen jaren heeft GEM drie samenhangende proposities geschreven om hoe we als lokaal/landelijke coalitie in drie opeenvolgende stappen tot een functionerend Ecosysteem kunnen komen om daarmee de IZA ambities waar te maken.*

---

Als een nieuwe regio of een nieuwe gemeente in een bestaande regio wil starten met de GEM aanpak is het belangrijk om met elkaar na te gaan of er een “click” is op het gebied van gezamenlijke waarden en aanpak. In veranderkundige termen gaat het hierbij niet alleen om het omarmen van de visie op mentale gezondheid, maar ook om te kijken of we het met elkaar eens zijn dat het oude systeem (“A”) niet meer voldoet, en dat ook de aanpak die we al jaren met elkaar uitvoeren niet tot de gewenste transitie leidt (namelijk tot A' en niet tot de B, het nieuwe dat we zoeken). En zijn we het erover eens dat, om tot die B te komen, we ook op een andere manier zullen moeten gaan leren.

## **1. de Start Propositie: DE PROEVERIJ, DE QUICKSCAN & CONTRACTERING**

Deze zaken worden aangepakt in de Start Propositie en bestaat uit drie onderdelen:

- 1: een “Proeverij” om met elkaar inhoudelijk in proces te komen rond waarden en aanpak.
- 2: een “Quick Scan” met de regio: wat is er al aanwezig?.
- 3: “Contractering”: gaan we samen aan de slag? Afspraken over doelen, aanpak, rollen, randvoorwaarden.

### **De Proeverij**

Om als regio te willen starten zijn minimaal de volgende stakeholders nodig: Gemeente, GGZ instelling, Welzijnspartij en Huisarts. In het geval van een opstart vanuit Jeugd of Ouderen uiteraard aan te vullen met andere partners.

Zij vormen samen met GEM het regionale Kernteam. In een

traject van een maand doorlopen zij een programma waarin een dialoog rond de GEM Waarden en - Aanpak gevoerd wordt. Een uitwisselings- en bewustwordingsproces dat tot consensus moet leiden waarop we al dan niet verder gaan met de volgende twee stappen.

### ***De Quickscan***

In een periode van een maand wordt met een regio een quickscan uitgevoerd. Hierin wordt onder andere gekeken naar de huidige zorgconsumptie, de resources die al voorhanden zijn, de mensen en overlegstructuren die al aanwezig zijn. De laatste worden uitgenodigd om zitting te nemen in kernteam.

### ***De Contractering***

Als beide eerste stappen positief doorlopen zijn, worden afspraken gemaakt voor de volgende stap rond doelen, rollen, tijdslijnen en begroting binnen een team dat bestaat uit regionale en landelijke partners.

## **GEM Aanpak: 4 elementen**

Als een regio met GEM in zee gaat commiteert ze zich aan:

- ✓ de GEM Visie op Mentaal lijden;
- ✓ VeranderAteliers als co-creatief leerprogramma;
- ✓ Bestuurlijke Ateliers om een 'Lerende Organisatie' te worden;
- ✓ Monitoring op Populatie nivo als beoordelings instrument;



### **2. de Creatie Propositie:**

#### **ONTWIKKELEN VAN EEN EERSTE VERSIE VAN HET ECOSYSTEEM**

Nu er een “click” is op waarden en aanpak en er afspraken zijn gemaakt over de rollen in de samenwerking kunnen we met elkaar van start met het bottom-up opkweken van de eerste versie van het Ecosysteem: de “B”;

Ook deze fase bestaat uit drie onderdelen.

- 1: de VeranderAteliers uitvoeren om tot experimenten, leerervaringen en plannen te komen:
- 2: het vormgeven van een lerende organisatie (kernteam en bestuurlijke leerlijn)
- 3: het vormgeven van een transitie organisatie.

Het ontwikkelen van “B” staat centraal. Kernteam, consuls en Atelier-trekkers zijn als “onafhankelijk van de oude organisaties” als regio’s verantwoordelijk voor de realisatie.

Bestuurders leren van “B”, faciliteren “B” en ontwerpen in een gezamenlijk leertraject een plan dat zowel opschaalt, verbindt als afbreekt en verschuift.

### **3. de Emergentie Propositie:**

#### **“B” ALS TRANSITIEORGANISATIE RICHTING ONBEKEND TERREIN**

Fase 2 is afgesloten met een eerste versie van het Ecosysteem (de “B”). Dit is een miniatuur versie van het Ecosysteem. We bedienen dan 15-20% van de ‘GGZ-populatie (=10% van de inwoners). Met dergelijke aantallen zijn significant genoeg om te monitoren zodat we onze inspanningen kunnen vergelijken met uitgangssituaties en andere regio’s.

Het is ook het moment dat de kat aan de bel is gebonden: vanaf nu gaan we richting Vraagteken. Deze gaat emergent ontstaan doordat we het systeem in transitie hebben gebracht.

Gelukkig hebben we de transitieorganisatie opgesteld die tot taak heeft adequaat te reageren op de uitdagingen die hieruit voortvloeien.

Deze 3 Proposities brengen onze projecten rond 2028 tot het IZA eindpunt en daarmee halverwege de GEM-Moonshot.

*Regio’s die al een of twee jaar bezig zijn lopen wellicht niet synchroon met deze, op basis van voortschrijdend inzicht opgestelde proposities. In dat geval stellen we voor te ‘hercontracteren’.*









melk  
bestaand succes uit

OPTIMALISEER

NEEM RISICO

MANAGE CRISIS

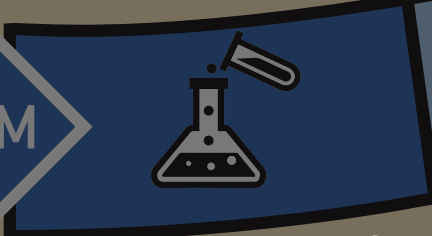
A  
verschuif  
resources  
B

creëer  
windows of  
opportunity

grijp kansen als die  
zich voordoen

pareer  
bedreiging

daag de  
gevestigde orde  
uit



VERBIND

EXPERIMENTEER

EXPANDEER

wakker  
de droom aan

Design: Reframing Studio  
Beeld: Reframing Studio *tenzij anders aangegeven*  
Licentie: Creative Commons Attribution Share Alike  
(CC-BY-SA)

X-Curve: Studio Drift

Amsterdam, oktober 2023

GEBASEERD OP X-CURVE STUDIO