

Organisatie van Herstelgericht Werken
in de Langdurig Klinische Geestelijke Gezondheidszorg
De Meest Relevante Organisatiefactoren in Beeld

Thesis

***MBA Healthcare Management
Amsterdam Business School
Universiteit van Amsterdam***

Gerard van Unen



Organisatie van Herstelgericht Werken
in de Langdurig Klinische Geestelijke Gezondheidszorg
De Meest Relevante Organisatiefactoren in Beeld

Copyright © de Nederlandse ggz

Piet Mondriaanplein 25

3812 GZ Amersfoort

Maart 2023

G.J. van Unen MSc MBA

Prof. dr. J. van den Heuvel, supervisor MBA HM UvA

Drs. M. Verbeek, supervisor de Nederlandse ggz

Dankwoord

Met het onderzoek naar de organisatie van herstelgericht werken in de langdurig klinische geestelijke gezondheidszorg studeer ik af aan de MBA Healthcare Management van de Universiteit van Amsterdam. Ik ben een woord van dank verschuldigd aan de Nederlandse ggz die mij de opdracht voor dit onderzoek gunde, en aan het werkveld dat hier intensief aan heeft meegewerkt. We hebben samen geprobeerd om meer grip te krijgen op de soms lastig te doorgronden organisatie van de behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met een ernstige psychische aandoening. Rest mij eenieder die mij geholpen heeft om de MBA te kunnen afronden te bedanken, in het bijzonder mijn studiegenoten, de docenten en mijn supervisors. Tot slot een lieve groet aan mijn Chris, zonder wie dit echt niet gelukt was!

Gerard van Unen
Amsterdam

Managementsamenvatting

In de langdurig klinische geestelijke gezondheidszorg wordt op veel plekken steeds meer herstelgericht gewerkt, dat wil zeggen dat de teams op de verblijfsafdelingen cliënten met een ernstige psychische aandoening actief ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Herstel is hier niet hetzelfde als genezen; het gaat om persoonlijke processen van mensen die proberen om ondanks de desastreuze gevolgen van hun aandoening het dagelijks leven successievelijk weer op te pakken. Herstelgericht werken draagt bij aan de kwaliteit van leven en komt in de triade tussen de cliënt, diens naasten en professionals tot stand. Om dat goed te kunnen doen heeft de ggz in aanvulling op de al langer bestaande rehabilitatiemethodieken het ART-model ontwikkeld, de 'Active Recovery Triade'. Volgens zorgaanbieders is de implementatie van ART een betrekkelijk intensief verandertraject, dat met vallen en opstaan wordt doorlopen. Zij verschillen van elkaar qua organisatie van zorg bij herstelgericht werken. Met het voorliggende onderzoek naar de impact van een zestal organisatiefactoren op de mate van herstelgericht werken is niet gestopt bij de norm over hoe het zou moeten (ART), of wat er uiteindelijk aan wordt uitgegeven (kostenonderzoeken NZa), maar is stilgestaan bij wat zorgaanbieders in de dagelijkse praktijk precies doen. Uit het onderzoek komt naar voren dat de meeste zorgaanbieders goed op weg zijn met ART. Het strategisch organisatiebeleid van zorgaanbieders en ook de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van teams hebben de meeste impact hierop. Toch kunnen de onderzochte afdelingen hier nog wel een paar belangrijke stappen zetten. Zij zijn gebaat bij hoger opgeleid en beter gekwalificeerd personeel en bij kleinere, maar breder samengestelde multidisciplinaire teams. Ook hebben zij de blik nog veel naar binnen gericht, terwijl hun verbeterpotentieel vooral buiten de afdeling ligt. Door meer gebruik te maken van het lokale en regionale faciliteiten- en voorzieningenaanbod (zoals resourcegroepen, herstelwerkplaatsen en herstelacademies) en te anticiperen op wat elders ontwikkeld is, hoeven afdelingen zelf minder op touw te zetten of in de lucht te houden. Afdelingen die hier verder in zijn werken doorgaans effectiever en efficiënter. Geconcludeerd wordt dat zorgaanbieders zelf veel invloed hebben op het al dan niet herstelgericht werken op de werkvloer. Er valt qua beleid dus op te sturen, maar om geheel volgens het ART-model aan de slag te gaan zullen zorgaanbieders wel in gesprek moeten met de zorgkantoren en de NZa, over de koppeling tussen uitgaven aan en kwaliteit van herstelgerichte zorg.

Inhoudsopgave

Colofon	2
Dankwoord	3
Managementsamenvatting	4
Inhoudsopgave	5
I – Inleiding	7
II – Theoretisch kader, doelstelling en onderzoeksvraag	11
A Theoretisch kader	11
B Doelstelling onderzoek	19
C Onderzoeksvraag en onderzoeksdeelvragen	20
III – Onderzoeksmethode	21
A Conceptueel raamwerk	21
B Onafhankelijke variabelen – operationalisatie organisatiefactoren	21
C Afhankelijke variabele – operationalisatie mate van herstelgericht werken	30
D Populatie en steekproefgrootte	32
E Dataverzameling – 2 enquêtes	32
F Data-analyse	35
IV – Onderzoeksresultaten	41
A Samenstelling cliëntgroep(en) op de verblijfsafdelingen	41
B Gebouwen en inrichting verblijfsafdelingen	43
C Faciliteiten en/of voorzieningen op of in de buurt van verblijfsafdelingen	53
D Kwantitatieve samenstelling van multidisciplinaire teams	59
E Kwalitatieve samenstelling van multidisciplinaire teams	74
F Organisatiebeleid over herstelgericht werken	76
G De mate van herstelgericht werken op de verblijfsafdeling – totaalscore ART	78
H De mate van herstelgericht werken op de verblijfsafdeling – scores per item	79
I Onderlinge relatie tussen de zes organisatiefactoren en herstelgericht werken	83

V – Discussie	89
Referenties	96
Figuren- en tabellenlijst	100
Afkortingenlijst	103
Bijlagen	105
Bijlage I – Uitgangspunten ART	106
Bijlage II – Conceptueel raamwerk	107
Bijlage III – Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen	108
Bijlage IV – Handleiding vragenlijst deNLggz organisatie Wlz-zorg	115

I – Inleiding

Veel zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zeggen bij het aanbieden van langdurige klinische ggz niet meer kostendekkend te kunnen werken tegen de huidige tarieven in de Wet langdurige zorg (Wlz). Het gaat om de Wlz-tarieven voor de integrale zorgzwaartepakketten (zzp's) ggz-behandeling 4, 5, 6 en 7 en ggz-wonen 2, 3, 4, 5 (1) ten behoeve van mensen met een ernstige psychische aandoening (2). De zorgaanbieders durven niet langer in te staan voor de vereiste kwaliteit en veiligheid van deze zorg. Andere zorgaanbieders daarentegen zeggen dezelfde zorg nog wel kostendekkend te kunnen leveren zonder dat de kwaliteit van zorg eronder lijdt. De Nederlandse ggz, die namens zorgaanbieders in de ggz op landelijk niveau overleg voert over de Wlz met stakeholders als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Zorginstituut (ZiN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de zorgkantoren, wil graag weten waarin de zorgaanbieders qua organisatie van zorg onderling van elkaar verschillen en welke impact dat heeft op de kwaliteit van de zorg. Maar wat verstaat dit deel van het werkveld onder kwaliteit?

Beekman en Ter Avest (3) zeggen hierover het volgende: *“De ggz is de laatste jaren volop in beweging. Tegen de achtergrond van afspraken over ambulantisering en transitie in het sociale domein zijn er tal van initiatieven om de ggz inhoudelijk te vernieuwen. Begrippen als herstel, zelfmanagement en shared decision making fungeren daarbij als richtingwijzers. Tot voor kort bleef de groep cliënten in de langdurende verblijfszorg relatief onderbelicht in deze vernieuwingsbeweging.”* Herstel in de langdurige ggz is niet hetzelfde als genezen. Van Mierlo et al. (ibid.) leggen uit dat herstel verwijst naar persoonlijke processen van mensen die proberen om ondanks de desastreuze gevolgen van hun aandoening hun leven weer op te pakken. Het gaat hierbij niet alleen om herstel van de lichamelijke en psychische gezondheid, maar ook om herstel van identiteit, het dagelijks leven en participatie.

In Nederland zijn rond de 37.000 mensen afhankelijk van langdurige geestelijke gezondheidszorg en ondersteuning. Om en nabij 7.000 van hen verblijven op een klinische afdeling voor langdurig verblijf ofwel een verblijfsafdeling in de ggz. Ook Zomer et al. (4) stellen vast dat mensen met een ernstige psychische aandoening vooralsnog weinig hebben kunnen profiteren van de herstelgerichte benadering, die in de eerste twee decennia

van de 21e eeuw steeds meer voet aan de grond kreeg in de ggz. De auteurs constateren dat de traditionele probleemgerichte benadering in met name de klinische settingen nog hoogtij viert. Zomer zegt hierover: *“Internationally, the concept recovery has gained increased attention in mental healthcare. Particularly for people with severe mental illnesses (SMI), recovery has become an important issue and is acknowledged in (inter)national policy (5 – 14).”* Met de ontwikkeling van High & Intensive Care's (HIC's), Flexible Assertive Community Treatment (FACT) en Intensive Home Treatment (IHT) gedurende de afgelopen jaren is de herstelgerichte benadering in Nederland weliswaar verdisconteerd in het zorgaanbod van de kortdurende klinische ggz respectievelijk de wijkgerichte ggz, maar dus onvoldoende in de langdurig klinische ggz.

Ervan overtuigd dat herstel (15) ook voor mensen met een ernstige psychische aandoening binnen bereik is, hebben Van Mierlo et al. (3) daarom samen met allerlei vertegenwoordigers uit het werkveld in de periode 2014 – 2016 het Active Recovery Triad-model (ART-model) ontwikkeld, een heel nieuw integraal zorgmodel. Het ART-model combineert een actieve rol/houding voor professionals, zorgvragers en belangrijke anderen, met de focus op herstel van cliënten en een goede onderlinge samenwerking in de triade van cliënten, naasten en professionals. Deze uitgangspunten van ART zijn vertaald in zeven cruciale stappen voor professionele zorgverlening (16) en een modelgetrouwheidsschaal (de ART-monitor), met praktische richtlijnen voor teams die het ART-model in de praktijk willen implementeren. Het ART-model sluit aan op (aandoening gerelateerde) kwaliteitsstandaarden in de ggz (17) en een aantal generieke modules over ernstige psychische aandoeningen (18). De kwaliteitsstandaarden en generieke modules zijn opgenomen in het register van het ZiN (19) en worden onderhouden door de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ). Voor het ART-model geldt dat nog niet, maar het werkveld zelf ziet het model als een aanvullende veldnorm op al langer bestaande rehabilitatiemethodieken als de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH), met concrete handvatten voor herstelgerichte zorg op de werkvloer. De herstelgerichte benadering en het ART-model sluiten ook goed aan op het concept 'passende zorg' van het ZiN en de NZa (20), zorg die volgens de beide instituties samen met de patiënt tot stand komt en niet over ziekte gaat, maar over gezondheid en preventie. Hetzelfde geldt voor de begrippen 'eigen regie' en 'zelfmanagement' bij herstel, omdat die uitgaan van en een beroep doen op het gezonde functioneren van de cliënt. Zelfmanagement zou

volgens Vermeer (21) meer moeten uitgaan van de individuele mogelijkheden van de cliënt. Het blindelings volgen van richtlijnen (de van oudsher probleemgerichte benadering) zou volgens hem plaats moeten maken voor meer maatwerk en zorg die past bij de actuele situatie van de cliënt. Dit leidt tot intrinsieke motivatie bij cliënten, met meer kans op succes. Maar dat heb je als verblijfsafdeling in de langdurige ggz niet in een keer voor elkaar. Volgens zorgaanbieders is de implementatie van herstelgericht werken een betrekkelijk intensief verandertraject, dat met vallen en opstaan wordt doorlopen.

Daar waar het werkveld zichzelf met behulp van het ART-model een norm had gesteld met betrekking tot herstelgericht werken, was de organisatie van zorg op de verblijfsafdelingen hier in 2016 nog niet op ingericht. Dat bleek ook uit een kostenonderzoek van KPMG (22), op basis waarvan de NZa in 2018 lagere maximum Wlz-tarieven vaststelde dan volgens het werkveld strikt gezien noodzakelijk was. Daarom stelden de zorgaanbieders in de gesprekken met de NZa een principieel punt ter discussie; in het onderzoek van KPMG ontbraken kwaliteitsnormen, die van belang zijn bij het bepalen van de vereiste inzet van mensen en middelen per zorgprestatie. Desgevraagd gaven de Nederlandse ggz en de zorgaanbieders aan graag volgens het ART-model te willen gaan werken, maar dat dit financieel gezien nog niet haalbaar was. Op uitnodiging van de NZa hebben zij vervolgens berekend wat de implementatie van het ART-model per zorgprestatie zou kosten. Op basis hiervan concludeerde de NZa dat de ggz een slordige €130 miljoen per jaar tekortkomt om de zorg in overeenstemming met het ART-model daadwerkelijk te kunnen leveren. Het ART-model zelf echter was nog niet als (onderdeel van een) kwaliteitskader opgenomen in het Register van het Zorginstituut. Mede daarom hield het ministerie van VWS destijds vast aan de uitkomsten van het kostenonderzoek door KPMG, ondanks pogingen van de Nederlandse ggz om het ART-model bij alle stakeholders voor het voetlicht te brengen.

Het voorliggende onderzoek naar de organisatie van herstelgerichte zorg op de verblijfsafdelingen in de langdurig klinische ggz is erop gericht om organisatiefactoren die van invloed zijn op herstel, zoals de samenstelling van een cliëntgroep, de huisvesting, diverse faciliteiten en/of voorzieningen, de samenstelling van een team en het organisatiebeleid beter te kunnen doorgronden. Die informatie ontbreekt tot nu toe. Vervolgens krijgt die informatie meerwaarde als zij wordt afgezet tegen de geleverde of te leveren kwaliteit van

zorg op diezelfde afdelingen. Nieuw in dit onderzoek is daarom de kwaliteitscomponent, het door het werkveld zelf ontwikkelde ART-model met betrekking tot herstelgericht werken. Volgens Drummond et al. (23) helpt zo'n systematische analyse bij het identificeren van de meest relevante organisatiefactoren en bij het kiezen van een bepaald perspectief (hier dat van de zorgaanbieder). Het onderzoek stopt dus niet bij de norm over hoe het zou moeten (ART) of wat er uiteindelijk aan is uitgegeven (NZa/ KPMG), maar staat stil bij wat zorgaanbieders in de dagelijkse praktijk doen om ART mogelijk te maken. Dat is nog niet eerder gebeurd.

Hoofdstuk II van dit onderzoeksverslag gaat dieper in op het theoretisch kader met betrekking tot herstelgericht werken en behandelt achtereenvolgens mensen die lijden aan een ernstige psychische aandoening, de inhoud van herstelgericht werken en wat dat betekent voor de organisatie van zorg op de afdelingen. Het vormt het vertrekpunt voor de probleemstelling, waarin het doel van dit onderzoek en de onderzoeksvraag en onderzoeksdeelvragen zijn uitgewerkt. Vervolgens wordt in hoofdstuk III de onderzoeksmethode uiteengezet. Er wordt stilgestaan bij het conceptueel raamwerk en de operationalisatie van de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele, de populatie en de steekproefgrootte en de wijze waarop de data zijn verzameld en geanalyseerd. In hoofdstuk IV worden met behulp van beschrijvende statistiek de onderzoeksresultaten gepresenteerd. In de discussie in hoofdstuk V worden tot slot conclusies getrokken en enkele aanbevelingen gedaan.

II – Theoretisch kader, doelstelling en onderzoeksvraag

A Theoretisch kader

De belangrijkste begrippen ‘ernstige psychische aandoening(en)’, ‘herstelgericht werken’ en ‘organisatie van zorg’ dienen verder te worden uitgewerkt. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur en aanvullende documentatie is bepaald om welke cliënten of cliëntgroepen het in het voorliggende onderzoek gaat, wat er verstaan wordt onder herstelgericht werken en wat dit betekent voor de organisatie van zorg op de verblijfsafdelingen in de langdurige ggz.

Ernstige psychische aandoeningen

De definitie van ernstige psychische aandoeningen wordt gevonden in ‘Over de Brug, Plan van Aanpak voor de Behandeling, Begeleiding en Ondersteuning bij Ernstige Psychische Aandoeningen’ (3): *“Bij mensen met ernstige psychische aandoeningen is er sprake van ernstige psychopathologie, langdurige beperkingen, meerdere zorgbehoeften en de noodzaak om behandeling, begeleiding en ondersteuning op meerdere levensdomeinen op elkaar af te stemmen. Mensen met psychotische aandoeningen vormen de grootste groep, maar ook velen met een angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornis of een verslaving behoren tot de groep met ernstige psychische aandoeningen.”*

In het voorliggende onderzoek gaat het om mensen met een ernstige psychische aandoening die voldoen aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz. Volgens de Memorie van Toelichting (MvT) van de Wlz (24) hebben zij blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg nabij. De benodigde zorg wordt geboden op verblijfsafdelingen bij 25 zorgaanbieders van langdurig klinische ggz. In de Wlz wordt gebruik gemaakt van een definitie van psychische aandoeningen door het Zorginstituut Nederland (ZiN). Het ZiN hanteert voor de Wlz dezelfde definitie als voor de Zorgverzekeringswet (Zvw), gebaseerd op de vijfde versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen van de

American Psychiatric Association. Alle aandoeningen of stoornissen die in de DSM-5 zijn opgenomen vallen onder de geneeskundige ggz, alle overige psychische problemen niet.

In de MvT van de Wlz wordt de term ‘ernstig(e)’ als volgt gedefinieerd: “Als gevolg van hun psychische aandoening hebben deze mensen op veel levensdomeinen onvoldoende of geen regie, in hun dagelijks functioneren onvoldoende of geen probleemoplossend vermogen en/of kunnen zij niet op relevante momenten hun hulpvraag stellen. De ziektebeelden zijn divers. Het psychiatrische ziektebeeld kan stabiel zijn, maar ook zeer fluctueren. Enkele voorbeelden (niet limitatief) betreffen schizofrenie, autisme of specifieke ziektes/syndromen als Huntington, Korsakov of gerontopsychiatrie. In de DSM-5 worden ook de verstandelijke handicap en de psychogeriatrische aandoening genoemd. Deze aandoeningen behoren nu al tot de grondslagen van de Wlz (ibid.).” Bij veel cliënten in de Wlz is sprake van co morbide of multi morbide problematiek, dat wil zeggen dat zij naast hun ernstige psychische aandoening ook vaak te maken hebben met lichamelijke problematiek, een (al dan niet licht) verstandelijke beperking of een verslaving, of een combinatie hiervan.

“Het overgrote deel van de ggz-cliënten die tot de EPA-groep (25) behoren, ontvangt tegenwoordig ambulante zorg. Maar ongeveer 7 procent van deze groep is aangewezen op langdurige intensieve zorg in de vorm van een beschermde woonvorm of een verblijfsafdeling van een ggz-instelling (26).” Aandoeningen waaraan deze mensen lijden hebben vaak een chronisch beloop met onvolledig herstel (27 – 28). Volgens Van Mierlo et al. (3) zijn zij vaak al vroeg in hun leven geconfronteerd met klachten en symptomen van een psychiatrische stoornis, die zodanig ernstig zijn dat zij hierdoor weinig tot geen kans hebben (gehad) om aan de samenleving deel te nemen. “Ze hebben weinig tot geen familie contacten of vrienden, een laag opleidingsniveau of helemaal geen diploma’s, en weinig werkervaring. Nog sterker dan binnen de hele groep mensen met ernstige psychische aandoeningen zien we bij deze cliënten problemen op meerdere levensgebieden. Denk hierbij aan medicatieresistentie (29), drugsproblematiek, polyfarmacie, cognitieve beperkingen (30 – 31), problemen in lichamelijke gezondheid (32) en zelfzorg (33) en psychosociaal disfunctioneren (34). Het langdurige verblijf in beschermde of klinische woonomgevingen heeft in de meeste gevallen geleid tot verdere hospitalisatie, stigmatisering en verlies van identiteits- en omgevingsbesef. Hieruit volgt dat meedoen in de samenleving, uitgaan van eigen kracht en persoonlijk herstel voor deze mensen verre vanzelfsprekend zijn. Bovendien worden de positieve resultaten van behandel- en rehabilitatieprogramma’s dikwijls tenietgedaan door afwijzende reacties in de

samenleving.” Het zijn deze mensen die behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg nabij. De MvT van de Wlz geeft aan dat 24/7 zorg niet voortkomt uit de psychische aandoening an sich, maar uit de invaliderende gevolgen van de aandoening in het dagelijks leven van mensen zoals hiervoor beschreven.

De complexiteit of zorgzwaarte komt tot uitdrukking in de indicatiestelling van het onafhankelijk Centrum voor Indicatiestelling Zorg (CIZ); mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen bij het CIZ een indicatie aanvragen voor zorg op grond van Wlz. Het voorliggende onderzoek beperkt zich tot de integrale zorg (verblijf met een behandel- én begeleidingscomponent) op verblijfsafdelingen in de langdurige ggz volgens de (integrale) zorgzwaartepakketten (zzp's) ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4 (psychiatrie en somatiek) en ggz-b5/w3 en ggz-b7/w5 (psychiatrie en gedragsproblematiek). Omdat er voor langdurig klinisch verblijf in de Wlz alleen zzp's bestaan, blijven alle andere leveringsvormen hier buiten beschouwing.

Welke zorg daadwerkelijk geleverd wordt op de verblijfsafdelingen varieert sterk in de dagelijkse praktijk. Er zijn afdelingen die zorg aanbieden aan cliënten met eenzelfde zzp (bijvoorbeeld alleen zzp ggz-b4/w2, of ggz-b7/w5); dit zijn homogene cliëntgroepen van cliënten met dezelfde problematiek én in dezelfde zorgzwaarte. Daarnaast zijn er afdelingen die zorg aanbieden aan cliënten met verschillende zzp's. De combinatie zzp ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4, en de combinatie zzp ggz-b5/w3 en ggz-b7/w5 komen veel voor; ook dit zijn homogene cliëntgroepen van cliënten met weliswaar dezelfde problematiek, maar in verschillende zorgzwaartes. Tot slot is er een categorie afdelingen met heterogene cliëntgroepen, waar cliënten met verschillende problematiek én in verschillende zorgzwaartes voorkomen.

Uit gesprekken met psychiaters, klinisch psychologen, gz-psychologen en verpleegkundig specialisten ggz (de behandelaars) en uit overleg met de werkgroep Wlz van de Nederlandse ggz blijkt, dat de samenstelling van de cliëntgroep(en) op een verblijfsafdeling ertoe doet; hoe homogener de groep cliënten, hoe beter de afstemming van het benodigde zorgaanbod op hun specifieke zorg- en ondersteuningsvra(a)g(en). Verondersteld wordt dat dit de mate van herstelgericht werken beïnvloedt. Daarom wordt de samenstelling van cliëntgroepen als organisatiefactor onderzocht, het is een van de zes samengestelde onafhankelijke variabelen.

Herstel en herstelgericht werken

Wat betekent herstel of herstelgericht werken? Herstel in de langdurige ggz is zoals gezegd niet hetzelfde als genezen. Van Mierlo et al. (3) leggen uit dat herstel verwijst naar de persoonlijke processen van mensen die proberen om ondanks de desastreuze gevolgen van hun aandoening hun leven weer op te pakken. Zij halen Davidson (2012) aan: *“Learning to live better in the face of mental illnesses.”* Een herstellende cliënt verandert volgens de auteurs zijn zelfbeeld, verzamelt moed, formuleert wensen en herwint het geloof in eigen kunnen. *“In het herstelproces openbaart zich gaandeweg de innerlijke vrije ruimte van keuzemogelijkheden, buiten de diagnose, behandeling en ontwrichting om (36).”* Zo wint het individu van de cliënt terrein terug op de ziekte en het stigma. *“Dit vraagt van hulpverleners om gelegenheid te bieden voor die (diagnose)vrije ruimte, opdat hun hulp goed kan aansluiten op het herstelproces (ibid.).”*

Volgens Van Mierlo et al. (3) kan het herstelproces in verschillende dimensies worden onderverdeeld: herstel van gezondheid, identiteit, dagelijks leven en participatie. *“Herstellen is behalve een individueel ook een sociaal proces: cliënten moeten ook herstellen van stigmatisering en sociale uitsluiting. Herstel is dus nauw verbonden met sociale inclusie en mogelijkheden om gewenste sociale rollen te vervullen. Daarmee komen we bij het begrip ‘rehabilitatie’, dat eveneens sterk verbonden is met hoop, perspectief en vooruitgang.”* Rehabilitatie wordt omschreven als: *“Mensen met ernstige beperkingen helpen beter te functioneren zodat ze met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten kunnen hebben in een omgeving van eigen keuze, met zo min mogelijk professionele hulp. Daarmee draagt rehabilitatie dus met name bij aan het maatschappelijk herstel van cliënten. Er zijn passende methodieken nodig om deze opdracht uit te voeren (37 – 38).”* Volgens Van Mierlo et al. (3) is rehabilitatie enerzijds een zorgaanbod dat de maatschappelijke participatie van ggz-clients bevordert en anderzijds een sociale beweging die emancipatie van deze groep nastreeft en die nauw verwant is aan de herstelbeweging.

Voor de dimensie ‘herstel van gezondheid’ gebruiken de auteurs de [vertaalde, aut.] definitie van Huber (39): *“Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Gezondheid betekent zich kunnen aanpassen aan verstoringen, veerkracht hebben en een balans weten te handhaven of te hervinden zowel lichamelijk, geestelijk als maatschappelijk.”* Cliënten

hebben volgens hen niet alleen recht op goede psychische of psychiatrische zorg, maar ook op goede lichamelijke zorg. De samenhang tussen de fysieke gezondheid, psychisch welbevinden en sociale tevredenheid vormt het uitgangspunt van de ART-behandeling, waarbij goede samenwerking vereist is met onder anderen huisartsen, tandartsen en het sociaal (welzijns)werk.

Bij herstel van identiteit gaat het volgens Van Mierlo et al. (*ibid.*) om herontdekken wie je bent en wat je wilt: *“Persoonlijk herstel draait om het terugwinnen van autonomie en zelfbepaling. Vaak is men ver verwijderd geraakt van het eigen levensverhaal. Zowel cliënten zelf als hulpverleners hebben het gaandeweg uit het oog verloren. Dit vormt een belangrijke barrière voor het herstelproces.”* Aandacht hiervoor is volgens de auteurs van groot belang en naasten van cliënten (familie, vrienden of andere betrokkenen) kunnen hierin van grote waarde zijn. Het ART-model is daarom volledig gestoeld op werken in de triade, mét cliënten zelf en mét deze naasten.

Herstel van het dagelijks leven is eveneens van belang: *“Zorgen met de handen op de rug en zo de cliënt stimuleren langzaamaan zelfstandiger te worden, waarbij rekening gehouden dient te worden met de cognitieve capaciteiten van de cliënt. Binnen ART is specifiek aandacht voor deze levensaspecten en het herstellen van een gezond dagritme. Er wordt training aangeboden om het dagelijks leven weer zelf op te kunnen pakken, al dan niet met steun van anderen. Je huis op ruimen, boodschappen doen, vrienden opzoeken, op zoek gaan naar hobby’s enzovoort, zijn activiteiten die binnen ART actief worden opgepakt (*ibid.*).”* De uitgangspunten van ART zijn te vinden in bijlage I, zij vormen de basis voor werken volgens, in overeenstemming met de ART-monitor (herstelgericht werken op een verblijfsafdeling).

De auteurs hebben dit verder uitgewerkt voor de implementatie van ART in de praktijk. Zij besteden vooral aandacht aan het (op)bouwen van draagvlak voor ART, de verbinding met beleid en procedures, de noodzakelijke investeringen in het team en het monitoren en/of evalueren van herstelgericht werken met behulp van gevalideerde meetinstrumenten (onder andere de ART-monitor, ROPI en I-ROC). Dit bevestigt de keuze voor het gebruik van de zes samengestelde onafhankelijke variabelen in het voorliggende onderzoek (zie hierna). Verder stellen de auteurs dat de implementatie van het ART-model gebaat is bij structurele scholingsactiviteiten, onderzoek (naar onder andere de (kosten)effectiviteit van het model) en een duidelijk beschreven strategisch kader binnen de

instellingen die ermee werken. Zij geven 10 implementatietips voor teams die hiermee aan de slag gaan of al mee bezig zijn.

Tot slot besteden Van Mierlo et al. (3) aandacht aan herstel van maatschappelijke rollen. Het vinden en kunnen behouden van een baan of een opleiding, mee kunnen doen aan het sociale leven, zijn volgens de auteurs belangrijke ankers in een herstelproces. *“ART zet daarom in op het begeleiden van mensen naar een passende en betekenisvolle daginvulling, waar mogelijk werk of opleiding, en op sociale inclusie. Daarin past het actief inzetten van trajectbegeleiders, acquisitie en ingang bij maatschappelijke ondernemingen, de inzet van Recovery Colleges [herstelacademies, aut.] en samenwerking met de gemeenten. Op basis van de persoonlijke wensen van de cliënt en zijn mogelijkheden zal er goed gezocht moeten worden naar de meest passende en herstel bevorderende activiteiten en/of werk. [...] Voor sommigen zal de best passende participatie betaald werk zijn, voor anderen onbetaald werk in de wijk of vrijwilligerswerk. Voor hen die participatie in de maatschappij (nog) niet aankunnen, zal telkens goed gekeken moeten worden in welke mate intramurale dagactiviteiten, activiteiten in de inloop bij buurthuizen, werk bij sociale werkvoorzieningen en (interne en externe) arbeidstrainingen, daadwerkelijk betekenisvol en herstelondersteunend zijn voor de cliënt.”*

Uit het voorgaande blijkt hoe belangrijk empowerment en perspectief voor de cliënt, diens naasten en de professionals zijn. *“Het doel van ART is het helpen vlot trekken van stagnaties in het herstelproces en zo de cliënt weer te empoweren en perspectief te bieden. ART biedt het kader en de instrumenten voor deze doelgroep om het herstelproces weer op gang te brengen, op zo’n manier dat de cliënt na de ART-zorg met Flexible Assertive Community Treatment (ACT) (40) of met minder intensieve vormen van zorg, weer verder kan met zijn dagelijks leven. Dit vult de hoop van de cliënt dat het anders kan ook daadwerkelijk in, waardoor er meer vertrouwen ontstaat in zichzelf en in de toekomst. Dit geldt echter niet alleen voor de cliënten, maar ook voor de naasten en professionals die door het hernieuwd perspectief van de cliënt zelf ook weer hoop en hernieuwde kracht krijgen. Dit is belangrijk om het proces van hospitalisatie [zie pagina 12, aut.] een halt toe te roepen. Door de nieuwe positieve ervaringen wordt het geloof dat het anders kan geleidelijk omgebouwd naar een gefundeerde ervaring (3).”*

In de ART-monitor zijn veel vakinhoudelijke items opgenomen over hoe men in de dagelijkse praktijk zou moeten werken (werkwijze) en wat men qua herstel aan cliënten

zou moeten aanbieden (zorgaanbod). Voorbeelden hiervan zijn hoe te werken in de triade op cliëntniveau en team- en organisatieniveau (items 8, 9) en wat te doen met een persoonlijk herstelplan (item 11). Daarnaast zijn er bepaalde randvoorwaarden (item 33) en items over de teamsamenstelling (items 39 – 47) in opgenomen.

Omdat hier specifiek gekeken wordt naar organisatiefactoren als de condities waaronder herstelgericht werken mogelijk is of wordt gemaakt, zijn (naast de eerdergenoemde samenstelling van cliëntgroep(en)) de setting, faciliteiten en/of voorzieningen, de kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team en het organisatiebeleid de andere vijf samengestelde onafhankelijke variabelen. Na overleg met de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC (4) is er om methodologische redenen voor gekozen om de ART-monitor te modificeren, dat wil zeggen dat de items met betrekking tot de randvoorwaarden (behorende bij ‘faciliteiten en/of voorzieningen’ of ‘organisatiebeleid’) en de teamsamenstelling eruit zijn gehaald, waardoor alleen de items over het hoe en het wat in de dagelijkse zorg op de verblijfsafdeling overbleven. ‘Faciliteiten en/of voorzieningen’, het ‘organisatiebeleid’ en de ‘kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team’ zijn daarna als onafhankelijke variabelen verder uitgewerkt op basis van andere wetenschappelijke literatuur en aanvullende documentatie (zie hoofdstuk III, B ‘Operationalisatie van de onafhankelijke variabelen’ en bijlagen II ‘Conceptueel model’ en III ‘Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen’).

Organisatie van zorg

ART staat niet op zichzelf, is geen geïsoleerde zorgsoort en zou volgens Van Mierlo et al. (3) altijd integraal onderdeel moeten uitmaken van een regionaal georganiseerde behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. In Over de Brug (3) staat dat de zorginfrastructuur moet bestaan uit een breed, maatschappelijk geïntegreerd netwerk van personen en voorzieningen. In dat netwerk leveren meerdere teams en voorzieningen, en vanuit meerdere echelons, de gewenste behandeling, begeleiding en ondersteuning. De belangrijkste uitvoerders zijn resourcegroepen en herstelacademies (de eerdergenoemde Recovery Colleges), sociale wijkteams, de huisarts en de praktijkondersteuner ggz, de Basis-ggz, de Oggz, Respijtzorg, ART-teams, Flexibele ACT-teams, IHT-teams en de High & Intensive Care’s (HIC). En alhoewel de meeste van deze

uitvoerders in een ambulante setting buiten het instellingsterrein opereren, zouden de verblijfsafdelingen die herstelgericht werken hier wel contact mee moeten hebben: *“De centrale motto’s in de huidige psychiatrie ‘ambulant is leidend’ en ‘herstellen doe je thuis’ gelden wat betreft ART dus ook voor mensen met een psychiatrische aandoening die intensievere zorg nodig hebben gedurende langere tijd. [...] Zo zal de ART-zorg sterke verbindingen hebben met Flexibele ACT-teams, aangezien deze teams het ambulante hart van de regionale EPA-zorg vormen. Aangezien het ART-model tijdelijk is (drie jaar, tenzij), is het ook logischer dan voorheen om contact te houden met het verwijzend team. Aldus kiezen we ervoor dat ook de cliënten die tot dusver langdurig begeleid werden op afdelingen op het ziekenhuisterrein, net zoals dat nu ook al gebeurt bij beschermd wonen/RIBW, een duurzame verbinding met een ambulant Flexibel ACT-team moeten krijgen en houden (3).”*

Door het ART-model te implementeren zijn verblijfsafdelingen beter in staat om verbindingen naar buiten toe te realiseren, waarmee zij nieuwe perspectieven voor de cliënt, diens naasten en de professionals creëren. Het op- en afschalen van zorg wordt eenvoudiger, niet alles hoeft op de afdeling zelf georganiseerd te worden (want ingebed in een regionaal aanbod van faciliteiten en voorzieningen) en vanaf het begin is sprake van een combinatie van herstelondersteunende interventies en behandelinterventies, met de blik naar buiten. De vraag is hoever de verblijfsafdelingen hiermee zijn, want niet alle zorgaanbieders die zeggen herstelgericht te werken doen dat volgens, in overeenstemming met het ART-model, maar met behulp van rehabilitatiemethodieken als IRB en/of SRH. Op zichzelf maakt dat voor het dit onderzoek naar organisatiefactoren bij herstelgericht werken niet uit. Immers, de behandelaars bij deze zorgaanbieders zeggen de items uit de ART-monitor even belangrijk te vinden voor het werk op de werkvloer als hun collega’s die met het ART-model werken en zij geven ook aan dat er bij hen op de afdeling qua organisatie van zorg onder vergelijkbare condities wordt gewerkt. Desgevraagd is de ART-monitor een geschikt meetinstrument om de mate van herstelgericht werken op alle verblijfsafdelingen in beeld te brengen.

Hetzelfde geldt voor de zes organisatiefactoren, waarmee herstelgericht werken op een afdeling al dan niet tot volle wasdom komt. Voorafgaand aan de dataverzameling is in het voorjaar van 2022 uitgebreid contact geweest met een aantal business- en concerncontrollers uit het werkveld over hoe deze zes organisatiefactoren als onafhankelijke variabelen goed in beeld te brengen. Dat leverde aanvankelijk een aanzienlijke lijst met

items op. Deze lijst is vervolgens in twee digitale overleggen in september 2022 aan een representatieve afvaardiging van de controllers voorgelegd en met hen besproken. Er werd geconcludeerd dat de lijst te omvangrijk was; het onderzoek diende zich volgens de controllers te beperken tot items die gaan over de organisatie van zorg op de afdelingen zelf, omdat die informatie vooralsnog ontbrak. Na intern overleg is besloten om de enquête als zodanig verder uit te werken.

B Doelstelling onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in de relatie tussen de organisatie van zorg en de mate van herstelgericht werken op klinische verblijfsafdelingen in de langdurige ggz voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Dit helpt zorgaanbieders om van elkaar te leren en hun eigen organisatie hier verder in te ontwikkelen en/of op in te richten. Daarnaast biedt het de Nederlandse ggz als branchevereniging handvatten voor de gesprekken met diverse landelijke stakeholders over het optimaliseren van de klinische zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening in de Wlz.

Na literatuuronderzoek, deskresearch en gesprekken met bestuurders, business- en concerncontrollers en hulpverlenende disciplines uit het werkveld, is besloten om onderzoek te doen naar de volgende zes organisatiefactoren, als onafhankelijke variabelen: 1) de samenstelling cliëntgroep(en); 2) de setting (gebouwen en inrichting); 3) de faciliteiten en/of voorzieningen op of in de buurt van de afdeling; 4) de kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team; 5) de kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team; 6) het organisatiebeleid.

Inzicht in de mate van herstelgericht werken (als afhankelijke variabele) op de bij het onderzoek betrokken verblijfsafdelingen wordt verkregen door een score op de ART-monitor (de bij het ART-model ontwikkelde modelgetrouwheidsschaal), een gevalideerd meetinstrument waarmee de kwaliteit van zorg op deze afdelingen te objectiveren is en waardoor ook een goede vergelijking tussen de verblijfsafdelingen onderling mogelijk is. De score op de ART-monitor (met praktische richtlijnen voor teams) laat zien in hoeverre de verblijfsafdelingen het ART-model met betrekking tot herstelgericht werken hebben geïmplementeerd.

C Onderzoeksvraag en onderzoeksdeelvragen

Onderzoeksvraag

Welke relatie bestaat er tussen de organisatie van zorg (de samenstelling van de cliëntgroep(en), de setting, de faciliteiten en/of voorzieningen op of in de buurt van afdelingen, de kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinair team en het organisatiebeleid) en de mate van herstelgericht werken (een score op de ART-monitor) op verblijfsafdelingen in de langdurige klinische ggz voor mensen met ernstige psychische aandoeningen?

Onderzoeksdeelvragen

Naar aanleiding van de onderzoeksvraag zijn de volgende onderzoeksdeelvragen over de verblijfsafdelingen in de langdurige klinische ggz geformuleerd:

1. Hoe ziet de samenstelling van de cliëntgroep(en) eruit?
2. Hoe ziet de setting (de gebouwen en inrichting ervan) eruit?
3. Over welke faciliteiten en/of voorzieningen beschikken de verblijfsafdelingen?
4. Hoe ziet de kwantitatieve samenstelling van de multidisciplinaire teams eruit?
5. Hoe ziet de kwalitatieve samenstelling van de multidisciplinaire teams eruit?
6. In hoeverre maakt herstelgericht werken onderdeel uit van het organisatiebeleid?
7. Hoe hoog scoren de verblijfsafdelingen in totaal op de gevalideerde ART-monitor?
8. Hoe hoog scoren de verblijfsafdelingen per item op de gevalideerde ART-monitor?
9. Welke relatie is er te vinden tussen de organisatiefactoren en de score op de ART-monitor?

III – Onderzoeksmethode

A Conceptueel raamwerk

In het voorliggende onderzoek is de mate van herstelgericht werken de afhankelijke variabele. Verondersteld wordt dat de samenstelling van (een) cliëntgroep(en) op de verblijfsafdelingen, de setting (gebouwen en inrichting), faciliteiten en/of voorzieningen, de kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team en het organisatiebeleid hierop van invloed zijn. In het conceptueel raamwerk (zie bijlage II ‘Conceptueel raamwerk’) zijn de theoretische concepten in hun onderlinge samenhang weergegeven. Onderzocht wordt of er een relatie bestaat en zo ja, naar hoe sterk die relatie is. Uit het conceptueel raamwerk zijn de te scoren items af te leiden, waarmee de zes onafhankelijke variabelen zijn samengesteld.

B Onafhankelijke variabelen – operationalisatie van de organisatiefactoren

Literatuuronderzoek en deskresearch

Omdat dergelijk onderzoek nog niet eerder was uitgevoerd, is in januari 2022 gestart met literatuuronderzoek en deskresearch, gericht op het verkrijgen van zoveel mogelijk theoretische kennis over de organisatie van zorg en over herstelgericht werken in de geestelijke gezondheidszorg. Ten behoeve van de operationalisatie van de onafhankelijke (sub) variabelen en de afhankelijke variabele zijn de bevindingen vervolgens in verenigingsverband voorgelegd aan en besproken met experts uit het regieteam Zorg en Financiering (bestuurders), de werkgroep Wlz (een multidisciplinaire werkgroep met leden uit het werkveld die voornamelijk met het wettelijk kader van de Wlz van doen hebben), een tijdelijke werkgroep van concern- en businesscontrollers bij de verschillende zorgaanbieders, en met diverse collega’s van de Nederlandse ggz op bureau niveau. Bovendien is gesproken met onderzoekers van de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC. Er is besproken welke organisatiefactoren er naar verwachting toe doen en aan de hand van welke aspecten die in kaart gebracht zouden kunnen worden (zie hierna). Bovendien is ten behoeve van een zorgvuldige vergelijking tussen de verblijfsafdelingen onderling gekeken met welke (voor

het werkveld betrouwbare) normen of normenkaders gewerkt zou kunnen worden. Zodoende kon op voorhand worden bepaald hoe de invoerwaarden van zorgaanbieders gescoord moesten worden (zie bijlage III ‘Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen’) Bij het ontbreken van (een) vaststaande norm(en) is contact gezocht met vertegenwoordigers uit het werkveld om in onderling overleg alsnog een norm te bepalen. Een voorbeeld hiervan was het ontbreken van een norm met betrekking tot het aantal logeerplekken op een verblijfsafdeling voor familie en/of andere naasten, die het triadisch werken ondersteunen. Na overleg hierover met MIND Ypsilon (41), waaruit bleek dat die logeerplekken nog niet overal worden aangeboden, is besloten om 1 punt toe te kennen aan afdelingen die een of meer logeerplek(ken) hebben en 0 punten aan afdelingen die geen logeerplekken hebben. Zie bij F ‘Data-analyse’ welke methoden vervolgens zijn toegepast om in de analyse met de verkregen scores te kunnen werken.

Er is voor deze manier van operationaliseren gekozen vanwege het relatief hoge aantal onafhankelijke (sub) variabelen. Zodoende ontstonden er werkbare constructen voor de latere dataverzameling, -bewerking en -analyse. Er is afgesproken om zo goed mogelijk verslag te doen van deze manier van werken, zodat voor partners en stakeholders duidelijk is hoe de onderzoeksresultaten zijn verkregen.

Kenmerken van verblijfsafdelingen, opgebouwd uit verschillende aspecten

De zes samengestelde onafhankelijke variabelen zijn kenmerken of eigenschappen van de verblijfsafdelingen in de langdurige ggz, hier de onderzoekseenheden. Die zes kenmerken bestaan vervolgens uit een aantal afzonderlijk te beoordelen aspecten. De variabele ‘faciliteiten en/of voorzieningen’ bijvoorbeeld is opgebouwd uit de aspecten ‘dagbesteding’, ‘kookfaciliteiten’, ‘sportfaciliteiten’, ‘digitale (leer)middelen’ en ‘sociale voorzieningen’. De deelscores op deze aspecten zijn opgebouwd uit scores op a) hoe belangrijk het onderdeel volgens de afdeling is voor herstelgericht werken, b) hoeveel hiervan op of in de buurt van de afdeling wordt aangeboden en c) hoe vaak per week cliënten hier daadwerkelijk gebruik van kunnen maken.

Onafhankelijke variabele ‘samenstelling cliëntgroep(en)’

De antwoorden op onderzoeksdeelvraag 1 over de samenstelling van de cliëntgroep(en) op de verblijfsafdelingen worden gevonden door te kijken naar de zorgzwaarte op basis van de uitstaande CIZ-indicaties, of het om (een) homogene of heterogene cliëntgroep(en) gaat, en door te kijken naar het percentage Wlz-bedden en het percentage cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wet verplichte ggz (Wvggz) (beide ten opzichte van de totale beddencapaciteit). Waarom is er voor deze sub variabelen gekozen? De gedachte is hoe homogener een groep cliënten, hoe beter de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod mogelijk is en hoe minder cliënten uit andere wettelijke domeinen als de Zvw en Wfz en/of cliënten met een maatregel in het kader van de Wvggz, hoe rustiger en/of veiliger het op een afdeling is. Er is gewerkt met de volgende sub variabelen:

CIZ-indicaties (zzp's) (zorgzwaarte)

- Aantal cliënten in zzp ggz-b4/w2 (somatiek/psychiatrie);
- Aantal cliënten in zzp ggz-b6/w4 (somatiek/psychiatrie);
- Aantal cliënten in zzp ggz-b5/w3 (gedragsproblematiek/ psychiatrie);
- Aantal cliënten in zzp ggz-b7/w5 (gedragsproblematiek/ psychiatrie).

Capaciteit Wlz-bedden en Wvggz

- Capaciteit Wlz-bedden (percentage Wlz-bedden t.o.v. totale beddencapaciteit);
- Percentage cliënten met een IBS of RM in het kader van de Wet verplichte ggz;

Zie bijlage III ‘Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen’ voor de toegekende scores.

Onafhankelijke variabele ‘setting’ (gebouwen en inrichting verblijfsafdeling)’

De antwoorden op onderzoeksdeelvraag 2 over de setting worden gevonden door te kijken naar de specifieke kenmerken en/of inrichting van gebouwen. Waarom is er voor de onderstaande sub variabelen gekozen? De gedachte is dat hoe meer ruimte er voor individuele cliënten op een afdeling beschikbaar is, hoe rustiger en veiliger het op een afdeling is. Hoe meer groepsruimten en/of ontmoetingsplekken, hoe meer mogelijkheden voor cliënten om al dan niet in contact te komen met anderen of op drukke momenten een wat

rustiger plek op te zoeken. Hoe meer ruimten passen bij het repertoire aan herstelactiviteiten, hoe beter de helende omgeving (healing environment) van de afdeling tot zijn recht komt. Om de invoerwaarden van de zorgaanbieders te kunnen scoren is gebruik gemaakt van aanvullende documentatie over wat voor ruimten er nodig zijn voor herstelondersteunende activiteiten (3, 27, 42 – 43, 49 – 52) en over waar die ruimten aan moeten voldoen (55, 57 – 58). Verder is er gekeken uit hoeveel units een afdeling bestaat en wat de gemiddelde groepsgrootte per unit is. Volgens behandelaars lukt het hulpverleners op kleinere units beter om zich te focussen op en/of aandacht te hebben voor individuele cliënten dan op grotere units.

Sommige sub variabelen, zoals de aanwezigheid van een Intensive Care Unit (ICU), een Extra Beveiligde Kamer (EBK) of een klassieke separeerruimte, konden niet worden gebruikt in de regressieanalyse, omdat niet alle verblijfsafdelingen hierover beschikken. Dat wil niet zeggen dat deze sub variabelen niet van belang zijn bij herstel, integendeel. Alhoewel een EBK niet tot het arsenaal van ART behoort, lukt het terughoudend omgaan met dwangtoepassingen of het hanteren van actief afdelingsbeleid met betrekking tot het terugdringen van dwang en drang (item 38 in de ART-monitor) volgens behandelaars beter met een door het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) gecertificeerde ICU en/of EBK (44) dan met een klassieke separeerruimte. Daarom zijn deze sub variabelen wel meegenomen bij de beschrijving van de gesloten settings. Er is gewerkt met de volgende sub variabelen:

- Standalone of geclusterde setting;
- Open of gesloten setting;
- Aantal m² vloeroppervlak per individuele cliënt;
- Percentage eenpersoonskamers (of appartementen);
- Aantal logeerplekken voor familie of andere naasten;
- Gemiddelde groepsgrootte per unit op de verblijfsafdeling;
- Aantal CCAF gecertificeerde Intensive Care Units (ICU's);
- Aantal CCAF gecertificeerde Extra Beveiligde Kamers (EBK's);
- Aantal separeerruimten oude stijl;
- Aantal groepsruimten of ontmoetingsplekken per groep van 25 cliënten;
- Aantal gespreksruimten per groep van 25 cliënten;

- Aantal therapie- en/of trainingsruimten per groep van 25 cliënten;
- Aantal m2 tuin of buitenruimte per afdeling.

Zie bijlage III 'Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen' voor de toegekende scores.

Onafhankelijke variabele 'faciliteiten en/of voorzieningen'

De antwoorden op onderzoeksdeelvraag 3 over de faciliteiten en/of voorzieningen op of in de buurt van een verblijfsafdeling worden gevonden door te kijken naar herstelondersteunende activiteiten die bovenop het reguliere behandel- en begeleidingsaanbod worden aangeboden. Alhoewel ART geen geïsoleerde zorgsoort is en het multidisciplinaire team op een verblijfsafdeling weldegelijk een verbinding met buiten moeten hebben (zie hoofdstuk II, A 'Theoretisch kader, organisatie van zorg'), zoals met een herstelwerkplaats of een herstelacademie buiten het instellingsterrein, is hier gegeven de zorgzwaarte bewust gekozen voor faciliteiten op of in de buurt van de verblijfsafdeling. Waarom is voor de onderstaande sub variabelen gekozen? De gedachte is dat hoe meer faciliteiten en/of voorzieningen er op of in de buurt van een verblijfsafdeling beschikbaar zijn, hoe meer de cliënten aan de slag kunnen met hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Hierdoor ervaren zij een zinvolle(re) daginvulling. Zoals gezegd is gekeken naar het belang dat een afdeling hieraan hecht, de hoeveelheid aanbod op of in de buurt van een afdeling en naar het daadwerkelijk gebruik door cliënten per week. Voor faciliteiten en/of voorzieningen is gemeten met Likertschalen. Er is gewerkt met de volgende sub variabelen:

- Hoeveelheid aanbod dagbesteding (heel veel/heel weinig);
- Daadwerkelijk gebruik dagbesteding door cliënten (altijd/nooit);
- Al dan niet volstaan van keuken en kookuitrusting (zeer goed/ zeer slecht);
- Daadwerkelijk zelfstandig/onder begeleiding koken door cliënten (altijd/nooit)
- Hoeveelheid sportfaciliteiten (heel veel/heel weinig);
- Daadwerkelijk gebruik sportfaciliteiten door cliënten (altijd/nooit);
- Hoeveelheid digitale (leer)middelen (heel veel/heel weinig);
- Daadwerkelijk gebruik (digitale) leermiddelen door cliënten (altijd/nooit);
- Hoeveelheid sociale voorzieningen (heel veel/heel weinig);

- Daadwerkelijk gebruik sociale voorzieningen door cliënten (altijd/nooit).
- Het belang van dagbesteding, zelfstandig (leren) koken, sporten, (digitaal) leren en sociale voorzieningen voor het individuele herstel van cliënten volgens hulpverleners (helemaal mee eens/helemaal mee oneens).

Zie bijlage III ‘Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen’ voor de toegekende scores. De zorgstandaarden en generieke modules over zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (als kwaliteitsinstrumenten opgenomen in het Register van het ZiN) zijn hiervoor de belangrijkste referentiekaders geweest.

Onafhankelijke variabele ‘kwantitatieve samenstelling multidisciplinair team’

De antwoorden op onderzoeksdeelvraag 4 over de kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team worden gevonden door te kijken naar het aantal full time equivalent (fte) per discipline(groep), het aantal opleidingsplaatsen voor de bij het primaire zorgproces betrokken disciplines, het totaal aantal diensten van de vov-formatie per week en de verhouding personeel in loondienst/personeel niet in loondienst (PIL respectievelijk PNIL). Waarom is voor deze sub variabelen gekozen? De gedachte is dat hoe diverser het multidisciplinaire team is samengesteld, hoe meer er aan zowel symptomatisch, persoonlijk als maatschappelijk herstel gewerkt kan worden. En hoe meer fte er op een afdeling wordt ingezet, hoe meer activiteiten kunnen worden opgepakt en hoe beter de benodigde rust en een veilig afdelingsklimaat op een afdeling kunnen worden gewaarborgd. Hetzelfde geldt voor het aantal dag-, avond- en nachtdiensten dat er per week op een afdeling wordt ingezet. Hoe meer opleidingsplekken, hoe meer mankracht en hoe vaker herstelgericht werken op een afdeling kritisch tegen het licht wordt gehouden door studenten en het team. En hoe meer personeel in loondienst, hoe beter de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden geregeld kan worden.

Het ART-model voorziet in een zeer breed samengesteld multidisciplinair team. In de ART-monitor (items 39 – 47) wordt voor de meeste disciplines aangegeven hoeveel fte er van iedere discipline vereist is. Deze aantallen fte zijn overgenomen als norm bij het scoren van de invoerwaarden van zorgaanbieders. Omdat deze items uit de ART-monitor zijn gehaald, tellen zij *niet* mee in de totaalscore ART. In de enquête is gevraagd naar disciplines

die op de loonlijst staan, alleen die disciplines telden mee. De verhouding personeel niet in loondienst ten opzichte van de vaste formatie is vervolgens apart in beeld gebracht. Er is gewerkt met de volgende sub variabelen:

Aantallen fte:

- Ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen;
- Verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden (vov-formatie);
- Behandelaars (psychiaters, gerieters, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, verpleegkundig specialisten ggz);
- Overige bij het primaire zorgproces betrokken disciplines (activiteitenbegeleiders, jobcoaches, trainers, therapeuten, maatschappelijk werkers, budgetbeheerders);
- Ondersteunende disciplines (secretariaat, beveiligers, gastvrouwen en -heren, management en geestelijk verzorger).

Aantal opleidingsplaatsen voor:

- Ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen;
- Verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden (vov-formatie);
- Behandelaars (psychiaters, gerieters, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, verpleegkundig specialisten ggz);
- Overige bij het primaire zorgproces betrokken disciplines (activiteitenbegeleiders, jobcoaches, trainers, therapeuten, maatschappelijk werkers, budgetbeheerders).

Het dienstrooster van de vov-formatie en de verhouding PIL/PNIL:

- Totaal aantal dag-, avond- en nachtdiensten per week;
- Verhouding Personeel In Loondienst (PIL) en Personeel Niet In Loondienst (PNIL).

Zie bijlage III 'Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen' voor de toegekende scores. De ART-monitor zelf is het referentiekader voor de kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team geweest.

Onafhankelijke variabele ‘kwalitatieve samenstelling multidisciplinaire team’

De antwoorden op onderzoeksdeelvraag 5 over de kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team worden gevonden door te kijken naar het opleidingsniveau van verschillende bij het primaire zorgproces betrokken disciplines of groepen disciplines. Dit zijn betrouwbare indicatoren voor de kwaliteit van het gehele team. Bij het scoren is de ART-monitor alleen gebruikt voor de formatie verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden (de vov-formatie) (minimaal 40 procent moet zijn opgeleid op hbo-niveau). Omdat er voor de andere disciplines of groepen disciplines geen normen beschikbaar waren, is als volgt geredeneerd: hoe hoger opgeleid, hoe beter. Immers, in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is veel cognitief vernuft vereist, omdat het om complexe zorg- en ondersteuningsvragen gaat. Bovendien moeten hulpverleners over een behoorlijk arsenaal aan kennis en vaardigheden beschikken om adequaat te kunnen behandelen en begeleiden. Er is met de volgende sub variabelen gewerkt:

Het opleidingsniveau van:

- Ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen;
- Verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden (vov-formatie);
- Behandelaars (psychiaters, geriateren, specialisten ouderengeneeskunde, psychologen, verpleegkundig specialisten ggz);
- Overige bij het primaire zorgproces betrokken disciplines (activiteitenbegeleiders, jobcoaches, trainers, therapeuten, maatschappelijk werkers, budgetbeheerders).

Zie bijlage III ‘Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen’ voor de toegekende scores.

Onafhankelijke variabele ‘organisatiebeleid’

De antwoorden op onderzoeksdeelvraag 6 over het organisatiebeleid worden gevonden door te kijken naar het strategisch organisatiebeleid van zorgaanbieders, in hoeverre herstelgericht werken daar integraal onderdeel van uitmaakt. Hetzelfde geldt voor het jaarplan en scholingsplan van de verblijfsafdelingen. Als een verblijfsafdeling serieus werk wil maken van de items 28, 29 en 30 uit de ART-monitor (onder domein 5 ‘Professionalisering’) over de ontwikkeling, scholing en deskundigheidsbevordering van medewerkers op het

gebied van herstel, de dubbele diagnose (psychiatrie en verslaving) en de (licht) verstandelijke beperking, dan moet dit zijn opgenomen in het jaarplan en scholingsplan. Immers, scholingsactiviteiten helpen de kwaliteit van het werk op de afdeling structureel te verbeteren en te waarborgen, maar kosten geld en bepalen mede de inzet van mensen en middelen op de betreffende afdeling in een gegeven periode. Verder is gekeken naar hoe vaak herstelgericht werken op de afdelingen wordt gemonitord en/of geëvalueerd en naar wie dat doet. Gebeurt dat intern, door het eigen team of een ander team uit de eigen organisatie, of extern door een ander team van een andere zorgaanbieder? Evenals bij faciliteiten en/of voorzieningen is er bij organisatiebeleid gemeten met Likertschalen. Er is gewerkt met de volgende sub variabelen:

- Herstel als integraal onderdeel van het strategisch organisatiebeleid van de zorgaanbieder (helemaal mee eens/helemaal mee oneens);
- De beoordeling van het strategisch organisatiebeleid over herstel (heel goed/heel slecht);
- Herstelgericht werken als speerpunt in het jaarplan en scholingsplan van de verblijfsafdeling (helemaal mee eens/helemaal mee oneens);
- Het aantal keren monitoring en/of evaluatie van herstel over een gegeven periode (heel vaak/nooit);
- De organisatie van monitoring en/of evaluatie bij de zorgaanbieder (hoe en door wie);
- Het belang van het strategisch organisatiebeleid, het jaarplan en scholingsplan, en van de structurele monitoring en/of evaluatie voor het individuele herstel van cliënten volgens hulpverleners (helemaal mee eens/helemaal mee oneens).

Zie bijlage III 'Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen' voor de toegekende scores. Hiervoor zijn ook referentiekaders buiten de ggz om gebruikt. De ART-monitor zelf is het belangrijkste referentiekader geweest voor de items over het monitoren en evalueren van herstelgericht werken op de afdelingen.

C Afhankelijke variabele – operationalisatie van herstelgericht werken

De afhankelijke variabele is de mate van herstelgericht werken op de verblijfsafdelingen. Deze manier van werken op de bij het onderzoek betrokken afdelingen wordt met behulp van Likertschalen in beeld gebracht door een score op 37 items van de ART-monitor (60), de bij het ART-model ontwikkelde modelgetrouwheidsschaal. Met de totaalscore op de ART-monitor van maximaal 185 punten laten de afdelingen zien in hoeverre zij het ART-model geïmplementeerd hebben en wordt onderzoeksdeelvraag 7 beantwoord. Het is *niet* zo, dat afdelingen die lager op de ART-monitor scoren geen kwaliteit bieden; de schaal geeft met name inzicht in de verschillende items die het symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel voor cliënten de moeite waard maken en waar zij samen met hun naaste(n) en onder begeleiding van professionals aan kunnen werken. Het ART-model biedt houvast. De volgende domeinen en items worden in kaart gebracht/gemeten:

Domein 1: Herstel

1. Actief herstel
2. Herstelinterventies op 4 niveaus
3. Maatschappelijke participatie
4. Kennis van het regionale netwerk
5. GGZ Standaarden
6. Somatische zorg
7. Medicatiebeleid

Domein 2: De Triade

8. Werken in de triade: cliëntniveau
9. Werken in de triade: team- en organisatieniveau

Domein 3: Zorgproces

10. Intake en plaatsing
11. Persoonlijk herstelplan
12. Zorgafstemmingsgesprekken
13. Systematische risicotaxatie

14. Het signaleringsplan
15. Digibordoverleg
16. Opschalen van zorg
17. Herstelschaal (61)
18. In-, door- en uitstroom
19. Zorgproces en consultatie

Domein 4: Teamcultuur en visie

20. Visie en werkwijze (62)
21. Attitude en bejegening
22. Presentie en bereikbaarheid Scenario II (63)
23. Samenwerking behandelaars en begeleidingsteam
24. Teamgeest
25. Reflectie op eigen handelen
26. Innovatie en verbetering
27. Leiderschap en kartrekkers

Domein 5: Professionalisering

28. Scholing
29. Dubbele diagnose
30. (Licht) verstandelijke beperking (LVB)

Domein 6: Ruimtelijke vormgeving

31. Gezonde leefomgeving (64)
32. Voorkeuren woon- of verblijfplaats

Domein 7: Veiligheid en vrijheidsbeperking

34. Veiligheidsmanagementsysteem
35. Conflicthantering en persoonlijke veiligheid
36. Samenwerkingsafspraken veiligheid
37. Aandacht voor veiligheid in team
38. Dwangtoepassing en evaluatie

Met de scores op de afzonderlijke items van de ART-monitor wordt een antwoord gevonden op onderzoeksdeelvraag 8. Verwacht werd dat het werkveld uiteenlopend zou scoren. De vraag was op welke items de verblijfsafdelingen gemiddeld genomen hoog of laag scoren, en of dat redelijk gelijk oploopt of dat er behoorlijk wat spreiding waarneembaar is. De 37 items waarmee gewerkt is gaan over hoe men zou moeten werken (werkwijze) en wat men qua herstel zou moeten aanbieden (zorgaanbod).

D Populatie en steekproefgrootte

In Nederland zijn er 25 geïntegreerde zorgaanbieders met verblijfsafdelingen die langdurig klinische ggz leveren conform de zzp's ggz b4/w2, b6/w4, b5/w3 en b7/w5. Zij zijn lid van de Nederlandse ggz als branchevereniging (hier de opdrachtgever). Vanwege de relatief kleine aantallen verblijfsafdelingen voor langdurig klinische ggz is ervoor gekozen om geen steekproef te trekken, maar alle 25 zorgaanbieders actief te benaderen voor deelname aan het onderzoek. De zorgaanbieders is gevraagd om data aan te leveren van zoveel mogelijk verschillende soorten verblijfsafdelingen (qua CIZ-indicaties en zorgzwaartes) (zie bijlage IV 'Handleiding vragenlijst deNLggz organisatie Wlz-zorg'). De verblijfsafdelingen zijn de onderzoekseenheden. Het totaal aantal verblijfsafdelingen bij de zorgaanbieders die daadwerkelijk hebben meegedaan aan het onderzoek vormen de populatie.

E Dataverzameling – 2 enquêtes

Het gaat hier om zogenoemd toegepast onderzoek, dat in opdracht van beleidsbepalers in de ggz is uitgevoerd. Het onderzoek is gericht geweest op het verzamelen van zoveel mogelijk feitelijke informatie, waarmee inzicht wordt verkregen in de organisatie van zorg op de werkvloer. Omdat voor het eerst zo'n onderzoek wordt uitgevoerd, is het exploratief van aard. Het leidt niet tot veronderstellingen of conclusies over hoe eventuele problemen moeten worden opgelost, zoals bij toetsend onderzoek het geval is. Het brengt wel zorgvuldig in beeld hoe het werkveld ervoor staat qua organisatie van zorg en qua herstelgericht werken en helpt als zodanig bij de prioritering van beleidsvorming.

De 2 enquêtes

1. De gemodificeerde ART-monitor (vragen 1 – 32, 34 – 38). Deze vragenlijst was voor de behandelaars en/of andere direct bij het primaire zorgproces betrokken disciplines. Zij hebben per item 1 – 5 punten gescoord (gerelateerd aan de criteria per item) (3), met een maximale score ‘herstelgericht werken’ van 185 punten (de y) voor de verblijfsafdeling waar zij werkzaam zijn (met een eigen kostenplaatsnummer). Deze enquête is uitgezet via SurveyMonkey op het web.

NB: Vragen over de onafhankelijke variabelen ‘faciliteiten en/of voorzieningen’ en ‘organisatiebeleid’ zijn toegevoegd aan deze vragenlijst, omdat behandelaars en/of hun collega’s hier nu eenmaal meer van af weten dan concern- of businesscontrollers.

2. Voor de tweede enquête over organisatiefactoren (de x’en) is een template in Excel gemaakt. Deze vragenlijst was voor concern- en businesscontrollers bij zorgaanbieders. Zij hebben deze enquête voor meerdere verblijfsafdelingen (met ieder een eigen kostenplaatsnummer) in hun organisatie ingevuld. Er is gevraagd naar data over 2021. Deze enquête is uitgezet via de mail.

NB: Na de dataverzameling zijn alle data ten behoeve van de databewerking en -analyse samengevoegd in een Excelbestand. De koppeling van data vond ook plaats op basis van de voor de verblijfsafdelingen unieke kostenplaatsnummers.

Dataverzameling in contact met de respondenten

Na het deskresearch en het contact met diverse gremia binnen de Nederlandse ggz in de periode januari – juli 2022 (zie ‘B Onafhankelijke variabelen – operationalisatie van de organisatiefactoren’), is in augustus 2022 een lijst samengesteld met de NAW-gegevens van alle concern- en businesscontrollers bij de 25 zorgaanbieders. Deze volgens de wet AVG beschermde gegevens waren alleen in bezit van de Nederlandse ggz en zijn niet verder verspreid of gedeeld met het werkveld. Alle controllers zijn vervolgens persoonlijk via de mail uitgenodigd voor de informatiesessies eind september. Tijdens die sessies is uitleg gegeven

over het doel van het onderzoek, de onderzoeksvraag en onderzoeksdeelvragen en over hoe het onderzoek is voorbereid. Verder zijn er praktische afspraken gemaakt over de deelname aan het onderzoek.

De gemodificeerde ART-monitor behoefde weinig uitleg in het werkveld, zo bleek al eerder uit overleg met de werkgroep Wlz. Hetzelfde gold voor de uitvraag naar de onafhankelijke variabelen ‘faciliteiten en/of voorzieningen’ en ‘organisatiebeleid’, die zouden worden toegevoegd aan de ART-monitor. Dat lag anders voor de enquête over de organisatiefactoren ‘samenstelling cliëntgroepen’, ‘setting’, ‘kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team’ en ‘kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team’. Want tijdens de beide informatiesessies bleken sommige begrippen verschillend geïnterpreteerd te worden door de controllers. Om begripsverwarring bij de dataverzameling te voorkomen is vervolgens een handleiding gemaakt over hoe de enquête in Excel in te vullen (zie bijlage IV). Bovendien is zoals gezegd de enquête toen ingekort. Verder is afgesproken om bij vragen of onduidelijkheden contact op te nemen met de Nederlandse ggz. Hier is tijdens de uitvraag ook gebruik van gemaakt.

Op 17 oktober 2022 is gestart met de dataverzameling. De aanvankelijke deadline voor het invullen van de enquête was 18 november 2022, maar dat bleek voor de meeste respondenten niet haalbaar. Toen is de nieuwe deadline vastgesteld op 31 december 2022. Dit heeft uiteindelijk een hogere respons opgeleverd (zie ‘Respons’).

Met inachtneming van de vereisten ten aanzien van de representativiteit (zoveel mogelijk soorten verblijfsafdelingen qua CIZ-indicaties en zorgzwaartes) hebben de controllers zelf bepaald voor welke verblijfsafdelingen in hun organisatie zij de enquête zouden invullen. Hen is vervolgens gevraagd om de NAW-gegevens van de behandelaars van deze afdelingen, nadat die hadden ingestemd met deelname aan het onderzoek en contact met de Nederlandse ggz. Ook deze volgens de wet AVG beschermde gegevens waren alleen in bezit van de Nederlandse ggz en zijn dus niet verder verspreid of gedeeld met het werkveld. Hierna zijn ook de behandelaars persoonlijk via de mail uitgenodigd voor informatiesessies over het onderzoek. Deze informatiesessies vonden eind oktober 2022 plaats. Er is toen afgesproken om de uitvraag half november te starten. Er is na deze overleggen niets meer veranderd aan de enquête.

De uitvraag met betrekking tot de ART-monitor is gestart op 14 november 2022. De aanvankelijke deadline voor het invullen van de enquête van 16 december 2022 bleek voor de meeste respondenten niet haalbaar. Toen eind november nog maar 9 enquêtes waren ingevuld, zijn de behandelaars die dat nog niet gelukt was via de mail opnieuw benaderd, met nieuwe links naar SurveyMonkey. Half december waren 28 enquêtes ingevuld. Toen is gebeld met de behandelaars die dat nog niet gedaan hadden en is afgesproken om andere direct bij het primaire zorgproces betrokken collega's te vragen om de ART-monitor in te vullen. Dit heeft uiteindelijk ook een hogere respons opgeleverd (zie 'Respons').

Respons

Uiteindelijk hebben 12 geïntegreerde zorgaanbieders meegedaan aan het onderzoek. Zij hebben samen 115 verblijfsafdelingen waar Wlz-zorg geleverd wordt conform de hiervoor genoemde CIZ-indicaties. Omdat er gewerkt is met twee enquêtes verschilde de respons per enquête. De respons op de enquête met betrekking tot de organisatiefactoren was 54. Voor 48 van deze 54 verblijfsafdelingen is ook de ART-monitor ingevuld. Van 48 van de 115 verblijfsafdelingen zijn dus alle data verkregen, dat is een representatieve respons van 41,7%.

F Data-analyse

Er is kwantitatief onderzoek uitgevoerd om de relatie tussen organisatiefactoren en de mate van herstelgericht werken beter te kunnen doorgronden. Omdat dergelijk onderzoek niet eerder was uitgevoerd, zijn bij leden van de Nederlandse ggz nieuwe data uitgevraagd over hun bedrijfsvoering. Er is zoveel mogelijk gevraagd naar data uit de bestaande administratie(s) van de 25 betrokken zorgaanbieders. Voorafgaand aan de data-analyse zijn zoals gezegd alle data uit de twee enquêtes samengevoegd in Excel en is de dataset bewerkt. Met een aantal concerncontrollers is hierover eind december 2022 nog telefonisch contact of mailcontact geweest, ter verduidelijking van bepaalde invoerwaarden. Op basis hiervan zijn een paar kleine wijzigingen in de initiële dataset aangebracht. Aan één controller is nog gevraagd om aanvullende data met betrekking tot de inzet van overige bij het primaire

zorgproces betrokken disciplines, maar dat bleek niet mogelijk; dit zijn ontbrekende waarden geworden.

Normen en scores

Bij B 'Operationalisatie onafhankelijke variabelen' (zie hiervoor) is uitgelegd waarom er zoveel mogelijk gebruik is gemaakt van bestaande normen (zoals aantallen fte voor disciplines in de ART-monitor) of, wanneer een norm ontbrak, hoe er in onderling overleg met experts uit het werkveld nieuwe normen zijn bepaald (zoals de logeerplekken). Vervolgens zijn de invoerwaarden op nagenoeg alle variabelen (of constructen) gescoord en zijn de gemiddelden van deze scores berekend om tot de samengestelde constructen 'samenstelling cliëntgroep(en)', 'setting' enzovoort te komen. Het gaat hier om subjectieve beoordelingen, zoveel mogelijk gebaseerd op onderbouwde normenkaders.

Bij sub variabelen met een bestaande norm is die norm als gestandaardiseerd referentiepunt gebruikt. Op basis van de norm is eerst de range aan invoerwaarden bepaald. Vervolgens zijn alle invoerwaarden verdeeld en is er een score aan toegekend. Afdelingen die voldeden aan de norm scoorden 1 punt, en afdelingen die daar niet aan voldeden scoorden minder. Om de werkelijkheid geen geweld aan te doen is ervoor gekozen om bij het scoren zoveel mogelijk te nuanceren. Afdeling A met 7,5 fte verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden op een groep van 25 cliënten voldoet bijvoorbeeld niet aan de norm van 8 fte in de ART-monitor en afdeling B met 8,2 fte voldoet daar wel aan. Echter, een score van 0 voor afdeling A en 1 voor afdeling B zou geen recht doen aan de relatieve scores van deze afdelingen, met name afdeling A. In dit geval is gekozen voor een score tussen 0 en 1 met gesloten intervallen van telkens 0,25.

Bij sub variabelen waarvoor geen norm voorhanden was is de norm bepaald op basis van een logische redenering (hoe hoger opgeleid, hoe beter) of het gemiddelde. Vanwege de te grote spreiding bij sommige sub variabelen, zoals bij het gemiddeld aantal opleidingsplaatsen voor ervaringsdeskundigen ($M = 0,6615$; $SD = 2,4$), kon niet worden gestandaardiseerd naar het gemiddelde. Daarom is ervoor gekozen om met 1 standaardfout te werken (hier $SE = 0,326$) door het gemiddelde te nemen en daar 1 SE van af te trekken. Vervolgens zijn hier ook scores tussen 0 en 1 aan toegekend met gesloten intervallen van 0,25 (bijvoorbeeld een SE 0,00 - 0,3358 scoort 0,5 en een SE 0,3359 - 0,65 scoort 0,75).

Voor het meten van de 37 items in de ART-monitor en de daaraan toegevoegde items onder ‘faciliteiten en/of voorzieningen’ en ‘organisatiebeleid’ is bij de uitvraag al gebruik gemaakt van Likertschalen. De invoerwaarden in de dataset zijn eerst opnieuw gerangschikt en daarna gescoord. Ook hier is gekozen voor een score tussen 0 en 1 met gesloten intervallen van telkens 0,25.

Verder zijn ten behoeve van de data-analyse de invoerwaarden op sommige sub variabelen teruggerekend naar dezelfde grootheden, zoals een groepsgrootte van steeds 25 cliënten. Voorbeelden hiervan zijn het aantal cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wvvgz en de hoeveelheid groeps- en/of ontspanningsruimten per verblijfsafdeling.

In- en exclusiecriteria data

Voorafgaand aan de data-analyse zijn de verkregen data van de verblijfsafdelingen gekwalificeerd op basis van kwaliteit en volledigheid. Uit tabel I is af te leiden dat het descriptieve deel in hoofdstuk IV Onderzoeksresultaten (onderzoeksdeelvragen 1 – 8) gebaseerd is op data van 51 afdelingen. Echter, omdat de vragen over faciliteiten en/of voorzieningen en organisatiebeleid waren toegevoegd aan de ART-monitor en de respons daarop ($n = 48$) lager was dan de respons op de enquête over de organisatiefactoren ($n = 54$), is de beantwoording van onderzoeksdeelvragen 3 en 6 ook gebaseerd op dat lagere aantal. De regressieanalyse (onderzoeksdeelvraag 9) is gebaseerd op data van 45 afdelingen.

Tabel I

Beoordeling en kwalificatie verblijfsafdelingen op basis van verkregen data ($n = 54$)

<i>Cat.</i>	<i>Aant.</i>	<i>Kwalificatie verkregen data</i>	<i>Hoe ermee omgegaan?</i>
1	44	Betrouwbaar/volledig	Gebruikt in descriptief deel/analyse
2	1	Betrouwbaar/onvolledig (ontbrekende waarde)	Gebruikt in descriptief deel/analyse
3	6	Betrouwbaar/onvolledig (geen ART-score)	Gebruikt in descriptief deel
4	1	Onbetrouwbaar	Geëxcludeerd
5	2	Uitzonderlijk geval	Geëxcludeerd

In één ingevulde enquête ontbraken veel data en sommige invoerwaarden klopten niet. Daarom is deze enquête als onbetrouwbaar gekwalificeerd en zijn de data geëxcludeerd. Bij twee andere enquêtes klopten de invoerwaarden bij navraag wel, maar bleek het om uitzonderlijk kleine afdelingen te gaan, waar cliënten verblijven die lijden aan zeer com-

plexe, multi morbide problematiek (CIZ-indicaties zzp ggz-b7, structureel aangevuld met zorg volgens de regeling ‘Meerzorg’) die niet tot de doelgroep in het voorliggende onderzoek behoren. Daarom zijn ook de data van deze twee afdelingen geëxcludeerd.

Vervolgens zijn de invoerwaarden van de afzonderlijke variabelen bestudeerd. De data over ART, de faciliteiten en/of voorzieningen en het organisatiebeleid waren op enkele ontbrekende waarden na in orde. Daarom zijn alle data van de betrokken afdelingen ($n = 45$) geïnccludeerd. Een aantal onafhankelijke sub variabelen echter moest om verschillende redenen worden geëxcludeerd. Het gaat om de disciplinegroep ‘ondersteunende functies’, het ‘vloeroppervlak van de tuin en/of buitenplaats’ en de ‘FWG-indeling per discipline’ en de daarop gebaseerde ‘loonkosten’. In tabel II is te zien waarom ervoor gekozen is om deze variabelen te excluderen.

Tabel II
Redenen voor het excluderen van onafhankelijke sub variabelen

Variabele(n)	Waarom geëxcludeerd?
Ondersteunende disciplines	Onbetrouwbare toerekening aantallen fte naar verblijfsafdeling Onbetrouwbare samenstelling (te divers) Niet valide (te ver af van het primaire zorgproces)
Vloeroppervlak tuin/buitenplaats m ²	Onbetrouwbaar (van 10 m ² - >4.500 m ²) Onvolledig (door onwetendheid)
FWG-indeling disciplines	Niet valide
Loonkosten	Niet valide

Bij sommige verblijfsafdelingen staan ondersteunende disciplines in het formatieplaatsenplan, bij andere afdelingen niet. Als dat niet zo was bleken er voor de toerekening van deze disciplines naar de betreffende afdeling verschillende verdeelsleutels te worden gebruikt. Daarnaast bleek deze groep te divers te zijn samengesteld en diverse medewerkers ook op uiteenlopende manieren te worden ingezet. Bovendien waren de meningen verdeeld over hoe direct of indirect deze disciplines betrokken zijn bij het primaire zorgproces en al dan niet invloed uitoefenen op de mate van herstelgericht werken. Daarom is besloten ze niet in de analyse te betrekken.

Vanwege incorrect ingevulde en daardoor te veel uiteenlopende invoerwaarden is de variabele ‘vloeroppervlak tuin en/of buitenplaats in m² geëxcludeerd. Te veel controllers wisten dit niet of gaven in een toelichting aan hier een inschatting van te hebben gemaakt. Hierdoor was de informatie onbetrouwbaar.

Verder is besloten om de data over de FWG-indeling en de daarop gebaseerde loonkosten van zowel personeel in loondienst als personeel niet in loondienst niet in de analyse te betrekken, mede vanwege de eerder gemaakte keuze om de enquête te beperken tot die items, die van invloed kunnen zijn op het primaire zorgproces. Deze data kunnen op een later moment alsnog door de Nederlandse ggz worden gebruikt voor nader onderzoek. Ten behoeve van de data-analyse zijn vervolgens de aantallen fte in de verschillende salarisschalen per discipline(groep) bij elkaar opgeteld.

Beschrijvende statistiek

Ten behoeve van de data-analyse is de initiële dataset in Excel geïmporteerd in SPSS (66 – 70). In de definitieve dataset in SPSS zijn de namen van de bij het onderzoek betrokken zorgaanbieders en/of afdelingen verwijderd. Sommige variabelen zijn opnieuw gelabeld en er zijn ook nieuwe variabelen aangemaakt. Om in de regressieanalyse met nominale variabelen zoals ‘standalone/geclusterde setting’ of de ‘groep afdelingen met CIZ-indicaties over psychiatrie en gedragsproblematiek (de zzp’s ggz-b5/w3 en b7/w5)’ te kunnen werken, zijn dummyvariabelen aangemaakt.

Voor het descriptieve deel over hoe het werkveld georganiseerd is, is voor het ordenen en presenteren van de onderzoeksresultaten gebruik gemaakt van frequentietabellen, kruistabellen en grafieken (staafdiagrammen, histogrammen) en voor het beschrijven en samenvatten van gegevens is, afhankelijk van het meetniveau, gewerkt met de centrummaten rekenkundig gemiddelde, mediaan en modus, met de spreidingsmaten standaarddeviatie, standaardfout, variantie en bereik (hoogste versus laagste waarde) en met de verdelingsmaten normaalverdeling, scheefheid, box plots en scatter plots. Hetzelfde is gedaan met de totaalscore en de scores per item op de ART-monitor.

Om te onderzoeken of twee steekproefgemiddelden significant van elkaar verschillen (zoals bij open en gesloten settings) is indien nodig een ongepaarde t-test uitgevoerd. Om de samenhang tussen twee nominale variabelen te kunnen bepalen is naast de chi-kwadraat toets (niet gestandaardiseerd) ook gebruik gemaakt van de Cramer’s V (zoals bij cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wvggz op open en gesloten settings). Om te toetsen in hoeverre de scores op de ART-monitor normaal verdeeld waren, is vanwege de beperkte steekproef (n = 45) de Shapiro-Wilk test uitgevoerd.

Meervoudige lineaire regressieanalyse

Met behulp van een meervoudige lineaire regressie is gekeken naar het effect van de zes organisatiefactoren op de mate van herstelgericht werken.

$$(y) = a + b_1(x_1) + b_2(x_2) + b_3(x_3) + b_4(x_4) + b_5(x_5) + b_6(x_6)$$

Om het effect van de afzonderlijke onafhankelijke variabelen $x_1 - x_6$ op y te kunnen beoordelen zonder dat de andere 5 onafhankelijke variabelen veranderen, is gekeken naar de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten $b_1 - b_6$. Voorts is het zuivere effect van de verschillende onafhankelijke variabelen met behulp van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (de bèta's) met elkaar vergeleken.

Verder is gekeken naar gebruikelijke associatiematen als de multiële correlatiecoëfficiënt R en naar de proportie verklaarde variantie (R^2), om de sterkte en de richting van de samenhang tussen variabelen te bepalen respectievelijk te laten zien in welke mate de samenstelling van de cliëntgroep(en), de setting, de faciliteiten en/of voorzieningen, de kwantitatieve en kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team en het organisatiebeleid de varia(n)tie in de mate van herstelgericht werken op een verblijfsafdeling verklaren of voorspellen. Omdat meer verklarende variabelen altijd meer van de variantie kunnen verklaren is ook gekeken naar de adjusted R^2 , die hiervoor corrigeert.

De volgende assumpties zijn getest:

- Lineaire relatie afzonderlijke onafhankelijke variabelen en afhankelijke variabele;
- Lineaire relatie gezamenlijke onafhankelijke variabelen en afhankelijke variabele;
- Uitbijters per (sub) variabele;
- Uitbijters per groep variabelen;
- Normale verdeling van de ART-score(s);
- Homoscedasticiteit van residuen;
- Multicollineariteit.

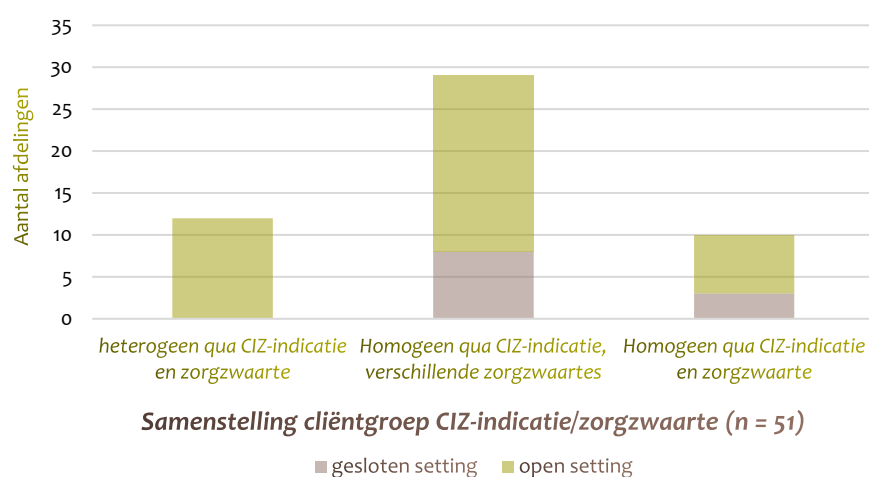
IV – Onderzoeksresultaten

A Samenstelling cliëntgroep(en) op de verblijfsafdelingen

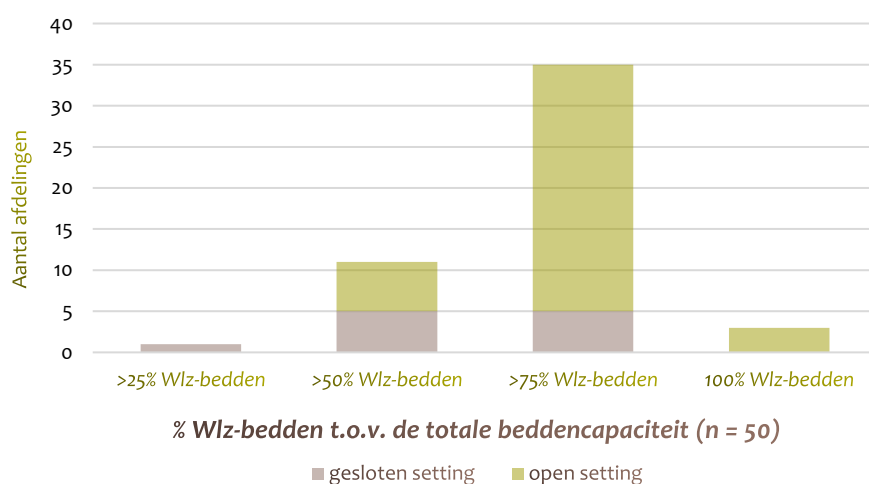
Hoe ziet de samenstelling van de cliëntgroep(en) eruit op de verblijfsafdelingen in de langdurige ggz? Heel wisselend in veel opzichten, zo blijkt. Vaak is er ook sprake van onvergelijkbare grootheden. Daarom zijn de meest kenmerkende karakteristieken van de bij het onderzoek betrokken afdelingen per individuele cliënt of per groep van 25 cliënten in beeld gebracht. Bij de samenstelling van de cliëntgroepen is gekeken naar de CIZ-indicaties en de zorgzwaarte, de beddencapaciteit per wettelijk domein en het percentage cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wvvggz.

CIZ-indicaties, beddencapaciteit Wlz/Zvw, Wvvggz-cliënten en groepsgrootte per unit

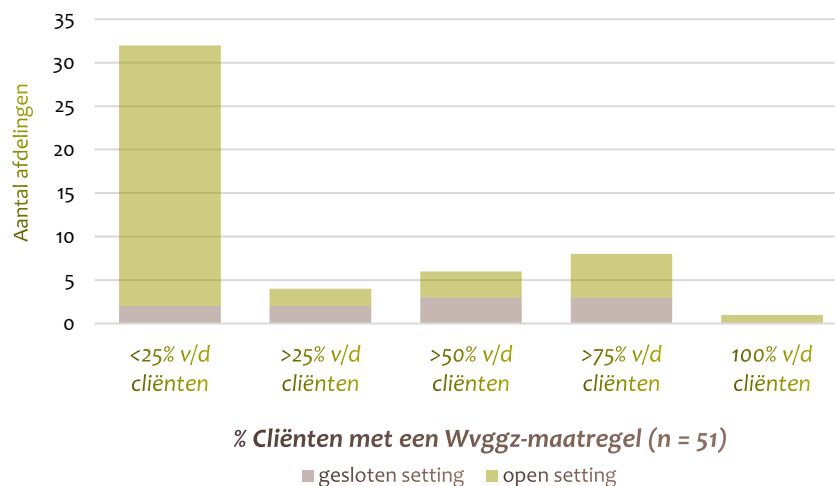
Figuur I



Figuur II



Figuur III



Tabel III

% Wvggz-cliënten op open en gesloten settings (n = 51)

		Open setting	Gesloten setting	Totaal
% Cliënten met Wvggz-maatregel	100%	1	2	3
	>75%	6	3	9
	>50%	1	3	4
	>25%	0	2	2
	<25%	31	2	33
Totaal		39	12	51

$\chi^2 = (1, N = 51) = 21,569^a$; $V = ,650$ ($p < ,001$)^a (^a = 70% < 5 observaties, verwachte frequentie ,47 = <1)

Hoe is de samenstelling van de cliëntgroep(en) op de verblijfsafdelingen te duiden? Het werkveld heeft aangegeven breder te kijken dan alleen naar de CIZ-indicaties en de zorgzwaartes (de aard van de problematiek, uitgedrukt in zzp's over psychiatrie en somatiek (ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4), en over psychiatrie en gedragsproblematiek (zzp's ggz-b5/w3 en ggz-b7/w5). Uit figuur I is af te leiden dat dit wel een belangrijk ordeningsprincipe is voor de organisatie van zorg op de afdelingen. De meeste afdelingen ($n = 29$) huisvesten óf cliënten met de zzp's ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4 óf cliënten met de zzp's ggz-b5/w3 en ggz-b7/w5; homogene cliëntgroepen in verschillende zorgzwaartes. Een kleiner aantal afdelingen ($n = 10$) onderscheidt ook nog naar zorgzwaartes en heeft groepen cliënten in alleen zzp ggz-b4 of ggz-b6 of in alleen zzp ggz-b5 of ggz-7 op de afdeling. Bijna een kwart van de afdelingen (23,5%) bestaat uit heterogene cliëntgroepen, zowel qua CIZ-indicaties als zorgzwaartes.

Als gekeken wordt naar de beddencapaciteit in figuur II, is er op 3 verblijfsafdelingen na overall sprake van gemengd samengestelde cliëntgroepen van zowel Wlz-cliënten als Zvw-cliënten (cliënten in het 2^e en 3^e jaar verblijf). De meeste afdelingen ($n = 35$) hebben een relatief klein aantal Zvw-bedden ($<25\%$), de meeste andere afdelingen ($n = 11$) hebben 25 – 50% Zvw-bedden. Desgevraagd geven de behandelaars van deze afdelingen aan ook geen onderscheid op unitniveau te maken; de Wlz- en Zvw-cliënten komen hier op de hele afdeling samen voor. Omdat maar één afdeling een substantieel deel Wfz-bedden opgaf, is die hier buiten beschouwing gelaten. Van de drie afdelingen met alleen maar Wlz-bedden bieden er twee ouderenzorg en één volwassenenzorg.

Voor wat betreft het percentage cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wvggz (figuur III) vallen vooral de vijf open afdelingen met meer dan 75% en één open afdeling met 100% van deze cliënten op, omdat op de meeste andere open afdelingen ($n = 30$) minder dan 25% van de cliënten een juridische maatregel heeft. Bij deze zes afdelingen hebben de controllers aangegeven dat het om een bijzondere setting gaat; de meeste cliënten op die afdelingen krijgen verplichte zorg via een zorgmachtiging, die langer dan één jaar duurt. Omdat deze cliënten niet in al hun vrijheden worden beperkt kunnen zij zich zelfstandig buiten de afdeling begeven. Op gesloten settings komen naar verwachting meer cliënten met een juridische maatregel voor dan op open settings (gesloten settings $M = 56,2\%$, $SD = 36,43$; open settings $M = 20,7\%$, $SD = 31,14$). Ook hier geldt dat de meeste van deze cliënten verplichte zorg krijgen via een zorgmachtiging. In sommige gevallen is er sprake van een korter durende crisismaatregel (minimaal 3 dagen, maximaal 3 weken met eventuele verlenging tot aan een zorgmachtiging). In verband met de steekproefgrootte (zie tabel III) was het niet mogelijk om (de sterkte van) het verband tussen het percentage cliënten met een Wvggz-maatregel en het verblijf op een open of gesloten statistisch te toetsen c.q. aan te tonen.

B Gebouwen en inrichting van de verblijfsafdeling

In 2008 heeft het College bouw zorginstellingen (71) inzichtelijk gemaakt en geconcretiseerd wat de belangrijkste omgevingsvariabelen zijn waarmee in het ontwerp van een zorggebouw rekening kan worden gehouden. Geconcludeerd werd dat grootschalige

gebouwencomplexen met een institutionele en utilitaire uitstraling niet meer pasten in een tijd, waarin het perspectief van de cliënt en diens welbevinden steeds belangrijker zijn geworden. Het was het college erom te doen een totaaloverzicht te bieden van variabelen die een positieve bijdrage leveren aan de ruimtelijke kwaliteit van gezondheidszorggebouwen. *“De fysieke omgeving is in dit geval niet direct van invloed, maar de omgeving kan indirect wel een voor de cliënt essentieel proces als sociale steun accommoderen. De indirecte invloed van de fysieke omgeving via psychologische processen, waarvan stress gezien wordt als één van de belangrijkste, is vele malen groter dan de directe invloed van de fysieke omgeving (72).* De auteurs noemen een aantal psychische processen en factoren waarlangs de fysieke omgeving de gezondheid en het welzijn kan beïnvloeden. Het gaat dan globaal genomen om stress, de ervaren controle of invloed op de omgeving, de negatieve emoties (druktebeleving, agressie, angst) die de fysieke omgeving kan oproepen, gezondheid bevorderend gedrag (het doorbreken negatieve gewoonten) en restauratieve effecten (ontspanning, rustgevendende of herstellende effecten van onder andere natuur). *“In de gezondheidszorg liggen de stressniveaus vaak al hoog als gevolg van bezorgdheid, angst en complexiteit van de omgeving, of omdat men te maken kan hebben met gebruikers die bijzonder gevoelig zijn voor stress, zoals psychiatrische patiënten. Het is dan ook van groot belang stressgevendende factoren uit de fysieke omgeving te elimineren en stress verhelpende factoren te bevorderen. Dit kan bijvoorbeeld via het weghalen van ‘ambient’ stressors zoals het treffen van akoestische maatregelen bij geluidsoverlast, het faciliteren van sociale ondersteuning, het bieden van controle en keuzemogelijkheden, het bieden van positieve afleiding in de vorm van aantrekkelijke activiteiten en uitzicht (ibid.).”*

Alhoewel er in de langdurig klinische ggz nog steeds sprake is van gebouwencomplexen met een institutionele en utilitaire uitstraling, is er gedurende de afgelopen twee decennia ook veel nieuwbouw gepleegd. Mede onder invloed van rehabilitatiemethodieken als de Individuele Rehabilitatie Benadering en Systematisch Rehabilitatiegericht handelen is er bovendien steeds meer aandacht voor het perspectief van de cliënt, wordt diens welbevinden heel belangrijk gevonden. Daarom is er veel aandacht voor de behoefte(n) van cliënten aan sociale interactie en voor het kunnen reguleren daarvan (om te kunnen kiezen tussen alleen zijn en samen zijn) en het soort interactie (alleen een praatje willen maken of juist een persoonlijk gesprek willen voeren). Het werkveld is er sterk van overtuigd dat de sociale interactie mensen ontspanning en afleiding biedt, dat het persoonlijk

en maatschappelijk herstel stimuleert en dat het steun biedt. *“Sociale steun door familie, vrienden en eventueel ook lotgenoten, wordt gezien als een belangrijke ‘coping strategie’ voor mensen om met stressvolle situaties, waaronder ziekte inclusief alles wat daarmee samenhangt, om te gaan. Ook kan het herstel bevorderen (ibid.).”* Daarom zijn huiskamers, ontspanningsruimten, lounges, zitjes en/of nissen (in het voorliggende onderzoek gegroepeerd onder de verzamelnaam ‘groepsruimten’) en buitenruimte van belang voor het herstelproces.

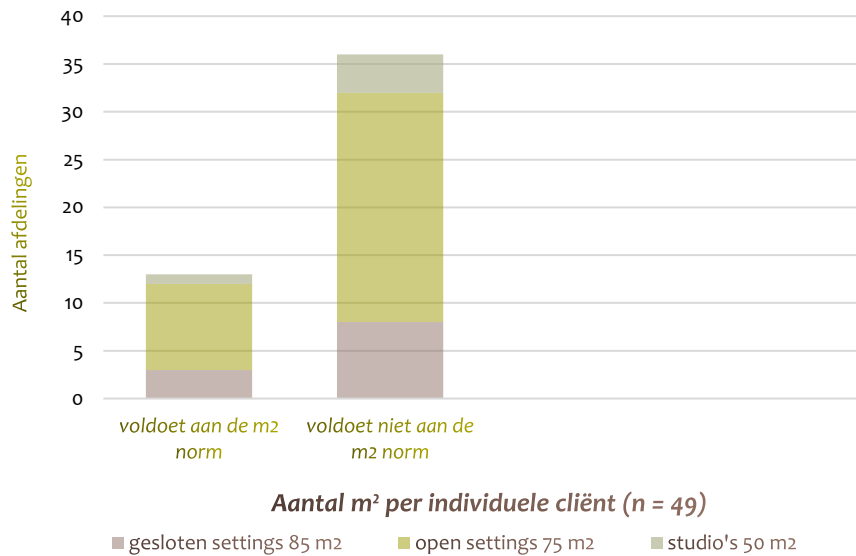
Tegelijkertijd zeggen behandelaars en andere direct bij het primaire zorgproces betrokken disciplines veel belang te hechten aan de privacy van hun cliënten, omdat gebrek aan privacy kan leiden tot het verlies van controle en autonomie. Het bieden van eenpersoonkamers bijvoorbeeld is bij uitstek een manier om die privacy te optimaliseren en cliënten te voorzien van een eigen territorium. Op vier afdelingen na ($n = 51$) beschikken verder alle verblijfsafdelingen over alleen maar eenpersoonkamers. Andere privacygevoelige ruimten die volgens hulpverleners van belang zijn bij het individuele herstel van cliënten zijn spreekkamers of gespreksruimten. Die bieden ruimte aan zowel diverse behandel- en begeleidingsactiviteiten als aan het triadisch werken tussen cliënt, diens naasten en de professionals. Daarom zijn beide variabelen hier in beeld gebracht.

Daarnaast is gevraagd naar therapie- en/of trainingsruimten, omdat er (vanwege de sociale interactie en van elkaar leren) behoorlijk wat herstelactiviteiten en groepen worden aangeboden. Door het educatieve karakter van deze activiteiten is een ander type ruimte nodig dan de eerdergenoemde soorten groepsruimte. In een therapie- en/of trainingsruimte worden bijvoorbeeld peer supportgesprekken gevoerd met ervaringsdeskundigen, trainingen stressmanagement en sociale vaardigheden gegeven, maar er is er ook ruimte voor yoga of een workshop mindfulness.

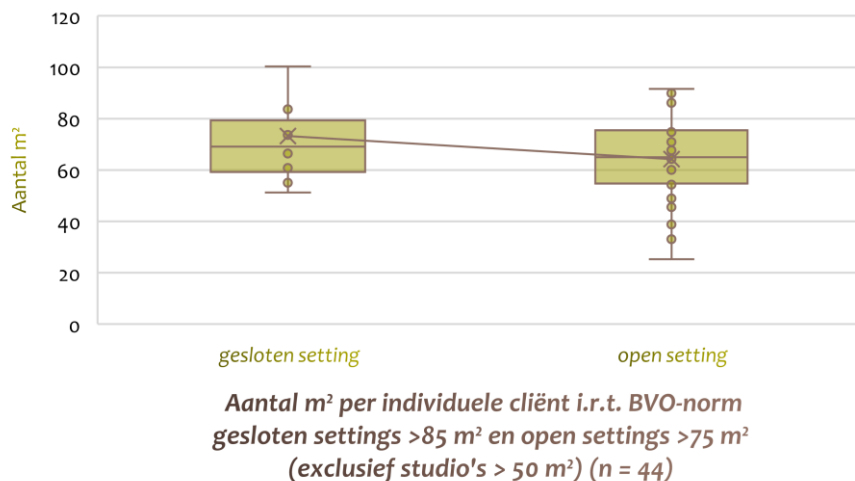
Groeps- en ontspanningsruimten, gespreksruimten en therapie- en/of trainingsruimten

Hoe ziet het werkveld er qua setting uit? Eerst is gekeken naar de beschikbare hoeveelheid m^2 per individuele cliënt op een afdeling en of de afdeling daarmee voldoet aan de BVO-norm van $\geq 85 m^2$ voor gesloten settings ($n = 11$), $\geq 75 m^2$ voor open settings ($n = 33$) of $50 m^2$ voor studio's ($n = 5$) (43). In figuur IV is te zien dat bijna driekwart van de verblijfsafdelingen ($n = 49$) niet voldoet aan de vereiste aantallen m^2 per individuele cliënt.

Figuur IV

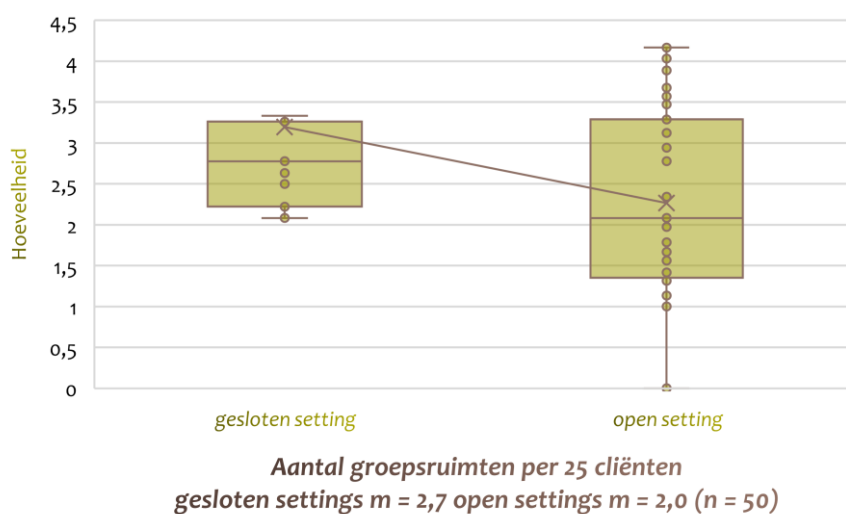


Figuur V



Op gesloten afdelingen hebben cliënten gemiddeld 73,2 m² tot hun beschikking, op open afdelingen 64,2 m² ($p = ,135$). Uit figuur V is af te leiden dat de helft van de gesloten afdelingen $\leq 69,1$ m² beschikbaar heeft per individuele cliënt, dat is $\geq 15,9$ m² minder dan de norm voorschrijft. Desgevraagd blijkt dit op één afdeling na om oudbouw te gaan. Bij de afdelingen die 80 – 100 m² beschikbaar hebben gaat het op 2 afdelingen na om nieuwbouw (<10 jaar oud). De helft van de open afdelingen heeft $\leq 64,9$ m² beschikbaar per individuele cliënt, dat is $\geq 10,1$ m² minder dan de norm voorschrijft. Een kwart heeft 65 – 75 m² beschikbaar, en een kwart ≥ 75 m² (en voldoet daarmee aan de norm). Het gemiddelde oppervlak van een studio is 48,5 m². Eén afdeling met studio's voldoet aan de norm van 50 m², de overige vier niet.

Figuur VI

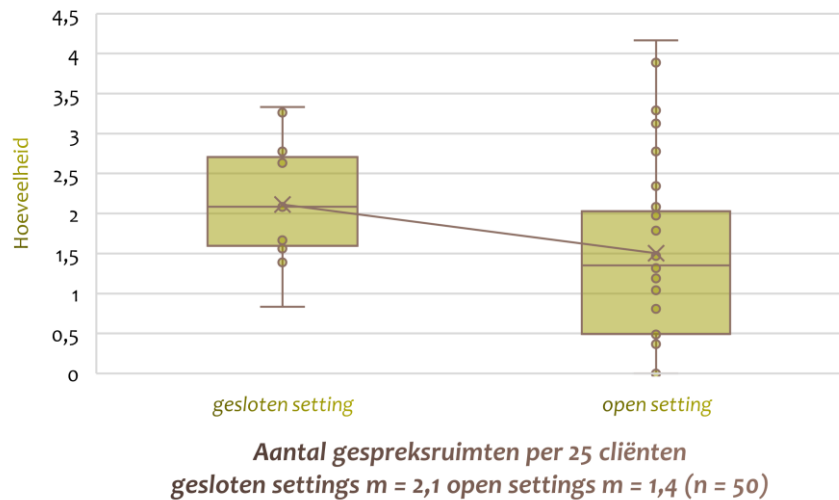


Hoeveel groepsruimten hebben de afdelingen tot hun beschikking? De gesloten afdelingen beschikken gemiddeld over 3,2 en de open afdelingen over 2,3 groepsruimten per 25 cliënten ($p = ,051$). Bij de open afdelingen is een veel grotere spreiding waarneembaar dan bij de gesloten afdelingen. Dit lijkt met name te worden veroorzaakt door de sterk uiteenlopende typen huisvesting van (een) open afdeling(en); zowel klassieke groepsverblijven met verschillende units als studio's of huisvesting voor alleenstaanden en tweepersoonshuishoudens (zogenoemde 'HAT-eenheden') maken hier onderdeel van uit. Bij HAT-eenheden is bewust niet voorzien in gezamenlijke groepsruimte(n). Op gesloten afdelingen is bovendien minder variatie mogelijk door striktere bouw- en/of ontwerpeisen en is meer groepsruimte beschikbaar voor 25 cliënten dan op open afdelingen. Desgevraagd vinden behandelaars en andere hulpverlenende disciplines het lastig om aan te geven hoeveel groepsruimte er precies nodig is om voldoende mogelijkheid tot sociale interactie, ontspanning en afleiding te bieden aan een groep van 12 of 25 cliënten. In de praktijk heeft men naar eigen zeggen ook gewoon te dealen met het gebouw dat hen ter beschikking staat, ook al is dat niet in optima forma.

Hoe ziet dat eruit voor wat betreft de gespreksruimten op de afdelingen? Een centraal kantoor op de afdeling waar hulpverleners zich terugtrekken past niet bij de gewenste teamcultuur en visie (items 20 – 25 in de ART-monitor) van herstelgericht werken. Dat is iets anders dan gespreksruimten, waarin de behandeling en/of begeleiding van individuele cliënten plaatsvindt, het triadisch werken tussen de cliënt, diens familie en de professional(s)

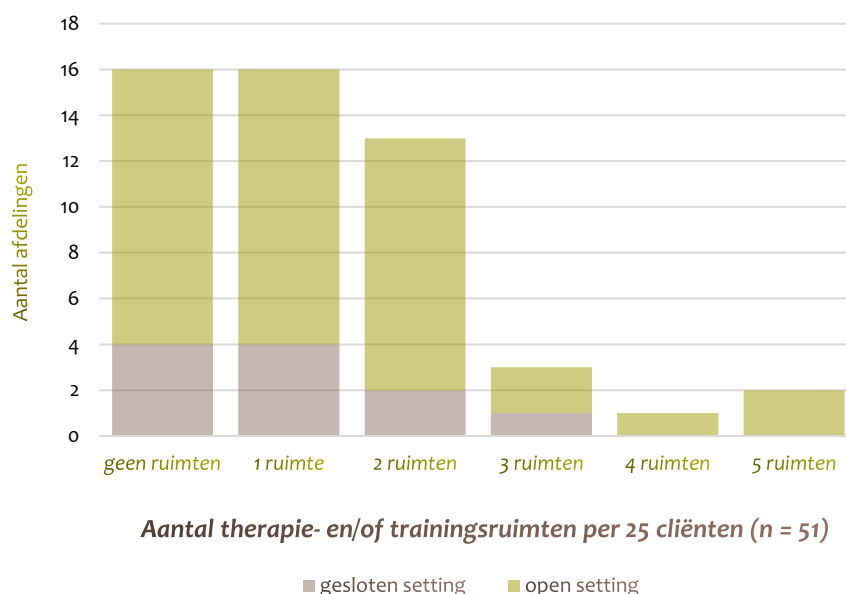
tot stand komt en de cliënten toekomen aan het vertellen van hun levensverhaal, het gewenste herstelperspectief en de doelen waar zij aan willen werken. Volgens hulpverleners zijn gespreksruimten nodig om het werk goed te kunnen doen, met respect voor de privacy van cliënten.

Figuur VII



Vergelijkbaar met de hoeveelheid groepsruimten verschilt de hoeveelheid gespreksruimten tussen de open en gesloten settings; de gesloten afdelingen beschikken gemiddeld over 2,1 en de open afdelingen over 1,5 gespreksruimten per 25 cliënten ($p = 1,39$). Ook hier is bij de open afdelingen een veel grotere spreiding waarneembaar dan bij de gesloten afdelingen.

Figuur VIII



Ruim 30% van de afdelingen ($n = 16$) heeft geen therapie- en/of trainingsruimte. De bijna 70% overige afdelingen ($n = 35$) heeft één of meer ruimten ter beschikking om verschillende herstelactiviteiten en groupe aan te bieden. Op sommige afdelingen worden therapie- en/of trainingsruimten volgens de controllers ook gebruikt als gespreksruimten, of andersom. Door die dubbele functie worden de ter beschikking staande ruimtes naar eigen zeggen efficiënter benut. Het gaat in al deze gevallen om kleinere afdelingen met $<60 \text{ m}^2$ per individuele cliënt. De zes verblijfsafdelingen die drie of meer therapie- en/of trainingsruimten tot hun beschikking hebben zijn onderdeel van een geclusterde setting en delen deze ruimten met één of meer andere afdelingen.

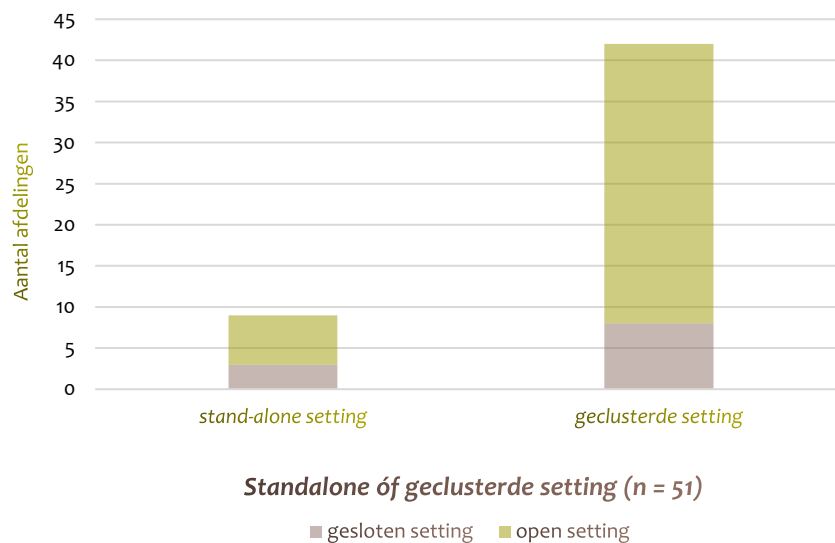
Inrichting van de gebouwen in verband met veiligheid

Soms kan een cliënt niet kiezen waar hij of zij wil wonen of verblijven. Meestal is dat in het kader van een wettelijke maatregel (zie pagina 42). Van Mierlo et al. (3) zeggen hierover het volgende: *“Als opgeschaalde zorg binnen ART, aangevuld met korte HIC-opnamen, onvoldoende blijkt, dan is onverhoopt soms klinische opschaling nodig met meer beveiliging voor een langere tijd. Zoals eerder genoemd past het binnen de ambitie van ART om deze groep te reduceren tot nul, maar zolang deze groep bestaat, willen we ook voor hen optimale zorg kunnen bieden. [...] Er wordt in de bouw rekening gehouden met voldoende persoonlijke ruimte (minimaal een zit- en slaapkamer met sanitaire voorzieningen en keukenblok) waar flexibel kan worden omgegaan met een voordeur en achterdeur, die al dan niet afgesloten kunnen worden. Zo kan men de ene keer het wonen meer richten op de afdeling en beveiliging en dan weer op openheid en zelfstandigheid. Een dergelijke afdeling heeft een intensive care [unit, aut.] (zonder extra beveiligde kamer), waar intensieve 1-op-1 begeleiding kan worden geboden. De extra beveiligde kamer (EBK) behoort niet tot het arsenaal van ART. Indien ART-zorg goed geïmplementeerd is, is separatie in de langdurige zorg niet nodig, en zal in voorkomende gevallen geschakeld worden met de High & Intensive Care (HIC).”* Nu is de vraag hoe dat eraan toegaat in de dagelijkse praktijk.

Nog veel afdelingen huisvesten cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wvggz (zie figuur III, pagina 50) en vaak is sprake van klinisch verblijf met meer beveiliging voor langere tijd. Voorts blijkt dat de meeste (open en gesloten) afdelingen minder m^2 per individuele cliënt beschikbaar hebben dan de norm voorschrijft (zie pagina 47 – 48). Hoe

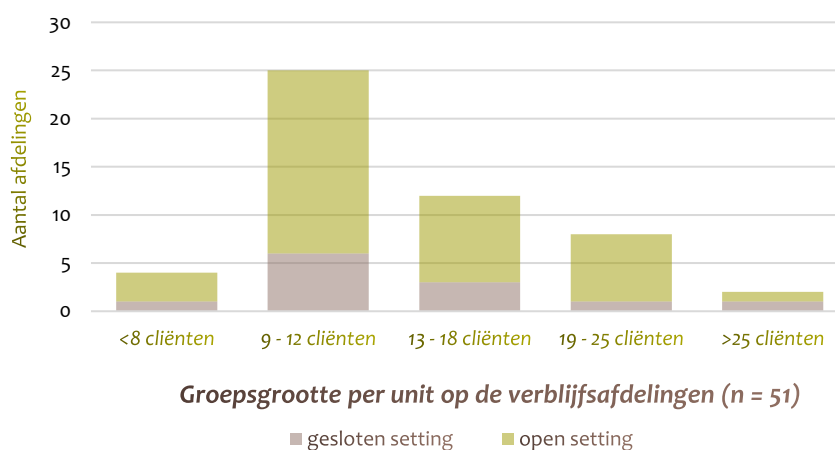
zorgen de afdelingen onder die condities voor een veilig afdelingsklimaat, zoals beschreven in domein 7 van de ART-monitor (de items 34 – 38) over veiligheid en vrijheidsbeperking, terwijl zij regelmatig worden geconfronteerd met incidenten als gevolg van gedragsproblematiek van hun cliëntèle? Gekeken is naar de hoeveelheid standalone of geclusterde verblijfsafdelingen in dit cohort, naar de groepsgrootte per unit en naar de aanwezigheid van een ICU, EBK of klassieke separeerruimte (SEP).

Figuur IX



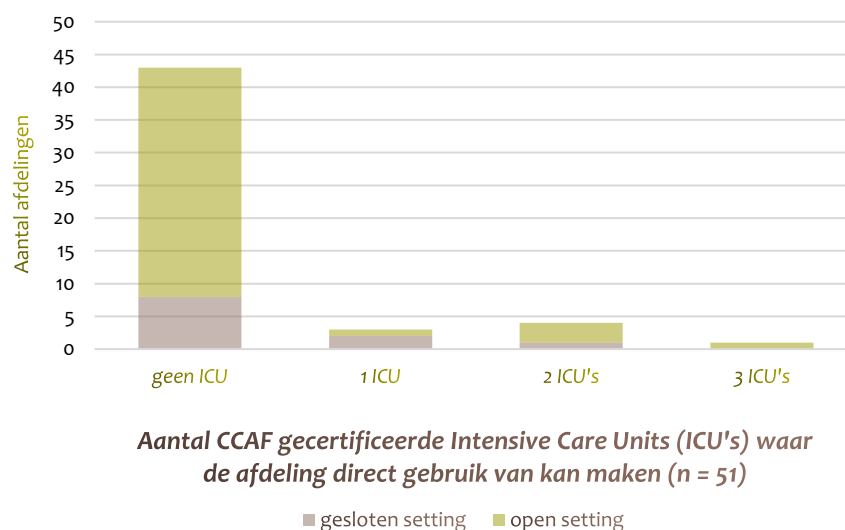
Het gros van de verblijfsafdelingen (n = 42) is onderdeel van een geclusterde setting; indien nodig is er direct hulp voorhanden van andere teams in de directe nabijheid. Standalone afdelingen (n = 9) daarentegen, of die zich nu op of buiten een instellingsterrein bevinden, moeten het zonder die hulp doen, en dienen hier bij de organisatie van zorg (en dan met name qua bemensing) rekening mee te houden.

Figuur X

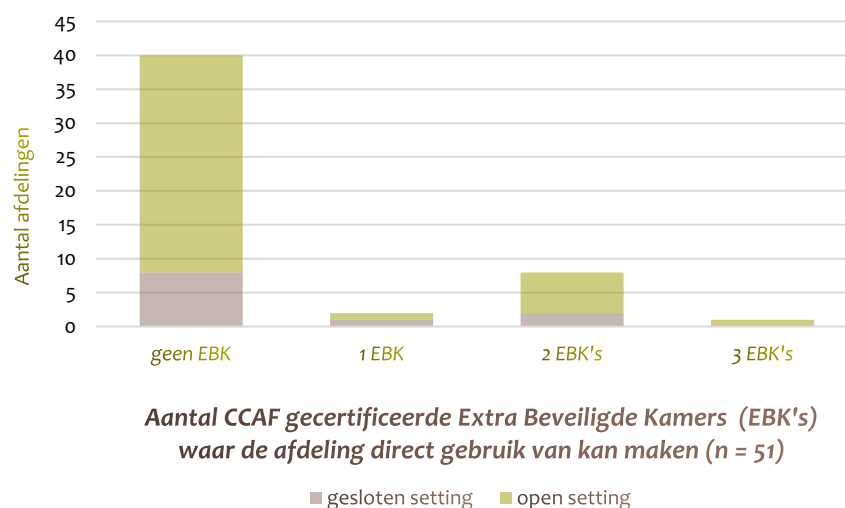


Iets meer dan de helft van de open en gesloten settings (n = 29) heeft units waar maximaal 12 cliënten verblijven. Zij voldoen daarmee aan de norm uit het normatieve kostenmodel van de Nederlandse ggz (2020), waarmee de doorrekening van het ART-model is gemaakt (zie de inleiding en bijlage III 'Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen'). Toch is er nog een substantieel deel van 22 afdelingen dat meer dan 12 cliënten op een unit gehuisvest heeft, waarvan er bij 10 afdelingen meer dan 18 cliënten en bij 2 afdelingen meer dan 25 cliënten op een unit verblijven. Zij voldoen dus niet aan de norm die het werkveld voor zichzelf heeft gesteld. In de laatste twee gevallen gaat het om oudbouw die binnenkort vervangen wordt door nieuwbouw en dan voldoen de units van beide afdelingen met een groeps grootte van 10 personen ruimschoots aan de norm.

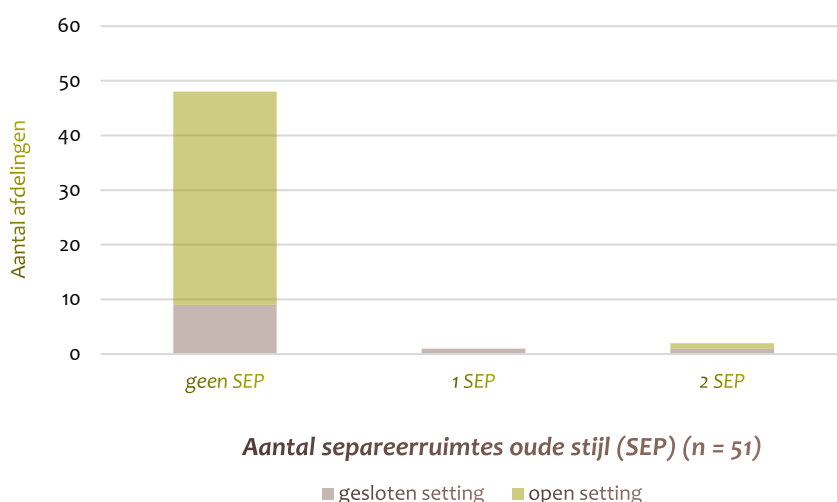
Figuur XI



Figuur XII



Figuur XIII



Daar waar de ICU's nog maar mondjesmaat aanwezig zijn in vergelijking met wat het ART-model (3) van klinische voorzieningen verlangt, valt het op dat de klassieke separeerruimte op nog maar 3 van de 51 afdelingen voorkomt. Het lijkt erop dat dit (door velen verfoeide) construct zijn langste tijd heeft gehad. Op 11 andere afdelingen komen EBK's voor, de modernere, patiëntvriendelijke(r) vervangers van separeerruimtes. Wat meteen in het oog springt, is dat de gesloten settings ten opzichte van de open settings relatief weinig EBK's hebben. Enige voorzichtigheid is geboden bij het duiden van de figuren XI – XIII. Het al dan niet beschikken over een EBK zegt nog niets over het daadwerkelijk gebruik ervan. Het gebruik zelf echter is niet in kaart gebracht. Om toch enig gevoel te krijgen bij hoe open en gesloten settings omgaan met veiligheid is gekeken naar hoe de afdelingen (op een schaal van 1 – 5) gescoord hebben op de items 35, 37 en 38 van de ART-monitor, die gaan over conflicthantering en persoonlijke veiligheid, respectievelijk de aandacht van een afdeling voor conflictsituaties en nazorg en over dwangtoepassing en evaluatie (zie tabel IV).

Tabel IV

Scores op de omgang met veiligheid op open en gesloten settings (n = 45)

Items ART-monitor	M open afd. (n = 11)	M gesloten afd. (n = 34)
35 Conflicthantering/persoonlijke veiligheid	3,71	4,27
37 Aandacht voor incidenten en nazorg	3,85	3,82
38 Dwangtoepassing en evaluatie	3,88	4,00

Scores op een schaal van 1 – 5.

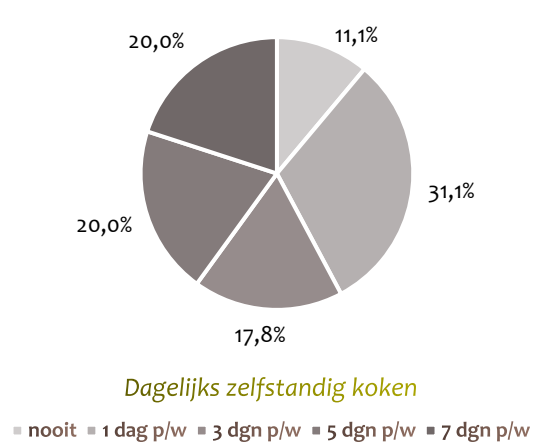
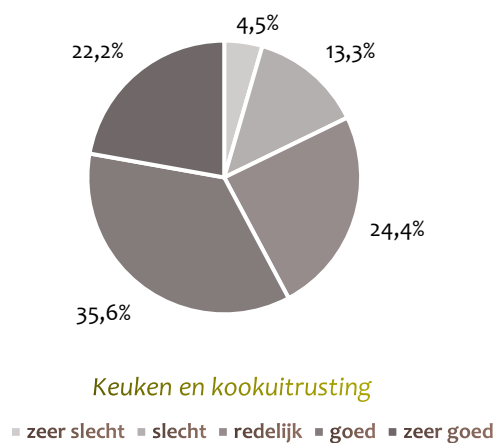
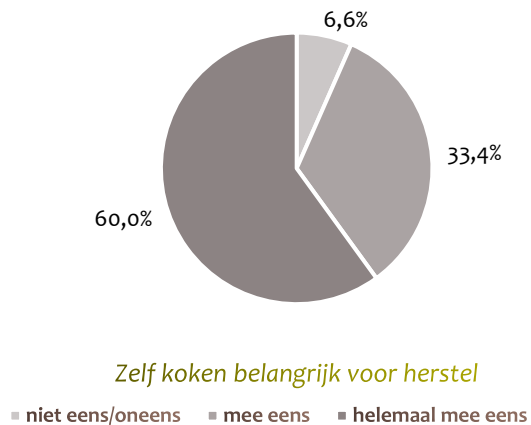
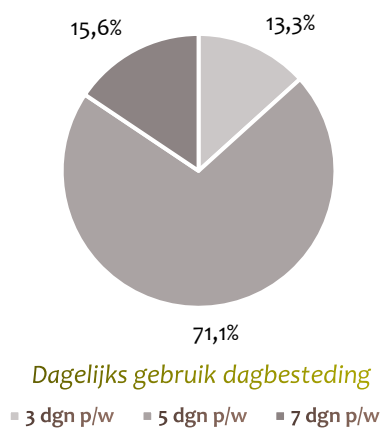
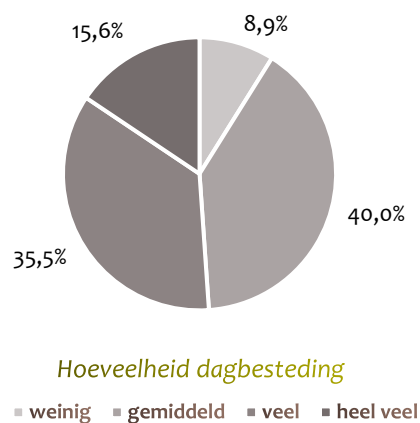
In tabel IV is te zien dat open en gesloten settings gemiddeld genomen nauwelijks verschillen in hun aandacht voor incidenten en nazorg op de afdeling en in dwangtoepassing en evaluaties daarvan. Gegeven de criteria bij deze items in de ART-monitor mag dan verondersteld worden dat teamleden, cliënten en naasten een veilige omgeving ervaren, dat er na een incident naar behoefte nazorg wordt aangeboden aan cliënten, het team en in de meeste gevallen ook aan familie of naasten. Het structureel aan de orde stellen van veiligheid in de triadegesprekken tussen de cliënt, diens naasten en de professional is voor de meeste afdelingen nog een verbeterpunt.

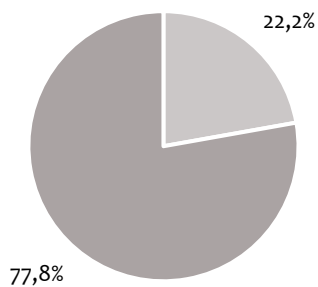
Daarnaast gaan afdelingen overwegend terughoudend om met dwangtoepassingen en hanteren zij actief beleid met betrekking tot het terugdringen van dwang en drang, zijn de signaleringsplannen van cliënten leidend hierbij en worden dwangtoepassingen na dien geëvalueerd met de cliënt en diens naasten. Het benutten van die evaluaties als leermoment voor het team, om de handelswijze structureel te evalueren en aan te passen, is voor de meeste afdelingen nog een verbeterpunt. Ofschoon het verschil niet significant is ($t(43) = 1,917; p > 0,05$), scoren de gesloten afdelingen naar verwachting gemiddeld hoger dan de open afdelingen op het gebied van conflicthantering en persoonlijke veiligheid.

C Faciliteiten en/of voorzieningen

Hoe kijkt het werkveld naar de faciliteiten en/of voorzieningen op of in de buurt van de verblijfsafdelingen? Zijn die van wezenlijk belang voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten op de afdeling? En wat doet men eraan om de cliënten hierin te ondersteunen? Wordt er voldoende van aangeboden en kunnen cliënten hier indien gewenst of zoveel als nodig is gebruik van maken? De ontwikkelaars van het ART-model (3) hebben benadrukt dat ART niet op zichzelf staat en refereren aan de definitie van rehabilitatie, dat het erom gaat mensen met ernstige beperkingen te helpen om beter te functioneren, zodat zij met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten kunnen hebben in een omgeving van eigen keuze, met zo min mogelijk professionele hulp. In de dagelijks praktijk betekent dat voor cliënten vaak oefenen, oefenen en nog eens oefenen. Dan helpt het als zij gebruik kunnen maken van een goed voorzieningenaanbod.

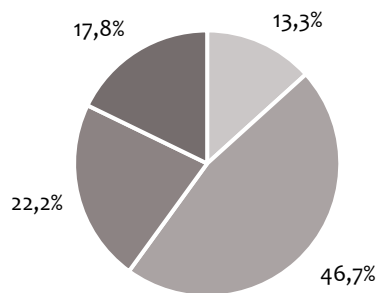
Figuren XIV – XXVIII (n = 45)





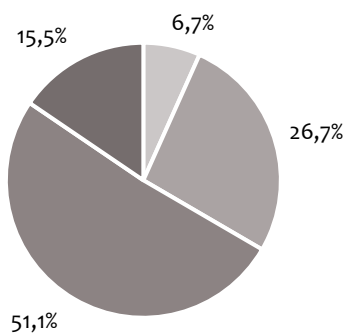
Sporten belangrijk voor herstel

■ mee eens ■ helemaal mee eens



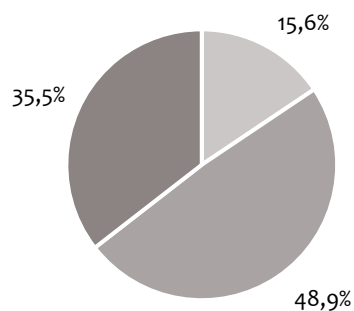
Hoeveelheid sportfaciliteiten

■ weinig ■ gemiddeld ■ veel ■ heel veel



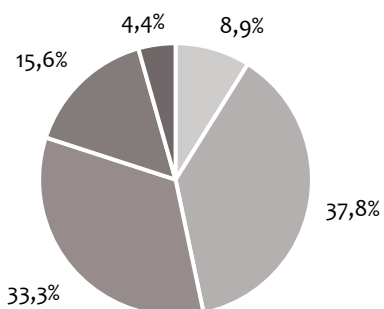
Dagelijks gebruik sportfaciliteiten

■ 1dag p/w ■ 3 dgn p/w ■ 5 dgn p/w ■ 7 dgn p/w



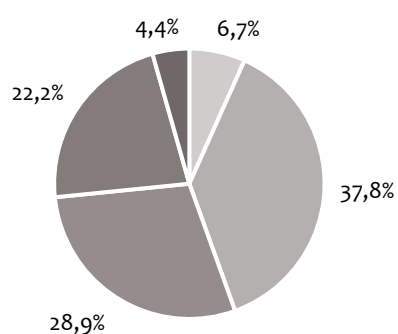
Digitale middelen belangrijk voor herstel

■ niet eens/oneens ■ mee eens ■ helemaal mee eens



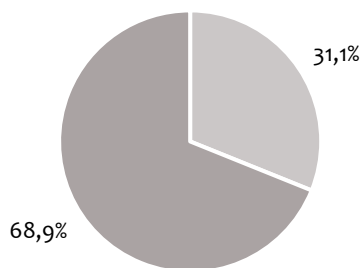
Hoeveelheid digitale middelen

■ heel weinig ■ weinig ■ gemiddeld ■ veel ■ heel veel



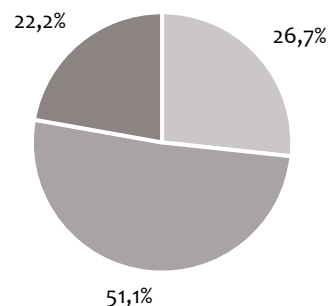
Inzet digitale middelen

■ nooit ■ zelden ■ soms ■ vaak ■ altijd



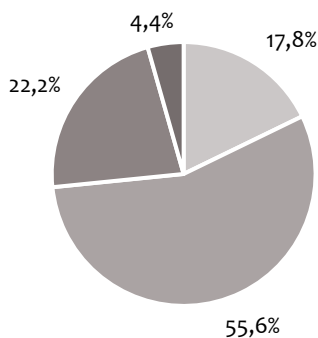
Sociale voorz. belangrijk voor herstel

■ mee eens ■ helemaal mee eens



Hoeveelheid sociale voorzieningen

■ weinig ■ gemiddeld ■ veel



Dagelijks gebruik sociale voorzieningen

■ 1 dag p/w ■ 3 dgn p/w ■ 5 dgn p/w ■ 7 dgn p/w

Uit de figuren XIV - XXVIII is veel af te leiden over het aanbod en gebruik van faciliteiten en/of voorzieningen op de verblijfsafdelingen in het voorliggende onderzoek, zeker in relatie tot het belang dat hulpverleners hieraan hechten. De meeste respondenten zeggen het er helemaal mee eens te zijn dat zinvolle dagbesteding, zelfstandig leren koken, actief bewegen en deelnemen aan sociale activiteiten belangrijk zijn voor het individuele herstel van cliënten. Het belang van digitale middelen scoort net iets lager. Opvallend is dat de hoeveelheid faciliteiten en/of voorzieningen en het daadwerkelijk gebruik ervan door cliënten minder, soms veel minder hoog scoren.

Van oudsher maakt dagbesteding integraal onderdeel uit van het totale behandel- en begeleidingsaanbod in de langdurig klinische ggz. Afgaande op de prestatiebeschrijvingen van de NZa met betrekking tot de zzp's ggz-b4, 5, 6 en 7 (73) maakt het werkveld vaak

onderscheid tussen ‘ondersteunende begeleiding’ en ‘activerende begeleiding’. Dagbesteding in het kader van herstelgericht werken is te zien als een vorm van activerende begeleiding, waarbij samen met de cliënt het herstelperspectief wordt verkend en gekeken wordt welke dagactiviteiten daar het beste bij passen. De grootste groep hulpverleners (40%) zegt dat er in dat kader een gemiddelde hoeveelheid dagbesteding wordt aangeboden, een iets kleinere groep (35,5%) zegt dat er veel wordt aangeboden. Op 71,1% van de verblijfsafdelingen kunnen cliënten daar indien gewenst vijf dagen per week gebruik van maken.

Alhoewel leren koken door het gros van de respondenten (heel) belangrijk gevonden wordt voor herstel, en meer dan de helft van hen ook tevreden is over de keuken en de kookuitrusting op de afdeling, blijft het al dan niet zelfstandig koken met en door cliënten hierop achter. Op 60% van de afdelingen worden minder dan de helft van de week eigen maaltijden voorbereid.

Voor sporten geldt het tegenovergestelde. Ook dit wordt (heel) belangrijk gevonden door alle respondenten, en op meer dan de helft van de afdelingen kunnen cliënten daar ook 5 dagen per week gebruik van maken, maar het aanbod hierin lijkt enigszins tegen te vallen. Er zijn afdelingen met een eigen fitnessruimte, maar daar wordt naar eigen zeggen weinig gebruik van gemaakt. Sommige behandelaars geven aan dat de meeste sportaccommodaties buiten het instellingsterrein en dus wat verderaf gelegen zijn. Het is niet gevraagd, maar dat zou een drempel voor cliënten kunnen opwerpen om te gaan, hoe goed dit ook zou passen bij hun persoonlijk en/of maatschappelijk herstel.

Dat effect lijkt zich nog iets sterker af te tekenen bij sociale voorzieningen. Een afdeling die volgens het ART-model werkt, heeft de blik naar buiten gericht; het zorgaanbod van de afdeling zou ingebed moeten zijn in een breder palet aan maatschappelijke voorzieningen, het liefst buiten de instelling. Op de werkvloer blijkt dit nog geen praktijk van alledag te zijn. De vraag is in hoeverre de verblijfsafdelingen de blik daadwerkelijk naar buiten hebben gericht, omdat er in de afgelopen jaren wel veel cliëntgeoriënteerde initiatieven als herstelwerkplaatsen en/of herstelacademies zijn ontwikkeld, die zich buiten het instellingsterrein bevinden. Hier zijn de respondenten nadrukkelijk op geattendeerd (zie bijlage IV ‘Handleiding vragenlijst deNLggz organisatie Wlz-zorg’), mede gelet op de items 3 en 4 in de ART-monitor over maatschappelijke participatie en kennis van het regionale netwerk (zie tabel V).

Tabel V*Scores op maatschappelijke participatie en kennis v/h regionale netwerk (n = 45)*

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>
3 Maatschappelijke participatie	2,62
4 Kennis v/h regionale netwerk	2,76

Scores op een schaal van 1 – 5.

De verblijfsafdelingen scoren gemiddeld genomen laag op maatschappelijke participatie en kennis van het regionale netwerk. Voor wat betreft maatschappelijke participatie zijn de criteria in de ART-monitor dat er met alle cliënten stappen worden gezet in de sociale activering en deelname aan de samenleving, dat de participatieladder hierbij wordt gebruikt, dat het hele team zich hiervoor verantwoordelijk voelt, dat het team actief zoekt naar kansen en mogelijkheden voor cliënten bij maatschappelijke ondernemingen, buurthuizen, inloopvoorzieningen, verenigingen, vrijwilligersorganisaties en werkgevers, dat het team aantoonbaar contact heeft met gemeenten over het mogelijk maken van maatschappelijke participatie en dat rehabilitatiemethodieken als IRB en SRH worden ingezet om maatschappelijk herstel te bevorderen. Met een gemiddelde score van 2,62 voldoen de afdelingen aan twee of drie van de zes criteria. Voor wat betreft kennis van het regionale netwerk moet een team niet alleen de blik naar buiten hebben gericht, maar moet het ook kennis hebben over en aandacht hebben voor de sociale kaart en de mogelijkheden en expertise binnen het regionale netwerk, als het gaat om herstelondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Bovendien zouden teams op de hoogte moeten zijn van de visie en werkwijze van relevante partners in het regionale netwerk en andersom, proberen zij elkaar hierin te vinden en op elkaar aan te sluiten. Met een gemiddelde score van 2,76 wordt aan één of twee van de drie criteria voldaan.

Digitale middelen tot slot worden steeds vaker ingezet bij herstelgericht werken, maar dat beperkt zich nu in de meeste gevallen tot informatiedragers, zoals digiborden (grote schermen met een touchscreen functie), computers en mobiele telefoons. Onbekend is in hoeverre er tijdens de behandeling, begeleiding en ondersteuning gebruik gemaakt wordt van bepaalde software, zoals ondersteunende applicaties bij crisiszelfmanagement. Hier is niet naar gevraagd. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan digitale middelen soms in te zetten op de afdeling en ook dat cliënten er soms gebruik van maken. In tabel VI is een en ander overzichtelijk samengebracht en is te zien hoe het belang

dat aan faciliteiten en/of voorzieningen gehecht wordt, de hoeveelheid aanbod en het gebruik ervan zich tot elkaar verhouden. Waar in dit onderzoek gefocust is op het voorzieningenaanbod van de verblijfsafdelingen zelf, lijkt hun verbeterpotentieel vooral daarbuiten te liggen. Het ART-model biedt handvatten hiervoor.

Tabel VI

Percentages respondenten qua scores faciliteiten en/of voorzieningen (n = 45)

	1	2	3	4	5
Dagbesteding					
Belang				11,1	88,9
Hoeveelheid		8,9	40,0	35,5	15,6
Gebruik			13,3	71,1	15,6
Zelf koken					
Belang			6,6	33,4	60,0
Uitrusting	4,5	13,3	24,4	35,6	22,2
Gebruik	11,1	31,1	17,8	20,0	20,0
Sporten					
Belang				22,2	77,8
Hoeveelheid		13,3	46,7	22,2	17,8
Gebruik		6,7	26,7	51,1	15,5
Digitale middelen					
Belang			15,6	48,9	35,5
Hoeveelheid	8,9	37,8	33,3	15,6	4,4
Inzet	6,7	37,8	28,9	22,2	4,4
Sociale voorzieningen					
Belang				31,1	68,9
Hoeveelheid		26,7	51,1	22,2	
Gebruik		17,8	55,6	22,2	4,4

D De kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team

Hoeveel fte ervaringsdeskundigen, verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden, behandelaars en overige hulpverlenende disciplines zetten de verblijfsafdelingen in? Hoeveel studenten hebben zij aan het werk en hoeveel medewerkers hebben zij al dan niet in loondienst? Ook deze data zijn ten behoeve van een goede vergelijking tussen de afdelingen onderling berekend per groep van 25 cliënten. Vergelijkbaar met de samenstelling van de cliëntgroep(en) (zie hiervoor bij A) en de gebouwen en inrichting ervan (zie hiervoor bij B), is ook hier onderscheid gemaakt tussen open en gesloten settings, omdat verwacht werd dat gesloten settings verhoudingsgewijs meer fte inzetten dan open settings.

Wat zegt het ART-model over de teamsamenstelling? Van Mierlo et al. (3) zeggen het volgende over de teamformatie en de teamsamenstelling: “Een ART-team is bij voorkeur een klein en overzichtelijk team, groot genoeg om alle diensten rond te krijgen en klein genoeg om continuïteit en persoonlijk contact te kunnen bieden. In het bepalen van de teamgrootte speelt tevens mee dat er voldoende mogelijkheden zijn tot een hoge mate van zelf organiserend vermogen van het team. Dit alles in ogenschouw nemend gaan we uit van een team van 12 – 14 fte. De caseload is afhankelijk van de zorgzwaarte van cliënten. [...] Het team bestaat uit een verpleegkundig specialist, verpleegkundigen, sociaalpedagogisch hulpverleners (SPH), woonbegeleiders (mbo-v/SPW), een ervaringsdeskundige, een familie ervaringsdeskundige en een trajectbeleider. [...] Tot slot is het van belang dat cliënten die gebruikmaken van ART-zorg ook toegang hebben tot vaktherapie.” In tabel VII staan de aantallen fte voor verschillende disciplines weergegeven, die een verblijfsafdeling met 25 cliënten volgens het ART-model minimaal zou moeten inzetten.

Tabel VII

Benodigde aantallen fte per discipline volgens de ART-monitor

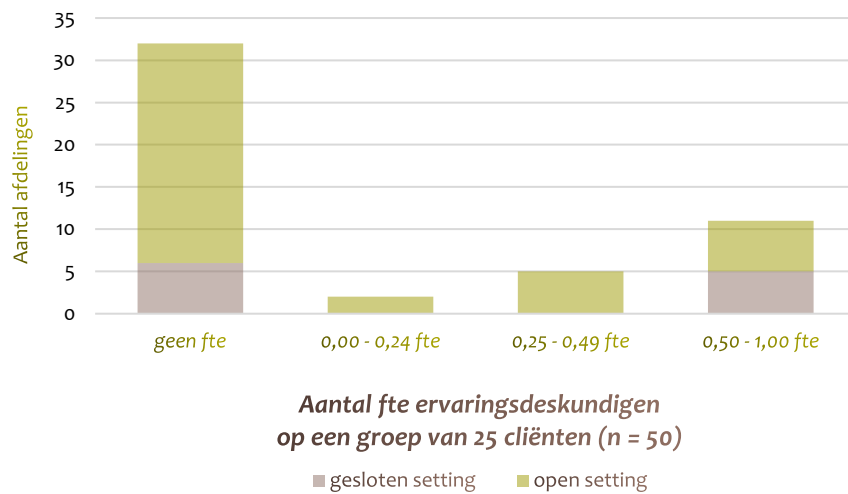
Discipline	Aantal fte
Verpleegkundigen	4,00
Agogisch opgeleiden	4,00
Ervaringsdeskundige	0,50
Familie ervaringsdeskundige	0,50
Trajectbegeleiders/therapeuten/job coaches enz.	1,00
Maatsch. werk/budgetbeheerder/juridisch consulent enz.	1,00
Verpleegkundig specialist	0,50
Psychiater/specialist ouderengeneeskunde/geriater *	0,30
Psycholoog/orthopedagoog *	0,70
Totaal	≥12,50

* In de ART-monitor zelf staat in totaal 1 fte op 100 cliënten. In het Werkboek ART (3) echter is aangegeven dat er bovenop het verpleegkundig team en 0,50 fte verpleegkundig specialist nog 0,8 – 1 fte aan behandelaars moet worden toegevoegd aan het team. Hier is de norm van 1,5 fte behandelaars gebruikt. De verpleegkundig specialist is de aangewezen regiebehandelaar.

Volgens van Mierlo et al. (ibid.) biedt een geïntegreerd ART-team specifieke herstelondersteunende interventies en behandelinterventies aan vanuit één team. De auteurs geven aan dat de aantallen fte per discipline(groep) richtinggevend zijn en telkens getoetst en zo nodig bijgesteld moeten worden. Desgevraagd zegt de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC dat dit tot nu toe nog niet is gebeurd.

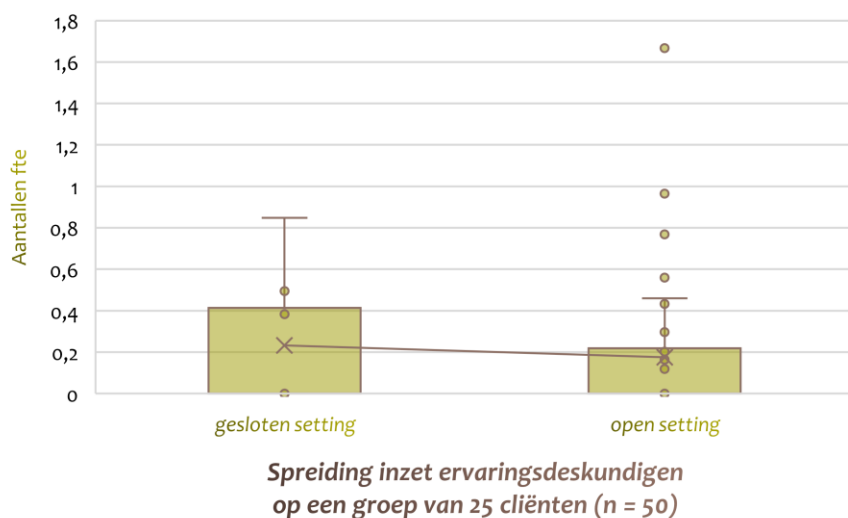
Inzet ervaringsdeskundigen

Figuur XXIX



Volgens de ART-monitor zou er op een groep van 25 cliënten minimaal 0,5 fte ervaringsdeskundige moeten worden ingezet, bovenop de normale bezetting in de vov-formatie. Deze ervaringsdeskundige geeft gevraagd en ongevraagd kritisch advies aan het team vanuit het cliëntperspectief en helpt cliënten in het herstel door onder andere de inzet van herstelinterventies. Uit figuur XXIX blijkt dat veel afdelingen (n = 32) nog geen ervaringsdeskundigen op de loonlijst hebben staan. Figuur XXX laat zien dat er in deze groep afdelingen behoorlijk wat spreiding waarneembaar is qua inzet, met 4 afdelingen die $\geq 0,5$ fte inzetten. Familie ervaringsdeskundigen worden nog niet ingezet.

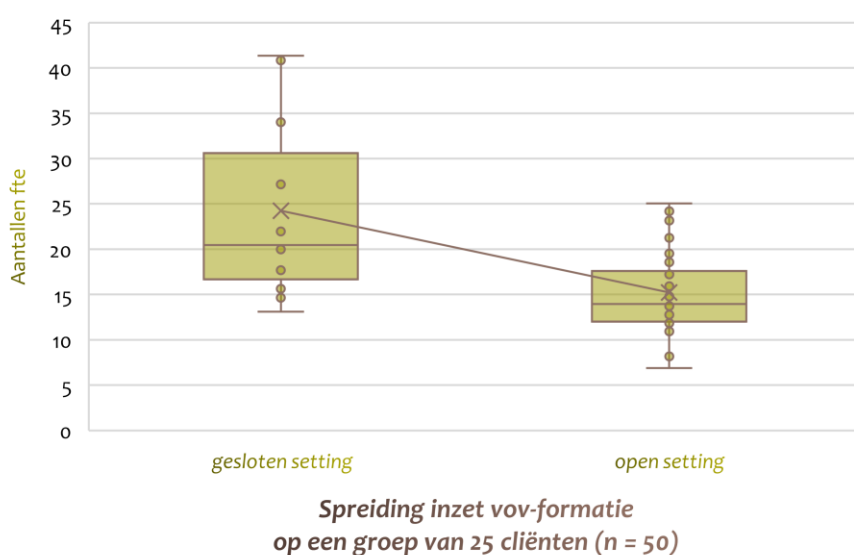
Figuur XXX



Inzet verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden

Voor wat betreft de inzet van verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden (de vov-formatie) is in de ART-monitor (item 40) niet alleen een norm gesteld met betrekking tot de in te zetten aantallen fte, maar ook met betrekking tot het opleidingsniveau: minimaal 4 fte verpleegkundigen, minimaal 4 fte agogisch opgeleiden, en daarvan moet tenminste 40% zijn opgeleid op hbo-niveau. In de praktijk blijken de meeste afdelingen op een groep van 25 cliënten een veel hoger aantal fte vov-formatie in te zetten dan vereist (zie figuur XXXI).

Figuur XXXI



(gesloten settings: $M = 24,256$; $SD = 10,210$; $SE = 3,078$) ($n = 11$)

(open settings: $M = 15,223$; $SD = 4,670$; $SE = ,748$) ($n = 39$)

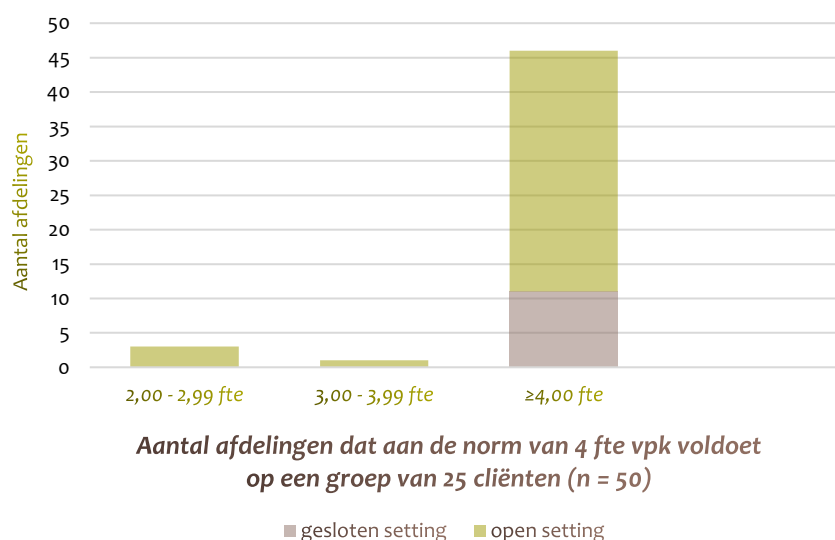
Om de vrij extreme verschillen qua aantallen fte vov-formatie uit figuur XXXI te kunnen duiden is contact opgenomen met de afdelingen die hele lage of hele hoge aantallen fte inzetten en hen gevraagd wat de reden daarvoor is. Dit is niet gedaan om de norm bij te stellen, die bleef gehandhaafd, maar wel om enig gevoel te krijgen bij de data. Vervolgens zijn de data nogmaals bestudeerd. Op basis hiervan zijn bepaalde patronen blootgelegd, gerelateerd aan de aard van de problematiek op de verschillende afdelingen (waar in figuur XXXI dus geen rekening mee gehouden is).

Op afdelingen waar ouderenzorg geboden wordt (grotendeels de zzp's ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4), komen minder verpleegkundigen en/of agogisch opgeleiden, maar meer verzorgenden voor. Op deze afdelingen is veel zorg en ondersteuning nodig bij algemene

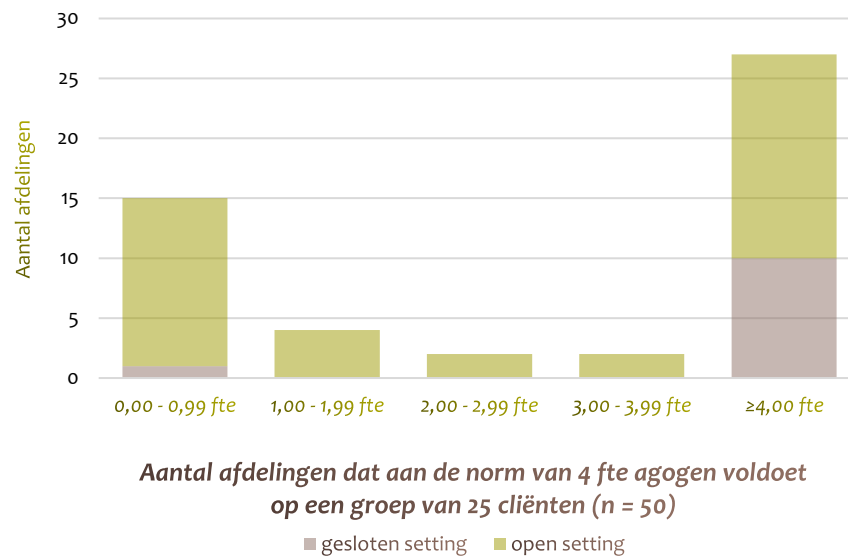
dagelijkse levensverrichtingen en huishoudelijke taken en daarom worden er relatief hoge aantallen fte vov-formatie ($M = 20,29$) op mbo-niveau ingezet ($n = 3$). De grootste groep afdelingen ($n = 23$) wordt gevormd door afdelingen die overwegend zorg verlenen aan cliënten met zzp ggz-b5/w3. Deze cliënten hebben doorgaans minder crisis- of terugvalmomenten dan cliënten met een zzp ggz-b7/w5, waardoor een iets rustiger verblijf mogelijk is en minder fte vov-formatie nodig is ($M = 13,72$). De groep afdelingen met overwegend cliënten in zzp ggz-b7/w5 ($n = 8$) zetten meer fte in ($M = 19,23$). Een kleinere groep zeer specialistische afdelingen ($n = 4$) die overwegend zorg verlenen aan cliënten met complexe multi morbide problematiek zet de hoogste aantallen fte vov-formatie in ($M = 35,04$). De laatste groep afdelingen ($n = 12$) bestaat uit de eerdergenoemde afdelingen met heterogene cliëntgroepen (zie ook figuur I, pagina 45); hier wordt naast volwassenenzorg dus ook ouderenzorg geboden aan cliënten met een zzp ggz-b4/w2 of ggz-b6/w4. Hierdoor zijn meer handen aan het bed nodig en worden er iets hogere aantallen fte ingezet ($M = 16,66$).

In de figuren XXXII – XXXIV is weergegeven in hoeverre de verblijfsafdelingen aan de normen uit de ART-monitor voldoen met betrekking tot het aantal fte verpleegkundigen en aantal fte agogisch opgeleiden, en of minimaal 40% van deze verpleegkundigen en agogen is opgeleid op hbo-niveau. Naar verwachting worden er op de meeste afdelingen ($n = 46$) voldoende verpleegkundigen ingezet. Het aantal vereiste agogisch opgeleiden blijft daarop achter; iets meer dan de helft van de afdelingen ($n = 27$) voldoet aan de norm van 4 fte.

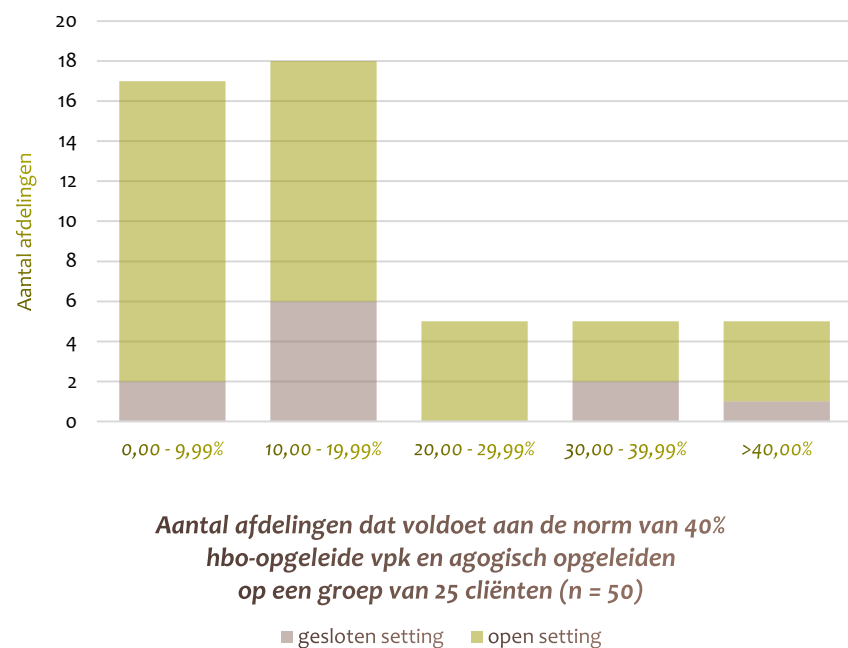
Figuur XXXII



Figuur XXXIII



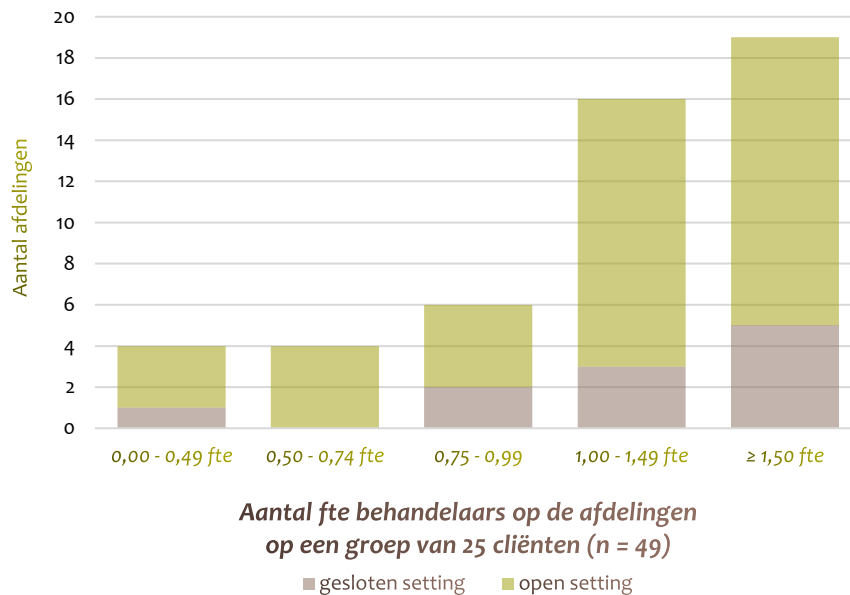
Figuur XXXIV



Alhoewel de verblijfsafdelingen ruimschoots verpleegkundigen inzetten, zijn de meeste verpleegkundigen mbo-opgeleid. Opvallend is dat op één na alle gesloten afdelingen ≥ 4 fte agogisch opgeleiden inzet. Het lijkt erop dat er bewust gekozen wordt voor het al dan niet inzetten van agogisch opgeleiden (zie figuur XXXIII); ze worden (bijna) niet of volop ingezet. Ook de meeste agogisch opgeleiden zijn mbo-opgeleid. Deze bevindingen komen overeen met onderzoeksresultaten van de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC; dit item in de ART-monitor (normaliter wel meegenomen) wordt vaak laag gescoord.

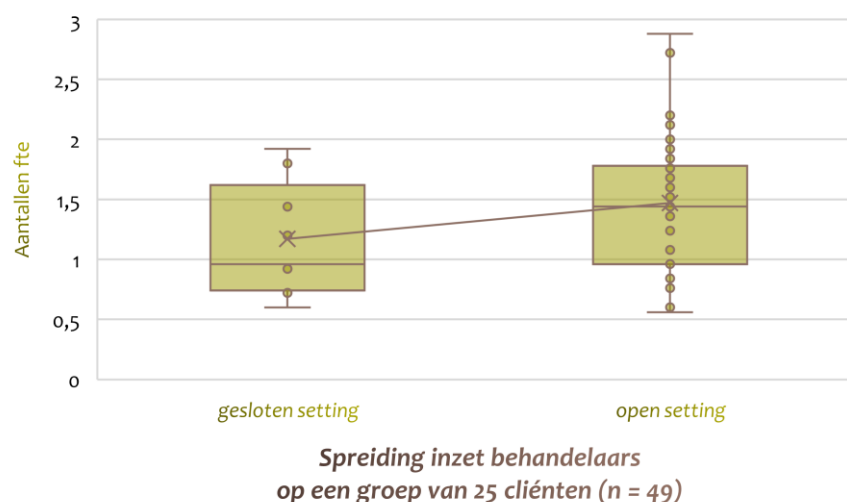
Inzet behandelaars

Figuur XXXV



Mede afhankelijk van het type CIZ-indicatie(s) bestaat de groep behandelaars op een afdeling uit verschillende soorten behandelaars; op afdelingen met zzp's ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4 werkt vaak in plaats van een psychiater een specialist ouderengeneeskunde of een geriater, en op afdelingen met zzp's ggz-b5/w3 en ggz-b7/w5 komen zowel psychologen als orthopedagogen voor. De verpleegkundig specialist, die in het ART-model een cruciale rol krijgt toebedeeld, komt nagenoeg op alle soorten afdelingen voor. Bij elkaar opgeteld moet er minimaal 1,5 fte behandelaar op een groep van 25 cliënten werkzaam zijn: ≥0,5 fte verpleegkundig specialist, ≥1 fte psychiater, specialist ouderengeneeskunde of geriater in combinatie met een psycholoog of orthopedagoog. Dit haalt 38,78% van de afdelingen.

Figuur XXXVI



In figuur XXXVI is behoorlijk wat spreiding te zien, zowel op open als gesloten settings. Op open settings worden meer behandelaars ingezet dan op gesloten settings. Behandelaars worden belangrijk gevonden bij herstel, maar niet belangrijker dan andere disciplines. Bij ART-zorg wordt het multidisciplinaire samenwerken benadrukt, omdat de complexe problematiek om benaderingen en oplossingen vraagt die moeilijk gestandaardiseerd kunnen worden. Volgens van Mierlo et al. (3) is het gevolg hiervan dat er een grotere verscheidenheid aan kwalificaties vereist is om goede zorg te kunnen verlenen: *“Een hulpverlener bezit vaak niet alle kwalificaties/competenties en dient dan gebruik te maken van andermans expertise om de meest optimale zorg te kunnen realiseren.”* Het draait hierbij niet alleen om kennis en vaardigheden, maar ook om gelijkwaardigheid tussen de cliënt, diens naasten en het team en tussen de hulpverleners onderling.

Hoe scoren de verblijfsafdelingen op items uit de ART-monitor die betrekking hebben op de aard van de problematiek bij ernstige psychische aandoeningen en onder de verantwoordelijkheid van met name de behandelaars vallen? In tabel VIII zijn een paar opvallende dingen te zien.

Tabel VIII

Scores op items met betrekking tot de aard van de problematiek (n = 45)

Items ART-monitor	M
5 GGZ standaarden	2,80
6 Somatische zorg	4,87
7 Medicatiebeleid	3,93
29 Dubbele diagnose	2,47
30 (Licht) verstandelijke beperking	3,24

Scores op een schaal van 1 – 5.

Met betrekking tot de GGZ-standaarden moeten multidisciplinaire teams volgens de ART-monitor op individueel cliëtniveau aantoonbaar werken vanuit diagnose-specifieke richtlijnen en zorgstandaarden, zijn zij bekend met de generieke module EPA en actief bezig om deze in de praktijk te brengen en hebben zij een methode om actuele kennis over ggz standaarden bij te houden. Met een gemiddelde score van 2,80 voldoen zij aan een of twee van deze drie criteria.

Van oudsher scoren klinische afdelingen in de ggz relatief hoog op de somatische zorg voor hun cliënten, dat is voor de verblijfsafdelingen in dit onderzoek niet anders. De

teams hebben een signalerende functie als het gaat om huisartsbezoek, ziekenhuiszorg en tandartszorg en zorgt ervoor dat de cliënten afspraken op deze terreinen nakomen, spelen een actieve rol in somatiek en een gezonde leefstijl en zij screenen de lichamelijke gezondheid van alle cliënten jaarlijks (lichamelijk onderzoek, metabole screening, labonderzoek). Ook het medicatiebeleid scoort hoog. De afdelingen worden geacht samen met cliënten en naasten hierover te besluiten, aandacht te hebben voor het voorkomen en/of verminderen van polyfarmacie, het medicatiegebruik structureel in de triade te evalueren, dit ook structureel af te stemmen met het team en andere interne of externe behandelaars, psycho-educatie en gezondheidsvoorlichting aan cliënten te geven en het medicatiebeleid volgens de laatste stand van de wetenschap en daarvoor geldende richtlijnen te hebben ingericht. Met een gemiddelde score van 3,93 voldoen de afdelingen aan vier of vijf van deze criteria.

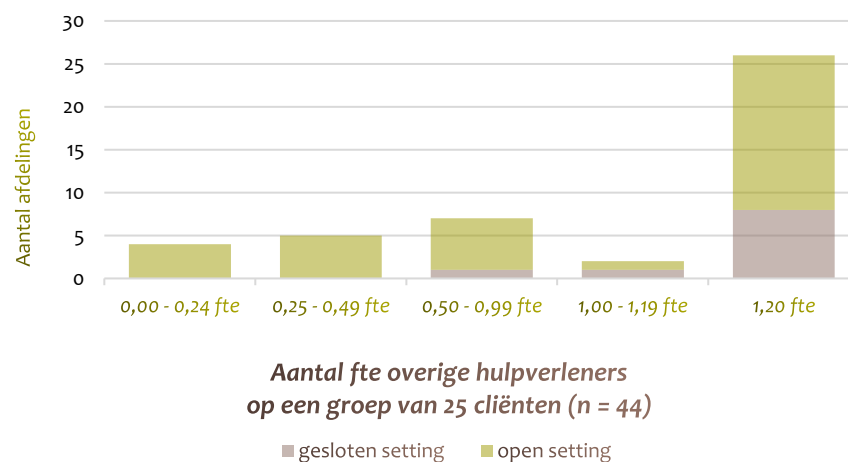
De kennis over en aandacht voor de dubbele diagnose (verslaving en psychiatrie) en de (licht) verstandelijke beperking blijven hierop achter. Voor wat betreft de dubbele diagnose zouden teams aandacht moeten hebben voor deskundigheidsbevordering, voor scholing in motiverende gespreksvoering en voor geïntegreerde behandeling conform ‘Integrated Dual Disorder Treatment’ (IDDT), zouden zij gebruik moeten maken van gevalideerde meetinstrumenten om verslavingsproblematiek in kaart te brengen en zouden zij moeten beschikken over medewerkers met ervaring in de verslavingszorg of korte lijnen met de verslavingszorg moeten hebben. Met een gemiddelde score van 2,47 wordt aan één of twee van de vijf criteria voldaan. Op het criterium ‘motiverende gespreksvoering’ na gelden voor de kennis over en de aandacht voor een (licht) verstandelijke beperking vergelijkbare criteria. Met een gemiddelde score van 3,24 wordt aan twee van de vier gestelde criteria voldaan. Op beide gebieden kunnen de afdelingen zichzelf nog verbeteren.

Inzet overige hulpverleners

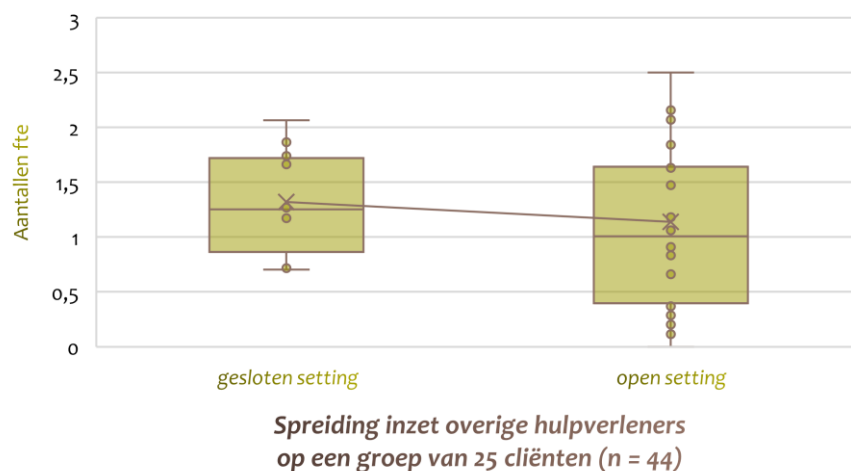
Voor wat betreft de inzet van de overige bij het primaire zorgproces betrokken disciplines (hierna overige hulpverleners) kon er met één norm in de ART-monitor niet worden gewerkt. De monitor is duidelijk over de inzet van trajectbegeleiders, diverse therapeuten, jobcoaches enzovoort: in totaal 1 fte op 25 cliënten. Maar voor de ‘extra disciplines’ (item 47 in de monitor), zoals maatschappelijk werkers, ergotherapeuten of budgetbeheerders,

die net iets verder van het primaire zorgproces af staan, zijn geen aantallen fte bepaald, maar wordt aangegeven hoeveel er van deze 8 disciplines voor alle cliënten beschikbaar zouden moeten zijn. Na overleg hierover met controllers is bepaald dat er voor een groep van 25 cliënten gemiddeld genomen 0,2 fte van deze disciplines nodig is en maakt het niet uit om welke disciplines het in de dagelijkse praktijk precies gaat; een verslavingsdeskundige zie je vaker verschijnen op een afdeling waar cliënten met een zzp ggz-b5/w3 en/of ggz-b7/w5 verblijven, een somatisch specialist op een afdeling waar cliënten met een zzp ggz-b4/w2 en/of ggz-b6/w4 verblijven en een budgetbeheerder of bewindvoerder op beide soorten afdelingen. Afdelingen die in totaal $\geq 1,2$ fte van deze overige hulpverlenende disciplines inzetten scoren 1 punt, afdelingen die er minder van inzetten scoren minder (zie bijlage III 'Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen'). Hoe ziet het werkveld eruit qua inzet van de groep overige hulpverleners?

Figuur XXXVII



Figuur XXXVIII



Niet alle respondenten hebben de vragen over de inzet van overige hulpverleners ingevuld ($n = 44$). De helft van de gesloten afdelingen zet $\geq 1,25$ fte andere hulpverleners dan de vov-formatie en behandelaars op de afdeling in en voldoet daarmee aan de norm. De andere helft gesloten afdelingen schommelt tussen de $0,7 - 1,25$ fte ($M = 1,32$). De helft van de open afdelingen zet $\geq 1,0$ fte overige hulpverleners in, de andere helft schommelt tussen $0,1 - 1,0$ fte ($M = 1,14$). Ook hier geldt een veel grotere spreiding qua inzet onder de open afdelingen dan onder de gesloten afdelingen. Desgevraagd zeggen behandelaars van sommige open afdelingen dat zij indien nodig wel kunnen beschikken over deze disciplines, maar dat deze disciplines niet zijn opgenomen in het formatieplaatsenplan (fpp) van de afdeling zelf. Omdat de meeste afdelingen de aantallen fte overige hulpverleners wel in het fpp hebben opgenomen geeft dit dus een iets vertekend beeld.

Feit is dat door het werkveld niet getwijfeld wordt aan nut en noodzaak van de inzet van deze disciplines, met het doel om cliënten verder te helpen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Ofschoon zij iets verder afstaan van de dagelijkse zorg op de afdeling zeggen de behandelaars de overige hulpverleners wel te zien als integraal onderdeel van het multidisciplinaire team en worden deze disciplines ook actief betrokken bij afdelingsactiviteiten in het kader van visievorming, innovatie en beleid. Herstelgericht werken is volgens behandelaars dan ook niet voorbehouden aan de (familie) ervaringsdeskundigen, de vov-formatie en de behandelaars. Hoe hebben de verblijfsafdelingen zichzelf op dit vlak gescoord?

Tabel IX

Scores op items met betrekking tot de teamcultuur en visie ($n = 45$)

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>
20 Visie en werkwijze	2,93
21 Attitude en bejegening	3,78
23 Samenwerking behandelaars en begeleidingsteam	4,38
24 Teamgeest	3,58
27 Leiderschap en kartrekkers	3,58

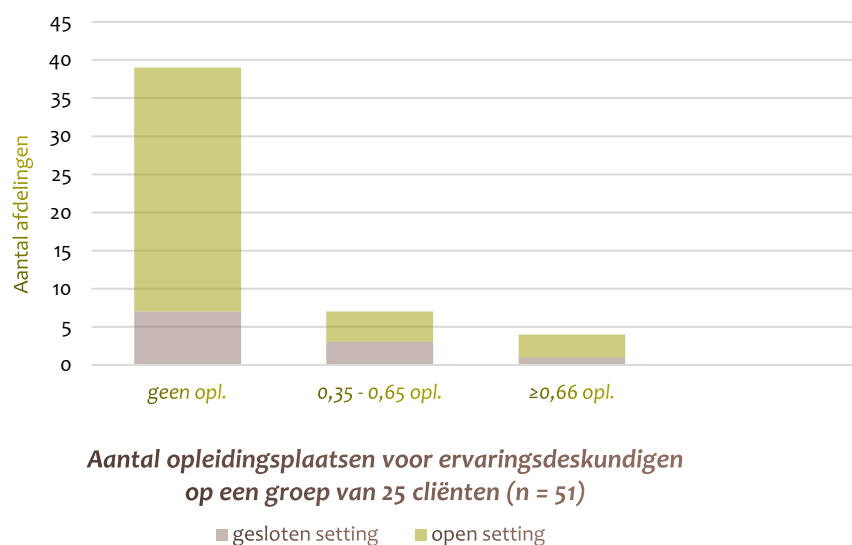
Scores op een schaal van 1 – 5.

De meeste teams zeggen een helder beschreven visie en werkwijze in lijn met de uitgangspunten van het ART-model te hebben, maar het op de hoogte zijn en werken vanuit deze visie is nog afhankelijk van individuele medewerkers. De verblijfsafdelingen kunnen dit verbeteren door alle teamleden intensiever te betrekken bij de verdere ontwikkeling van ART

op de afdeling en hierover in contact te treden met cliënten, naasten en interne en externe partners. Voor wat betreft de attitude en bejegening voldoen de afdelingen aan drie of vier van de criteria met betrekking tot een gelijkwaardige en onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie, de presentiebenadering, de gastvrije ontvangst van naasten, de respectvolle omgang met de persoonlijke leefomgeving van de cliënt en het nakomen van gemaakte afspraken. De onderlinge samenwerking tussen de behandelaars en het begeleidingsteam lijkt dik in orde. Er is sprake van een goede samenwerking, laagdrempelig onderling contact en werkafspraken over de samenwerking zijn structureel vastgelegd. Voor wat betreft de teamgeest kunnen de afdelingen nog extra aandacht besteden aan de onderlinge steun en betrokkenheid bij elkaars werk en de feedback op elkaars handelen. Hetzelfde geldt voor het leiderschap en/of kartrekkerschap op het gebied van ART.

Opleidingsplaatsen ervaringsdeskundigen, vov-formatie en behandelaars

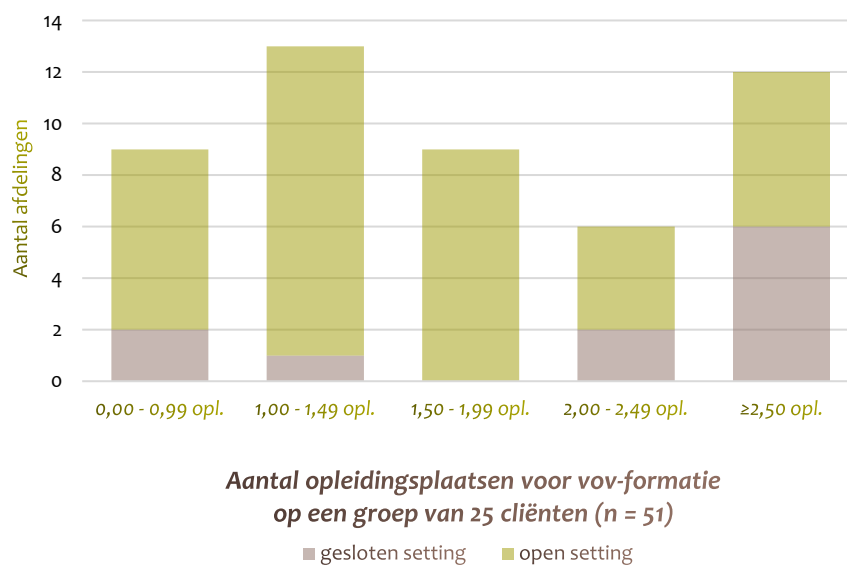
Figuur XXXIX



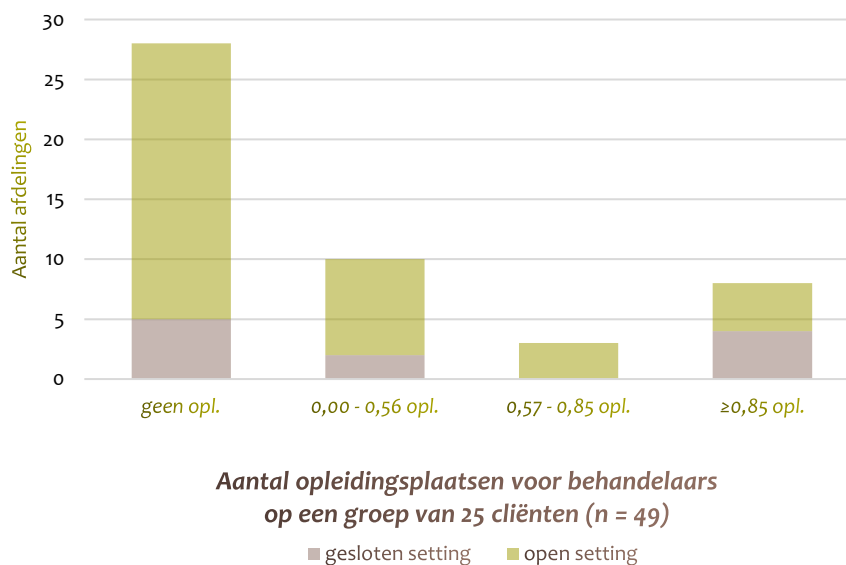
Bij E 'Kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team' is geconstateerd dat er nog maar weinig verblijfsafdelingen ervaringsdeskundigen hebben opgenomen in het formatieplaatsenplan. Hetzelfde geldt voor het aantal opleidingsplaatsen voor ervaringsdeskundigen. Er is voldoende aanbod aan mbo- en hbo-opleidingen op dit gebied, maar de studenten van deze opleidingen kunnen kennelijk nog niet terecht bij de afdelingen in de langdurig klinische ggz. Hierbij moet wel de grote spreiding onder de bij dit onderzoek betrokken afdelingen worden vermeld ($M = ,6615$; $SD = 2,4$; $SE = ,326$).

Hoe ziet dat eruit voor het aantal opleidingsplaatsen verpleegkundige, opvoedkundige en verzorgende per verblijfsafdeling? De zorgaanbieders zeggen gebaat te zijn bij studenten in de teams, zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht; het zijn relatief goedkope arbeidskrachten op een steeds krappere arbeidsmarkt, en zij stimuleren doorgaans een kritische verstandhouding tussen teamleden onderling. Meestal wordt er in het formatieplaatsenplan van de afdeling dan ook een aantal fte voor mbo- en hbo-studenten gereserveerd. Uit figuur XL is af te leiden dat er voor wat betreft de opleidingsplaatsen in de vov-formatie in de langdurig klinische ggz ook sprake is van veel spreiding ($M = 3,612$; $SD = 4,7$; $SE = ,652$).

Figuur XL



Figuur XLI



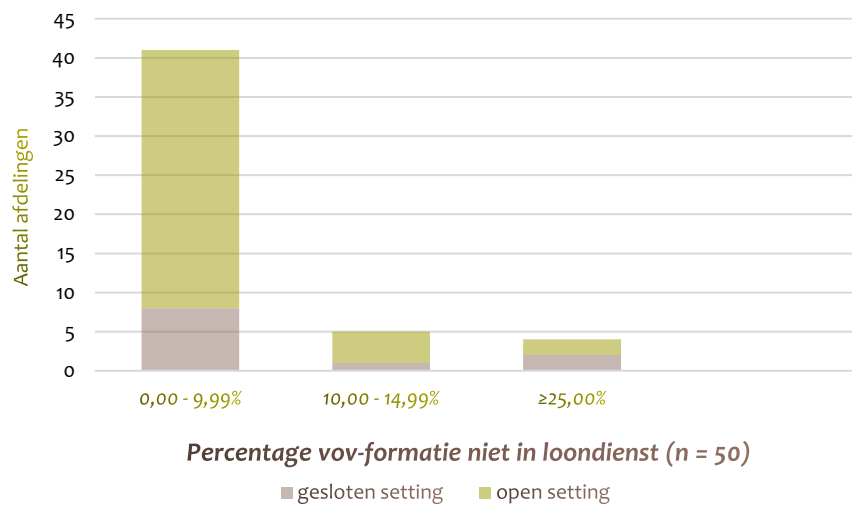
Tot slot het aantal opleidingsplaatsen voor behandelaars op de afdeling. In figuur XLI is te zien dat 28 van de bij dit onderzoek betrokken verblijfsafdelingen geen opleidingsplaatsen aanbieden aan behandelaars ($M = ,8494$; $SD = 2,03$; $SE = ,279$). Dat is opvallend, omdat alle 12 zorgaanbieders geaccrediteerde opleidingsinstellingen zijn. Kennelijk worden opleidingsplaatsen voor behandelaars elders in de organisatie aangeboden, bijvoorbeeld op de poliklinieken, in de kortdurende klinische zorg (de HIC's) of in de wijkteams (ACT, FACT en IHT). De meeste opleidingsplaatsen op de verblijfsafdelingen in de langdurig klinische ggz zijn weggelegd voor de verpleegkundig specialist ggz (GGZ-VS). De GGZ-VS is een 3-jarige post-initiële hbo-masteropleiding en includeert de opleiding Master Advanced Nursing Practice (MANP/ggz) Met het afronden van de opleiding verwerven de verpleegkundig specialisten de onderwijsgraad Master of Science (MSc).

De verhouding personeel in loondienst/personeel niet in loondienst

Zorgaanbieders beschikken van oudsher over een flexibele schil aan arbeidskrachten om de bezetting in dag-, avond-, nacht- en weekenddiensten op de afdelingen rond te krijgen. Daar is op zichzelf niets mis mee, want het helpt managers bij een efficiënte bedrijfsvoering en de continuïteit van de zorg- en dienstverlening. Dat is voor de verblijfsafdelingen in de langdurig klinische ggz niet anders. Experts uit het werkveld zeggen dat de verhouding tussen personeel in loondienst/personeel niet in loondienst (PIL/PNIL) idealiter 85/15% is. Dat is betaalbaar en het werk op de afdeling kan dan naar behoren worden gedaan. Staat die verhouding uit het lood, dat wil zeggen dat er sprake is van een hoger percentage personeel niet in loondienst, dan is dat een betrekkelijk kostbare aangelegenheid en gaat de werkdruk omhoog. Behandelaars geven bovendien aan dat mensen met een ernstige psychische aandoening gebaat zijn bij vertrouwde gezichten uit het vaste team.

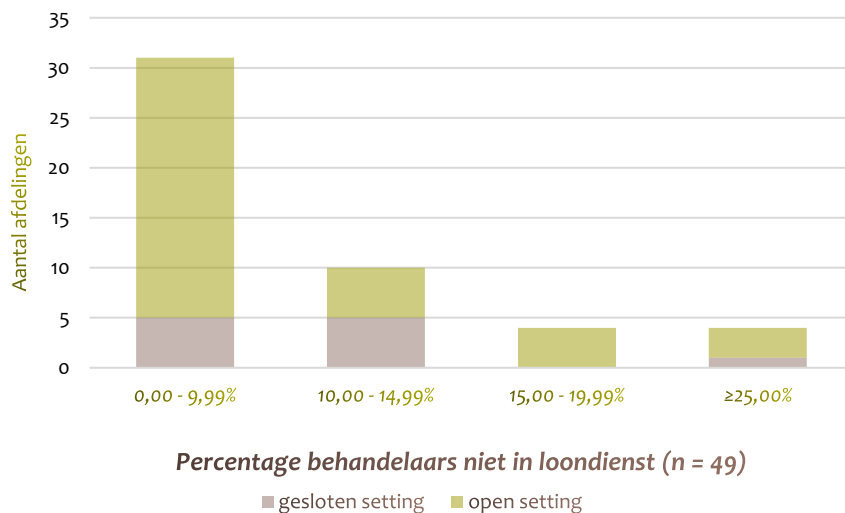
De ART-monitor stelt nog een paar extra eisen aan een team: Niet meer dan 20% van de contracten mogen contracten van minder dan 28 uur zijn, niet meer dan 20% van de aanstellingen mogen tijdelijke aanstellingen zijn en niet meer dan 50% van de medewerkers mag langer dan 5 jaar werkzaam zijn in het team. Er is gepoogd om dit in beeld te brengen, maar te veel respondenten moesten het antwoord op de vragen hierover schuldig blijven. Daarom is geen rekening gehouden met deze extra eisen en alleen gekeken naar de percentages PIL/PNIL bij de vov-formatie en de behandelaars (zie de figuren XLII en XLIII).

Figuur XLII



(M = 7,279; SD = 12,690; SE = 1,794)

Figuur XLIII



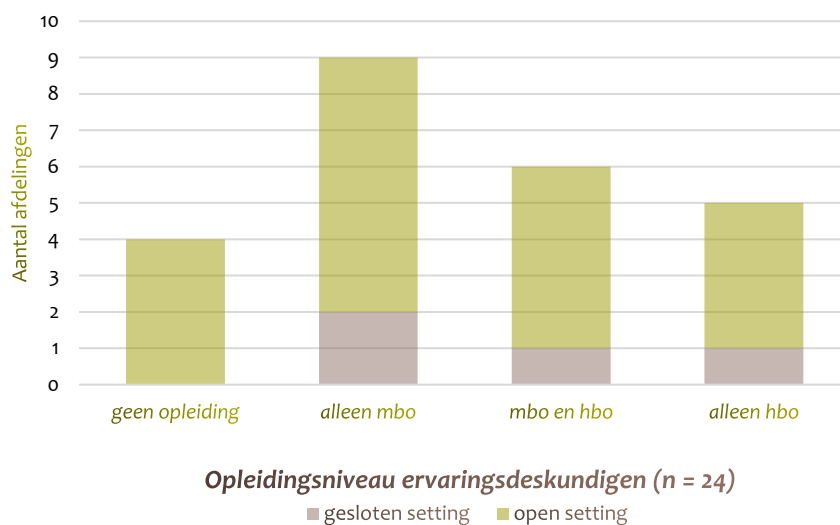
(M = 6,334; SD = 8,543; SE = 1,220)

De vov-formatie van de meeste verblijfsafdelingen ($n = 46$) bestaat voor meer dan 85% uit vast personeel. Twee van de vier afdelingen met meer dan 25% personeel niet in loondienst hebben hele kleine teams, waardoor er bij uitval eerder een beroep moet worden gedaan op externe krachten. De andere twee behoren tot de groep zeer specialistische afdelingen (zie 'inzet verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden'), die structureel hoge aantallen fte inzetten (zie pagina 63). In figuur XLIII is een vergelijkbare inzet van behandelaars niet in loondienst te zien; de meeste afdelingen ($n = 42$) hebben meer dan 85% van de behandelaars in vaste dienst.

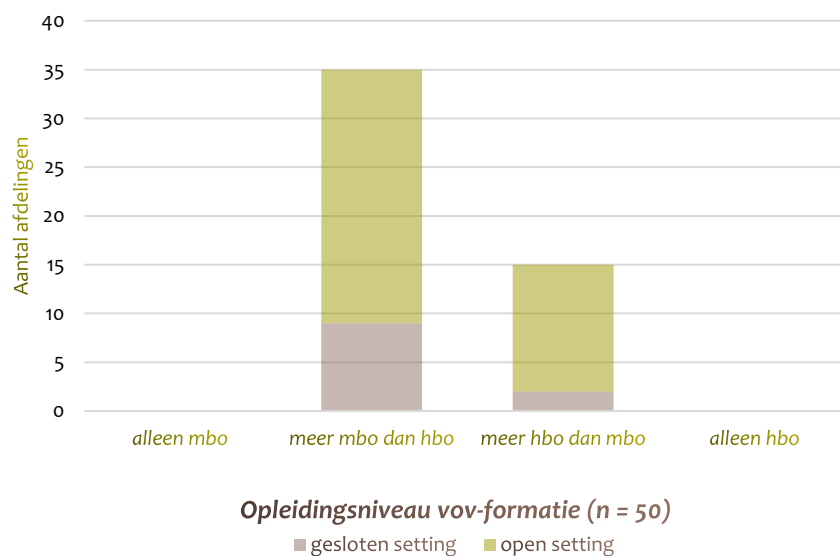
E De kwalitatieve formatie van het multidisciplinaire team

Hoe ziet de kwalitatieve samenstelling van de multidisciplinaire teams eruit? Hiervoor is gekeken naar het opleidingsniveau van de groepen disciplines op de verblijfsafdelingen. Uit het voorgaande blijkt dat er in dit cohort verblijfsafdelingen vooral opleidingsplaatsen voor verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgden zijn. Op 21 afdelingen (41,17%) worden ook behandelaars opgeleid en op 11 afdelingen (21,57%) worden ervaringsdeskundigen opgeleid.

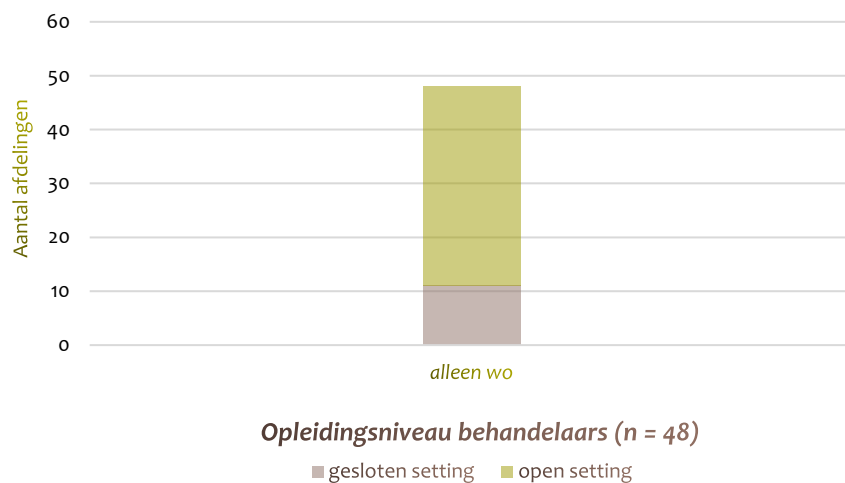
Figuur XLIV



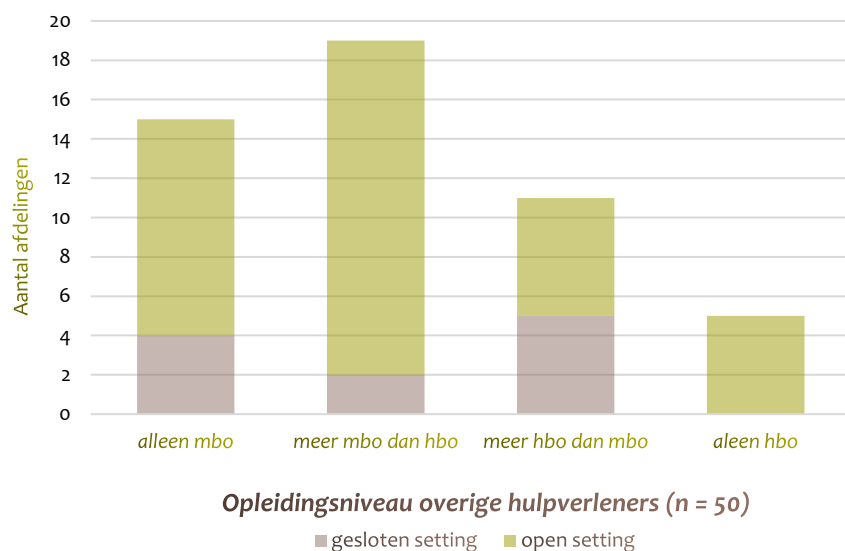
Figuur XLV



Figuur XLVI



Figuur XLVII



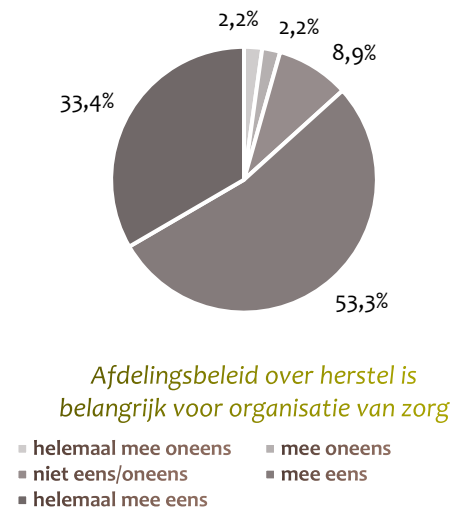
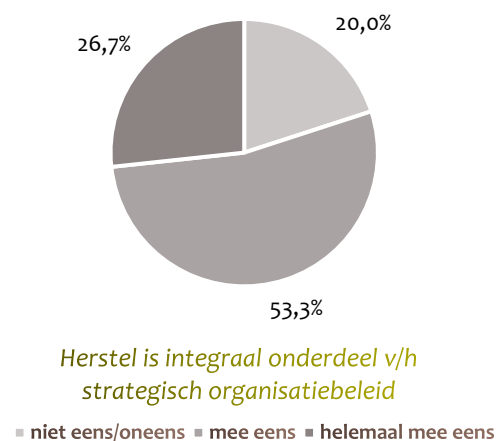
Op de groep behandelaars na zijn de meeste medewerkers in de andere discipline groepen mbo-opgeleid. Er zijn geen verblijfsafdelingen waar of alleen maar mbo-opgeleid personeel of alleen maar hbo-opgeleid personeel werkt. Alle afdelingen worden geleid door een specialist in de ggz conform artikel 14 in de Wet BIG (74), waarbij de psychiater, de specialist ouderengeneeskunde, de geriater en de klinisch psycholoog een universitaire master (met soms een specialisatie in de ggz) hebben gevolgd en de verpleegkundig specialist de eerdergenoemde post-initiële hbo-master GGZ-VS (wo-niveau). Op de meeste afdelingen ($n = 32$) is een psychiater, specialist ouderengeneeskunde, geriater of klinisch psycholoog de eindverantwoordelijk behandelaar, op een kleiner aantal afdelingen ($n = 16$) is dat de verpleegkundig specialist.

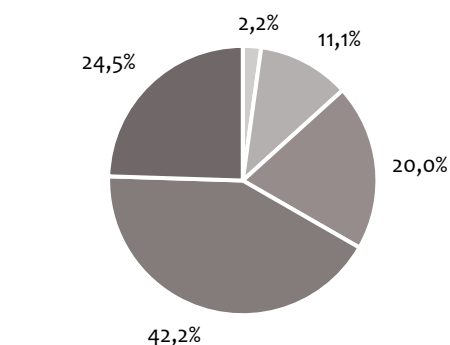
F Organisatiebeleid over herstelgericht werken

In hoeverre maakt herstelgericht werken onderdeel uit van het organisatiebeleid van zorgaanbieders? Geeft dat volgens de behandelaars voldoende houvast voor het op touw zetten en verder ontwikkelen van herstelgericht afdelingsbeleid? Eerder is aangegeven dat de langdurig klinische ggz qua herstelgericht werken achterliep op de kortdurende klinische ggz en de wijkgerichte ggz en dat mensen met ernstige psychische aandoeningen hier een paar jaar geleden nog maar weinig van hadden kunnen profiteren. Hoe is dat nu? Heeft herstel als leidmotief aan terrein gewonnen in de ggz? Er is gekeken naar het strategisch organisatiebeleid, naar het afdelingsbeleid en de wijze van monitoren en evalueren.

Het strategisch organisatiebeleid, afdelingsbeleid en de evaluatie/monitoring van beleid

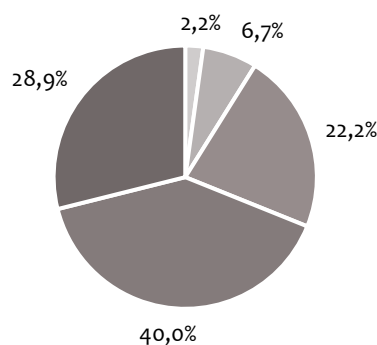
Figuren XLVIII – LV (n = 45)





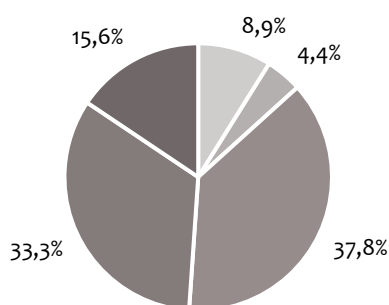
Herstel is een speerpunt in jaar- en scholingsplan afdeling

■ helemaal mee oneens ■ mee oneens
■ niet eens/oneens ■ mee eens
■ helemaal mee eens



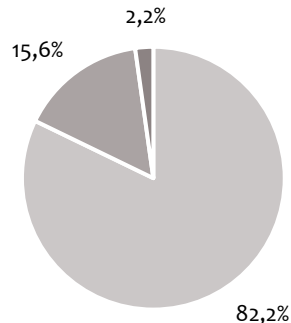
Monitoren/evalueren helpt de kwaliteit van zorg op afdeling te verbeteren

■ helemaal mee oneens ■ mee eens
■ niet eens/oneens ■ mee eens
■ helemaal mee eens



Frequentie monitoring/evaluatie herstelgericht werken

■ nooit ■ zelden (1 x per 4/5 jr)
■ soms (1 x per 2/3 jr) ■ vaak ieder jaar
■ heel vaak (ieder half jaar)



De wijze waarop gemonitord en geëvalueerd wordt

■ intern door eigen team ■ intern door ander team
■ extern door ander team

In de figuren XLVIII – XLV zijn een paar opvallende gegevens waar te nemen. Er is een significante relatie tussen herstel als integraal onderdeel van het organisatiebeleid en herstel als speerpunt in het jaar- en scholingsplan van de afdeling ($r = ,636$; $p < ,001$). De meeste respondenten vinden strategisch organisatiebeleid van belang voor de ontwikkeling van herstelgericht werken binnen de eigen organisatie, maar een deel van hen (20,0%) twijfelt of herstelgericht werken er integraal in is opgenomen. En nog groter deel (42,2%) beoordeelt dat beleid als ‘redelijk’. Een deel van de respondenten in deze groep werkt op een afdeling voor ouderenzorg (cliënten in de zzp’s ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4), en zegt te twijfelen of herstel conform de ART-monitor volledig te implementeren is op de verblijfsdeling. Dat is terug te zien in de data over het afdelingsbeleid, waarbij 13,3% zegt het er (helemaal) mee oneens te zijn of te twijfelen aan het belang van het afdelingsbeleid voor herstel-

gericht werken en het ook niet herkent als speerpunt in het jaar- en scholingsplan van de betreffende afdeling (13,3%). Een iets groter deel (20,0%) zegt hieraan te twijfelen. En dat is terug te zien in de figuur over het monitoren en evalueren van herstelgericht werken om de kwaliteit op de afdeling te verbeteren, die bijna een kopie is van de figuur over herstel als speerpunt in het jaar- en scholingsplan van de afdeling. Drie respondenten van de afdelingen ouderenzorg lichten hun antwoord toe en zeggen zich te kunnen vinden in de manier van herstelgericht werken op de afdeling (zoals triadisch en methodisch werken, de bejegening van cliënten en naasten en de teamcultuur en visie), maar minder goed uit de voeten te kunnen met het specifieke zorgaanbod dat daarbij verlangd wordt. Dat heeft volgens hen te maken met de aard van de problematiek en in veel gevallen een andere focus binnen de behandeling, begeleiding en/of ondersteuning van cliënten.

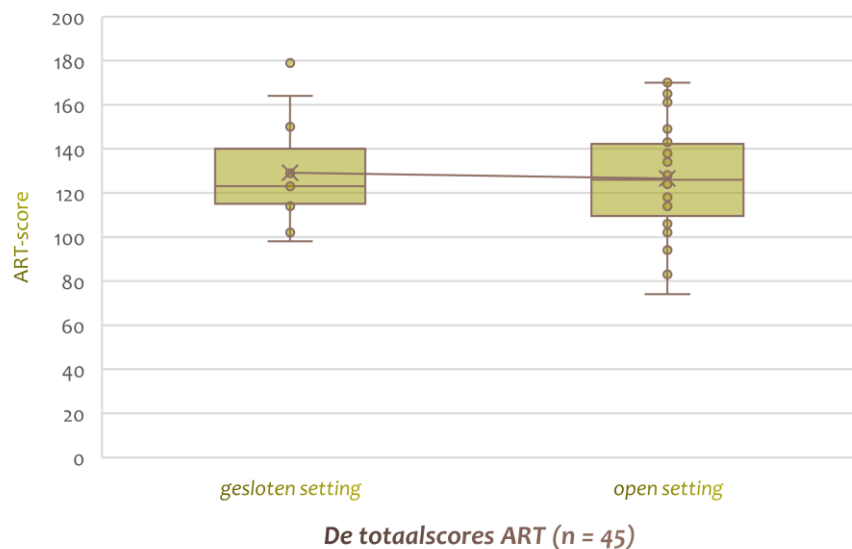
Meer dan de helft van de afdelingen (51,1%) zegt herstelgericht werken niet structureel te evalueren, dat wil zeggen niet eens per jaar of per half jaar. Op de meeste van deze afdelingen (37,8%) wordt herstelgericht werken eens in de twee á drie jaar onder de loep genomen, op twee afdelingen eens in de vier á vijf jaar en op vier afdelingen helemaal niet. Of een afdeling de werkwijze al dan niet structureel evalueert hangt sterk samen met herstel als speerpunt in het jaar- en/of scholingsplan ($r = ,720$; $p < ,001$), dit verband is zeer significant. Het hangt minder sterk samen met herstel als integraal onderdeel van het strategisch organisatiebeleid ($r = ,414$; $p < ,05$), dit verband is significant. Het grootste deel van de afdelingen (82,2%) monitort en evalueert herstelgericht werken zelf, een veel kleiner deel (15,6%) laat dat door een ander team uit de eigen organisatie doen en één team laat dat doen door een ander team uit een andere organisatie. Deze laatste afdeling neemt deel aan het onderzoek van de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC, waarin is voorzien in externe monitoring en evaluatie tussen de deelnemende zorgaanbieders onderling.

G De mate van herstelgericht werken op de afdelingen – totaalscore ART

Hoe hoog scoren de verblijfsafdelingen ($n = 45$) in totaal op de gevalideerde ART-monitor? Vanwege de vereiste inspanning(en) van de verblijfsafdelingen zelf was het niet mogelijk om het herstelgericht werken op de afdelingen door een externe partij, dat wil zeggen door een behandelaar van een andere afdeling te laten scoren. Daarom is ervoor gekozen

om de behandelaars hun eigen afdeling te laten scoren. In figuur LVI is te zien hoe er gescoord is op de open en gesloten settings. Geen van de afdelingen heeft het maximumaantal van 185 punten gescoord. Toch zijn er een paar afdelingen die heel hoog (≥ 150 punten) en een paar afdelingen die betrekkelijk laag (≤ 100) scoren. Onder de laatste groep bevinden zich de drie afdelingen ouderenzorg.

Figuur LVI



(gesloten settings: $M = 129,18$; $SD = 25,408$; $SE = 7,661$; minimum 98, maximum 179) ($n = 11$)
 (open settings: $M = 126,50$; $SD = 23,613$; $SE = 4,050$; minimum 74, maximum 170) ($n = 34$)

Omdat er sprake is van een beperkte steekproef ($n = 45$), is een Shapiro-Wilk test uitgevoerd om te toetsen of de scores op de ART-monitor normaal verdeeld zijn. Hieruit bleek dat de scores niet significant afwijken van normaliteit ($W = ,988$; $p > ,05$). Omdat de scheefheid ,14 is en de kurtosis $-,355$ wordt geconcludeerd dat er sprake is van een normale verdeling. De gesloten afdelingen scoren gemiddeld net iets hoger op de ART-monitor ($M = 129,18$) dan de open afdelingen ($M = 126,50$).

H De mate van herstelgericht werken op de afdelingen – scores per item

Hoe hoog scoren de verblijfsafdelingen per item op de gevalideerde ART-monitor? Heel wisselend, zo bleek al eerder bij de beschrijving van enkele onafhankelijke sub variabelen. In de tabellen X – XVI zijn per domein (zoals eerder uitgewerkt in hoofdstuk III C ‘Operatio-

nalisisatie afhankelijke variabele') de gemiddelde scores en de standaarddeviaties op 37 items weergegeven.

Tabel X

Scores op domein 1 Herstel (n = 45)

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
1 Actief herstel	3,40	(1,136)
2 Herstelinterventies op 4 niveaus	3,93	(,915)
3 Maatschappelijke participatie	2,62	(1,072)
4 Kennis van het regionale netwerk	2,76	(1,317)
5 GGZ Standaarden	2,80	(1,342)
6 Somatische zorg	4,87	(,344)
7 Medicatiebeleid	3,93	(,809)

Scores op een schaal van 1 – 5.

De meeste afdelingen zijn actief op het gebied van herstelondersteunend werken en dat is terug te zien in hun attitude en gedrag op de afdeling voor zowel cliënten als hun naasten. Zij focussen zich, mede afhankelijk van het herstelperspectief van hun cliënten op een combinatie van het herstel van gezondheid, van identiteit, van het dagelijks leven en van maatschappelijke rollen. Eerder is al aangegeven dat de somatische zorg en het medicatiebeleid dik in orde zijn, maar dat de aandacht voor ggz standaarden beter kan (zie pagina 66), als ook de blik naar buiten (zie pagina 58).

Tabel XI

Scores op domein 2 De Triade (n = 45)

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
8 Werken in de triade: cliëntniveau	3,53	(1,140)
9 Werken in de triade: team- en organisatieniveau	2,84	(1,043)

Scores op een schaal van 1 – 5.

Voor wat betreft triadisch werken kunnen de afdelingen zichzelf met name op team- en organisatieniveau nog verbeteren. Zij voldoen aan één of twee van de gestelde criteria met betrekking tot werken met de generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten', het betrekken van cliënten en naasten bij het beleid van de afdeling en het structureel vragen om feedback van cliënten en naasten op het professioneel handelen en het volgen van procedures.

Tabel XII

Scores op domein 3 Zorgproces (n = 45)

Items ART-monitor	M	(SD)
10 Intake en plaatsing	3,60	(,939)
11 Persoonlijk herstelplan	2,76	(1,026)
12 Zorgafstemmingsgesprekken	3,16	(1,167)
13 Systematische risicotaxatie	3,64	(1,190)
14 Het signaleringsplan	3,67	(1,044)
15 Digibordoverleg	3,00	(1,365)
16 Opschalen van zorg	3,47	(1,100)
17 Herstelschaal	2,87	(1,561)
18 In-, door- en uitstroom	3,27	(,836)
19 Zorgproces en consultatie	2,67	(1,279)

Scores op een schaal van 1 – 5.

De afdelingen lijken nog veel te kunnen verbeteren in het zorgproces. Met name de relatief lage score op item 11 Persoonlijk herstelplan valt op. Kennelijk lukt het nog niet overal om cliënten te stimuleren zelf een persoonlijk herstelplan op te stellen, waarin hun herstelwensen en persoonlijk profiel centraal staan. Daar tegenover staat een hogere score voor item 14 Signaleringsplan, dat ook met en door cliënten zelf wordt opgesteld en gaat over hoe te handelen in crisissituaties. Het structurele gebruik van een herstelschaal en de interne en externe consultatie door teams zijn nog niet overal een gewoonte.

Tabel XIII

Scores op domein 4 Teamcultuur en visie (n = 45)

Items ART-monitor	M	(SD)
20 Visie en werkwijze	2,93	(,986)
21 Attitude en bejegening	3,78	(,927)
22 Presentie en bereikbaarheid	3,69	(,973)
23 Samenwerking behandelaars en begeleidingsteam	4,38	(,806)
24 Teamgeest	3,58	(1,033)
25 Reflectie op eigen handelen	3,36	(,981)
26 Innovatie en verbetering	2,80	(,869)
27 Leiderschap en kartrekkers	3,58	(,839)

Scores op een schaal van 1 – 5.

Eerder is vastgesteld dat de visie en de werkwijze met betrekking tot herstelgericht werken nog meer een teamaangelegenheid kunnen worden (zie pagina 69). Dat is nu nog te veel afhankelijk van individuele medewerkers. Dat is terug te zien bij item 26 Innovatie en

verbetering, dat betrekking heeft op een interactieve teamcultuur waarin teamleden structureel kennis en werkervaring uitwisselen met andere teams binnen en buiten hun eigen organisatie. De ingrediënten hiervoor lijken op de meeste afdelingen wel aanwezig te zijn als gekeken wordt naar de andere items onder teamcultuur en visie.

Tabel XIV

Scores op domein 5 Professionalisering (n = 45)

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
28 Scholing	3,51	(1,058)
29 Dubbele diagnose	2,47	(1,057)
30 (Licht) verstandelijke beperking	3,24	(1,317)

Scores op een schaal van 1 – 5.

Eerder is al aandacht besteed aan de kennis van teams op het gebied van de dubbele diagnose en (licht) verstandelijke beperkingen (zie pagina 66). Co morbide of multi morbide problematiek komt veel voor bij mensen met ernstige psychische aandoeningen en dan zijn cliënten gebaat bij goed opgeleide professionals op deze gebieden.

Tabel XV

Scores op domein 6 Ruimtelijke vormgeving (n = 45)

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
31 Gezonde leefomgeving	3,71	(1,100)
32 Voorkeuren voor woon- of verblijfplaats	3,89	(1,301)

Scores op een schaal van 1 – 5.

De meeste afdelingen besteden aandacht aan hoe de afdeling er uit ziet en zorgen er samen met cliënten voor dat de afdeling schoon en netjes blijft. Cliënten worden gestimuleerd en gecoacht om hun eigen leefomgeving gezond te houden en er wordt aandacht besteed aan leefstijlthema's zoals stoppen met roken en gezonde voeding. Verder lijken de afdelingen actief te vragen naar de wensen en voorkeuren als het gaat om wonen en worden in onderling overleg met cliënten en naasten weloverwogen keuzes gemaakt in welke woon- of verblijfssituatie een cliënt het beste tot zijn of haar recht komt.

Tabel XVI

Scores op domein 7 Veiligheid en vrijheidsbeperking (n = 45)

<i>Items ART-monitor</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
34 Veiligheidsmanagementsysteem	4,31	(,763)
35 Conflicthantering en persoonlijke veiligheid	3,84	(,878)
36 Samenwerkingsafspraken veiligheid	3,56	(1,035)
37 Aandacht voor veiligheid in het team	3,84	(,903)
38 Dwangtoepassing en evaluatie	3,91	(,949)

Scores op een schaal van 1 – 5.

De items 35, 37 en 38 over conflicthantering respectievelijk aandacht voor veiligheid in het team en dwangtoepassing en evaluatie zijn al eerder besproken (zie pagina 52). In de ggz is van oudsher veel aandacht voor veiligheid en vrijheidsbeperking(en) en dat is te zien aan de scores op de items 34 – 38 in tabel XVI. Hieruit blijkt dat de afdelingen weloverwogen keuzes maken in het waarborgen van een veilige sfeer op de afdeling en in het structureel melden en analyseren van incidenten en het in gang zetten van verbeteracties, dat er beleid is omtrent conflicthantering en persoonlijke veiligheid met behulp van best practices, onderhandelingstechnieken en de-escaleringstechnieken en dat er nazorg geboden wordt als het een keer misloopt. Bovendien is men terughoudend in dwangtoepassingen en hanteren de teams actief beleid met betrekking tot ‘terugdringen dwang en drang’.

I Onderlinge relatie tussen de zes organisatiefactoren en herstelgericht werken

Uit het voorgaande blijkt met hoeveel organisatiefactoren tegelijk een verblijfsafdeling in de langdurig klinische ggz rekening te houden heeft bij de organisatie van zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Dat zijn er veel meer dan zes. Geprobeerd is om met de beschrijving van zoveel mogelijk van deze factoren (als onafhankelijke sub variabelen) de dagelijkse praktijk op de betreffende afdelingen goed in beeld te brengen en de dynamiek die hiermee gepaard gaat bloot te leggen. Er is niet één bepaalde factor aan te wijzen die allesbepalend is voor de manier van werken op zo’n afdeling, het gaat om de combinaties van deze factoren. Door ze onder te brengen bij een van de zes samengestelde onafhankelijke variabelen (de door het werkveld bepaalde constructen) tellen ze één voor één mee met de impact hiervan op de mate van herstelgericht werken. Na het ordenen van

al deze informatie over de bedrijfsvoering van zorgaanbieders wordt tot slot beoordeeld welke relatie er te vinden is tussen deze zes organisatiefactoren enerzijds, en de score op de ART-monitor anderzijds. Tevens wordt gekeken naar hoe sterk de relaties precies zijn en in hoeverre het verband tussen deze variabelen kan worden aangetoond.

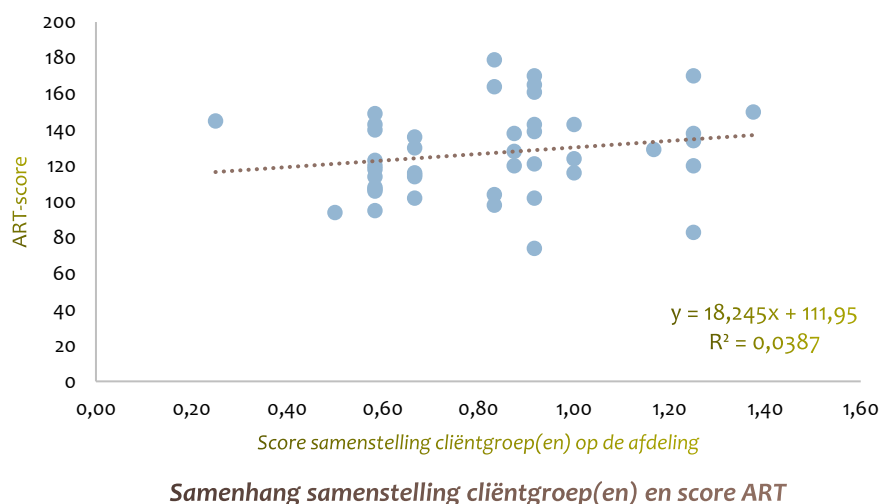
In hoeverre is het herstelgericht werken op de verblijfsafdelingen in de langdurig klinische ggz te voorspellen uit de samenstelling van cliëntgroep(en) op de afdeling, de setting (de gebouwen en inrichting), de faciliteiten en voorzieningen op of in de buurt van de afdeling, de kwantitatieve of kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team en uit het organisatiebeleid van de zorgaanbieders?

Het regressiemodel

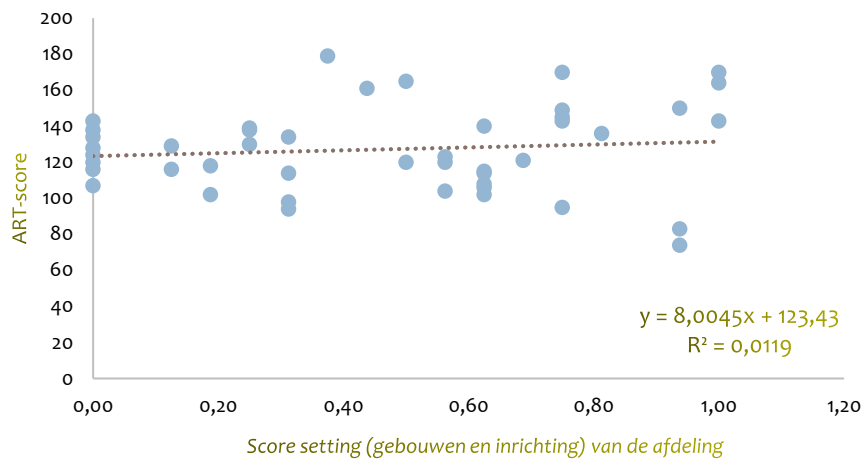
Met behulp van meervoudige lineaire regressie is het model hiervoor weergegeven. Hieruit blijkt dat de zes organisatiefactoren samen de mate van herstelgericht werken voorspellen. De multiële correlatiecoëfficiënt $R = ,792$; de proportie verklaarde variantie $R^2 = ,627$; gecorrigeerd voor het aantal cases en het aantal onafhankelijke variabelen in het model is de gecorrigeerde $R^2 ,569$. Het regressiemodel bevat ook significante verklarende of voorspellende variabelen, ($F(6,38) = 10,663$; $p < ,001$).

In de figuren LVII – LXII zijn eerst de regressielijnen per afzonderlijke onafhankelijke variabele weergegeven. Let wel: Het betreft hier de *univariate* regressielijnen.

Figuur LVII



Figuur LVIII



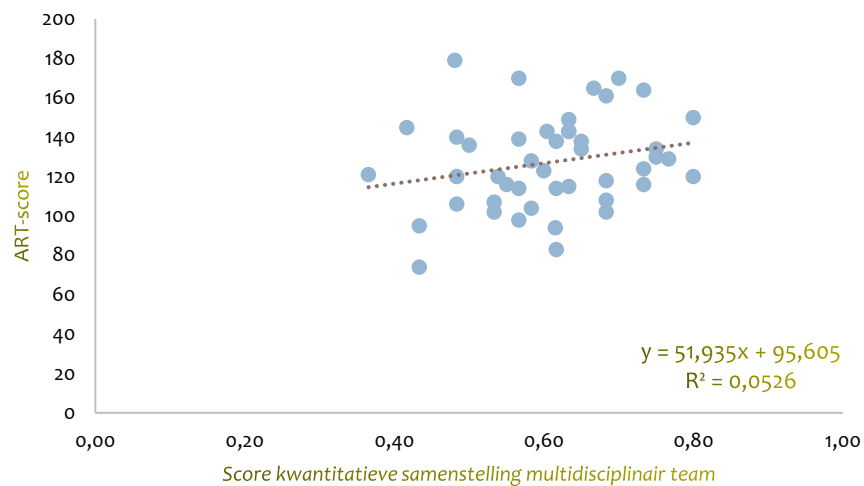
Samenhang setting en score ART

Figuur LIX



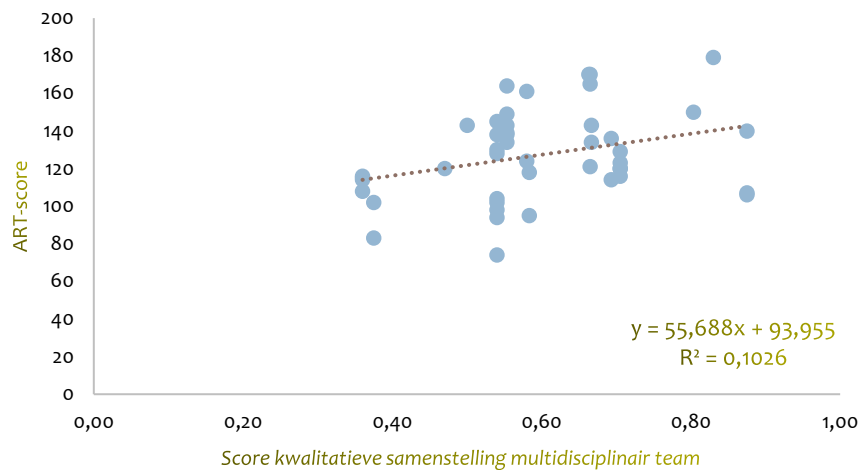
Samenhang faciliteiten en/of voorzieningen en score ART

Figuur LX



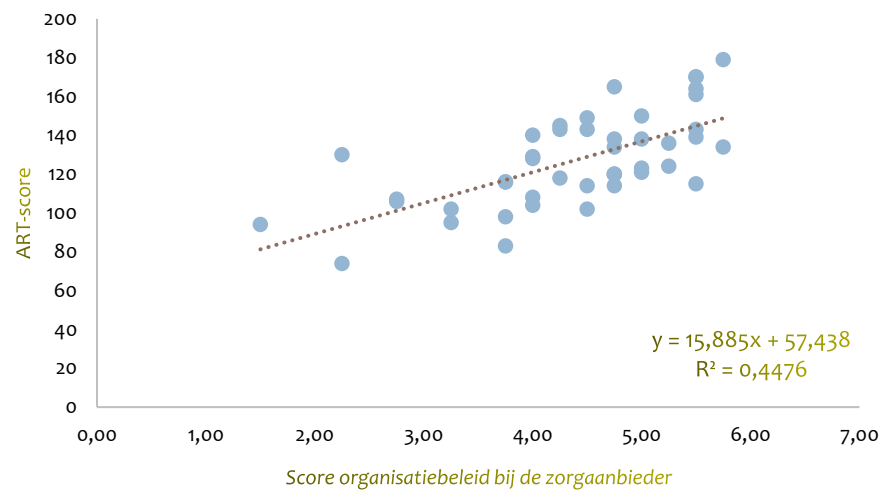
Samenhang kwantitatieve samenstelling team en score ART

Figuur LXI



Samenhang kwalitatieve samenstelling team en score ART

Figuur LXII



Samenhang organisatiebeleid en score ART

Wat is vervolgens het effect van deze zes samengestelde onafhankelijke variabelen als ze worden samengebracht in één regressiemodel?

Om het effect van de afzonderlijke onafhankelijke variabelen $x_1 - x_6$ op y te kunnen beoordelen zonder dat de andere 5 onafhankelijke variabelen veranderen, is zoals gezegd gekeken naar de ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten $b_1 - b_6$. Voorts is het zuivere effect van de verschillende onafhankelijke variabelen met behulp van de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (de bèta's) met elkaar vergeleken. De samenstelling van de cliëntgroep(en) heeft een negatief verband met ART ($b_1 = -9,127$; $\beta = -,098$) en dit verband is niet significant ($p = >,05$). Er is een positief verband tussen de setting en ART ($b_2 = 10,830$; $\beta =$

,148), maar het verband is niet significant ($p > ,05$). De faciliteiten en/of voorzieningen hebben een sterk positief verband ($b_3 = 79,016$; $\beta = ,325$), maar dit is niet significant ($p > ,05$). De kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team vertoont ook een sterk positief verband ($b_4 = 53,818$; $\beta = ,238$) en is bijna significant ($p = ,054$). De kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team heeft een positief verband met ART ($b_5 = 43,949$; $\beta = ,253$) en dit verband is significant ($p < ,05$). Hetzelfde geldt voor het organisatiebeleid, dat een sterk verband vertoont met ART ($b_6 = 64,576$; $\beta = ,389$) en ook significant is ($p < ,05$).

Uit het voorgaande wordt geconcludeerd dat in de onderlinge samenhang van deze zes onafhankelijke variabelen het organisatiebeleid van zorgaanbieders en de kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team in belangrijke mate bepalen of er al dan niet herstelgericht gewerkt wordt op de verblijfsafdelingen in de langdurig klinische ggz. De impact van beide organisatiefactoren is significant ($p > ,05$). Ook de kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team ($p = ,054$) en de faciliteiten en/of voorzieningen op de afdeling ($p = ,072$) lijken behoorlijke impact te hebben op de mate van herstelgericht werken. Om te bepalen in hoeverre beide variabelen daadwerkelijk iets toevoegen aan de voorspelling van de ART-score is nog een stapsgewijze regressie uitgevoerd (zie tabel XVII).

Tabel XVII

Stapsgewijze regressie

	B	SE B	β
Stap 1			
Constante	57,438	12,109	
Organisatiebeleid	111,195	18,839	,669*
Stap 2			
Constante	32,098	15,338	
Organisatiebeleid	107,522	17,864	,647*
Kwalitatieve samenstelling v/h multidisciplinair team	46,366	18,690	,267*
Stap 3			
Constante	-2,197	22,229	
Organisatiebeleid	99,951	17,594	,601*
Kwalitatieve samenstelling v/h multidisciplinaire team	59,092	19,029	,340*
Kwantitatieve samenstelling v/h multidisciplinaire team	51,778	25,074	,229*

$R^2 = ,448$ voor stap 1 ($p < ,001$); $\Delta R^2 = ,071$ voor stap 2 ($p < ,05$); $\Delta R^2 = 0,45$ voor stap 3 ($p < ,05$). * $< ,001$

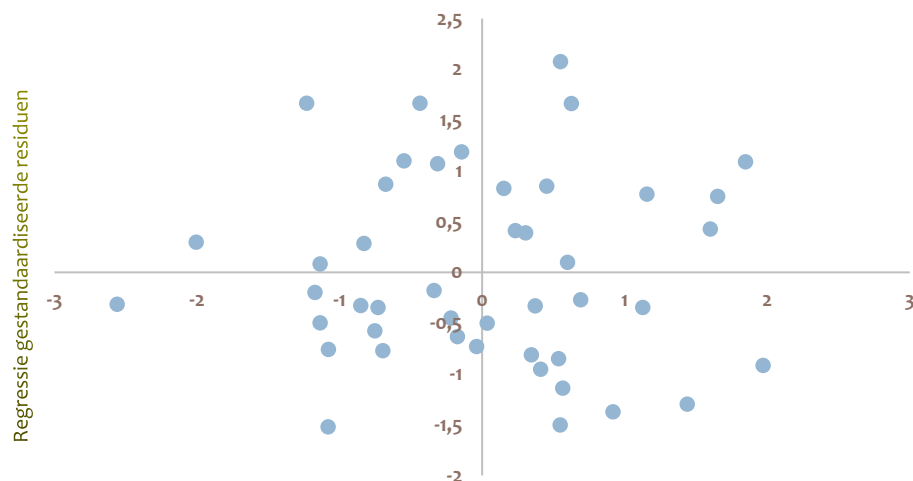
De iets strengere stapsgewijze regressie laat zien dat het regressiemodel met de toevoeging van de kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team nog significant is,

maar met de toevoeging van faciliteiten en/of voorzieningen is dat niet meer het geval. Het negatieve verband tussen de samenstelling van cliëntgroepen en herstelgericht werken en het positieve verband tussen de setting (gebouwen en inrichting) en herstelgericht werken kunnen niet worden aangetoond.

Assumpties

Alle assumpties zijn gecheckt. Het model vertoont geen uitbijters en bij de ART-score(s) is sprake van een normale verdeling (zie pagina 79). Er is bovendien geen sprake van multicollineariteit tussen de onafhankelijke variabelen ($VIF's < 5$) en er is geen probleem met heteroscedasticiteit (zie figuur LXIII).

Figuur LXIII



Regressie gestandaardiseerde voorspelde waarde
Scatterplot afhankelijke variabele ART-score

V – Discussie

Conclusies

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te geven in de relatie tussen de organisatie van zorg en de mate van herstelgericht werken op klinische verblijfsafdelingen in de langdurige ggz voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Dit helpt zorgaanbieders om hun eigen organisatie hier verder in te ontwikkelen, en biedt de Nederlandse ggz als branchevereniging handvatten voor de gesprekken met diverse landelijke stakeholders over het optimaliseren van de klinische zorg voor deze mensen in de Wlz. Een belangrijke reden om hier onderzoek naar te doen was dat het werkveld in de ggz zichzelf met het ART-model een norm had gesteld met betrekking tot herstelgericht werken, maar dat de organisatie van zorg bij sommige zorgaanbieders hier enkele jaren geleden nog niet op was ingericht.

Uit het huidige onderzoek blijkt dat verblijfsafdelingen die hoger scoren op de ART-monitor (en dus verder zijn met de implementatie van herstelgericht werken) beschikken over strategisch organisatiebeleid waarin herstel integraal is opgenomen. Hun afdelingsbeleid en het scholingsplan zijn hierop afgestemd en/of op ingericht en zij monitoren hun beleid regelmatig en structureel. Er is sprake van sterk positief en significant verband ($p > ,05$) tussen organisatiebeleid en ART. Hetzelfde geldt voor de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de multidisciplinaire teams. Er is sprake van een positief en significant verband ($p < ,05$) tussen de kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team en ART; afdelingen die hoger opgeleid of beter gekwalificeerd personeel uit verschillende disciplines inzetten, scoren hoger op de ART-monitor. Het verband tussen de kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team en ART is bijna significant ($p = ,054$); niet de afdelingen met de hoogste aantallen fte uit diverse disciplinegroepen, maar de afdelingen met breed samengestelde multidisciplinaire teams (inclusief ervaringsdeskundigen en overige hulpverleners) scoren hoger op de ART-monitor, in overeenstemming met het ART-model. Het aanbod van faciliteiten en/of voorzieningen (dagbesteding, zelfstandig koken, sporten, digitale (leer)middelen en sociale voorzieningen) volgt hier direct op, maar is niet significant ($p = ,072$). Het verband tussen de samenstelling van cliëntgroepen ($p = ,376$) en herstelgericht werken, en tussen de setting (gebouwen en inrichting) en herstelgericht

werken ($p = ,158$) kan ook niet worden aangetoond. Het predictiemodel bestaat daarom voornamelijk uit het organisatiebeleid en de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team. De conclusie die hieruit getrokken wordt is dat zorgaanbieders in de langdurig klinische ggz zelf veel invloed hebben op het al dan niet herstelgericht werken op de verblijfsafdelingen. Er valt qua beleid dus op te sturen, maar om geheel volgens het ART-model te werken is meer nodig (zie hierna).

Sterke punten van het onderzoek

Met dit onderzoek naar de impact van een zestal organisatiefactoren op de mate van herstelgericht werken is niet gestopt bij de norm over hoe het zou moeten (ART), of wat er uiteindelijk aan is uitgegeven (NZa/KPMG), maar is stilgestaan bij wat zorgaanbieders in de dagelijkse praktijk doen om ART mogelijk te maken. Het is een poging geweest hier meer grip op te krijgen, dat was nog niet eerder gebeurd.

Dit was voor het werkveld ook de belangrijkste reden om aan het onderzoek mee te werken. Er bestond zowel bij de business- en concerncontrollers als bij de behandelaars en andere hulpverleners veel draagvlak voor. Hetzelfde gold voor de bestuurders van de bij het onderzoek betrokken zorgaanbieders. Het werkveld zelf is daarom ook uitgebreid betrokken geweest bij de voorbereidingen van de twee enquêtes.

Het onderzoek heeft nieuwe inzichten verschaft voor zowel zorgaanbieders als de Nederlandse ggz over de relatie tussen de organisatie van zorg en de kwaliteit van zorg op de verblijfsafdelingen in de langdurig klinische ggz. Er was betrekkelijk weinig bekend over hoe deze afdelingen precies werken en in hoeverre zij daarin van elkaar verschillen. Bovendien is er niet eerder een link gelegd tussen bepaalde organisatiefactoren en de mate van herstelgericht werken. In die zin kan het onderzoek bijdragen aan de verdere ontwikkeling van het ART-model en/of de ART-monitor.

Verbeterpunten en suggesties voor vervolgonderzoek

Er was geen referentiekader beschikbaar, op basis waarvan op voorhand voor bepaalde onderzoeksvariabelen gekozen kon worden. Die zijn daarom met behulp van literatuuronderzoek, deskresearch en in overleg met het werkveld bepaald. Voorts is ervoor gekozen om te werken met normen per sub variabele, teneinde het werk op de verblijfsafdelingen

te kunnen beoordelen en de afdelingen onderling te kunnen vergelijken. In de meeste gevallen waren veldnormen beschikbaar. In gevallen dat zo'n veldnorm ontbrak is gestandaardiseerd naar gemiddelden van invoerwaarden en konden de afdelingen alsnog worden beoordeeld. Om de afdelingen zo zorgvuldig mogelijk te kunnen vergelijken zijn telkens berekeningen gemaakt op het individuele cliëntniveau of naar groepen van 25 cliënten. Op deze manier was het mogelijk om de zes organisatiefactoren tegen het licht te houden en ze te relateren aan de mate van herstelgericht werken in de langdurig klinische ggz. Alhoewel het een bewuste keuze is geweest om het onderzoek op deze wijze op te zetten, is gepoogd zo goed mogelijk verslag te doen van deze exploratieve benadering en werkwijze (en dan met name van de normering en hoe daar vervolgens bij de databewerking en in de data-analyse mee is omgegaan). Als hier andere keuzes in gemaakt zouden zijn (door bijvoorbeeld andere intervallen bij de normering te gebruiken) zouden de resultaten mogelijk anders kunnen zijn geweest.

Het werkveld in de langdurig klinische ggz ligt er heel divers bij, zo is gebleken uit dit onderzoek. Er zijn open en gesloten settings, standalone en geclusterde settings, homogene en heterogene cliëntgroepen, hele grote en hele kleine afdelingen, specialistische en niet specialistische afdelingen enzovoort. Dit is soms goed terug te zien in de data, zoals de spreiding van waarnemingen bij sommige sub variabelen. Het is goed om dit bij de interne evaluatie van de onderzoeksresultaten binnen de Nederlandse ggz te betrekken en te bekijken hoe hier meer rekening mee kan worden gehouden bij eventueel vervolgonderzoek in de sector (zoals naar de kostenopbouw per verblijfsafdeling of per individuele zorgprestatie zzp ggz-b in de Wlz).

Er was sprake van een beperkte steekproef ($n = 45$). Omwille van de betrouwbaarheid van de verkregen onderzoeksresultaten was een hoger aantal deelnemende verblijfsafdelingen wenselijk geweest, zeker wanneer er sprake is van zes onafhankelijke variabelen. Desondanks lijken deze zes variabelen samen de mate van herstelgericht werken goed te kunnen verklaren of voorspellen ($R = ,792$; $R^2 = ,627$; gecorrigeerde $R^2 = ,569$). Het is het overwegen waard om hetzelfde onderzoek in een breder verband opnieuw te doen, maar dan moet door de Nederlandse ggz worden nagedacht over het al dan niet verplichtende karakter van deelname door leden aan zo'n onderzoek.

Wat voorspelt het regressiemodel niet? Het antwoord op die vraag wordt vermoedelijk gevonden in de behandeling, begeleiding en ondersteuning van cliënten met een ernstige psychische aandoening zelf. Behalve het aanbod van faciliteiten en/of voorzieningen (die integraal onderdeel uitmaken van de totale behandeling) is bijvoorbeeld niet gekeken naar farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie, traumatherapie, running therapie, diverse vaardigheidstrainingen, motiverende gespreksvoering enzovoort. Het effect daarvan op het persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten mag niet onderschat worden, maar lag buiten de scope van dit onderzoek; het ging in dit onderzoek nadrukkelijk om de samenstelling van de cliëntgroep(en), de setting, de faciliteiten en voorzieningen, de samenstelling van teams en het organisatiebeleid als de condities waaronder het herstelgericht werken al dan niet van de grond komt.

Op basis van de verkregen onderzoeksresultaten is ervoor gekozen om niet opnieuw naar de schaalconstructen van de zes samengestelde onafhankelijke variabelen te kijken. Die kunnen wellicht nog iets betrouwbaarder worden samengesteld door bepaalde sub variabelen weg te laten of eraan toe te voegen, maar hier was nu geen reden voor. Er is daarom besloten om het bij de oorspronkelijke onderzoeksopzet te houden, dicht op hoe er bij het samenstellen van de schaalconstructen met het werkveld over gesproken en besloten is.

Het ART-model wordt alom gerespecteerd in de langdurig klinische ggz, daarover lijkt geen twijfel meer. Toch konden niet alle betrokken afdelingen uit de voeten met alle items uit de ART-monitor. Met name de afdelingen ouderenzorg moesten bij sommige vragen uit de monitor verstek laten gaan, eenvoudigweg omdat het type zorgaanbod of de gewenste werkwijze niet passen bij de aard van de problematiek op gerontopsychiatrische of geriatrische afdelingen. De multidisciplinaire teams op deze afdelingen zijn doorgaans ook uitgerust met hogere aantallen fte in de vov-formatie, maar qua aantallen disciplines minder breed samengesteld. Naar verluidt wordt op dit moment nagedacht over een specifieke ART-monitor voor de afdelingen ouderenzorg in de ggz (met cliënten in de zzp's ggz-b4/w2 en ggz-b6/w4), die meer rekening houdt met de co morbide of multi morbide problematiek die zich met name op oudere leeftijd manifesteert. Dat lijkt een heel zinvolle en daarom wenselijke exercitie.

De criteria bij de items in de ART-monitor zijn op verschillende wijze uitgewerkt. Bij sommige items staat ‘voldoet aan één, twee of meer criteria’ en moet dienovereenkomstig worden gescoord, bij andere items staat een al dan niet behaald resultaat benoemd dat moet worden gescoord. Voor sec het monitoren van de werkwijze op een afdeling (zoals beschreven in hoofdstuk IV) is dat geen probleem, want het wijst zich vanzelf. In het voorliggende onderzoek van de Nederlandse ggz echter moest voor het kwantificeren van item 47 (over de beschikbaarheid van extra disciplines) een eigen berekening worden gemaakt. Het ligt in de rede om deze bevindingen te bespreken met de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC.

Aanbevelingen voor de praktijk

Een opvallend resultaat is dat de meeste teams zeer positief tegenover herstelgericht werken staan, maar dat in de dagelijkse praktijk nog niet op alle domeinen van het ART-model laten zien. Het zou de verblijfsafdelingen helpen om het afdelings- en scholingsbeleid meer te richten op hele concrete onderdelen uit het zorgproces, zoals het maken van persoonlijke herstelplannen met cliënten en naasten, en om dit type activiteiten tegelijkertijd in te bedden in het frequent en structureel monitoren, evalueren en verbeteren van het kwaliteitsbeleid (of herstelbeleid) van de afdeling. Het overzicht van de gemiddelde scores per item uit de ART-monitor (zie pagina 79) kan hierbij behulpzaam zijn.

Een ander opvallend resultaat is dat veel verblijfsafdelingen de blik nog veel naar binnen hebben gericht, terwijl hun verbeterpotentieel vooral buiten de afdeling ligt. Maatschappelijke participatie, kennis van het regionale netwerk en werken volgens ggz standaarden (waarin de blik op buiten is verdisconteerd) verdienen meer focus van de teams. Hetzelfde geldt voor werken in de triade op team- en organisatieniveau, de consultatie van externe partijen in het zorgproces en voor innovatie en verbetering. Door meer gebruik te maken van wat elders ontwikkeld is en de blik meer te richten op het lokale en regionale faciliteiten- en voorzieningenaanbod (zoals resourcegroepen, herstelwerkplaatsen en herstelacademies), hoeven de afdelingen zelf minder op touw te zetten of in de lucht te houden. Afdelingen die hier verder in zijn werken doorgaans ook effectiever en efficiënter, zo blijkt uit dit onderzoek; zij zetten namelijk minder fte van verschillende disciplines in, maar werken intensiever samen met lokale en/of regionale partners.

Voor wat betreft de samenstelling van het multidisciplinaire team doen (op de zeer specialistische afdelingen en afdelingen ouderenzorg na) de hogere aantallen fte er minder toe dan de verschillende soorten disciplines die op een afdeling worden ingezet; het lukt kleinere, maar breder samengestelde multidisciplinaire teams doorgaans beter om aan herstel te werken dan grotere, maar enger samengestelde multidisciplinaire teams. Een heroverweging van de kwantitatieve samenstelling van zo'n multidisciplinair team kan ook helpen bij het effectiever en efficiënter samenwerken aan herstel. De verblijfsafdelingen doen er in dat kader verstandig aan om in hun fpp meer plaats te maken voor ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen, want die worden tot nu toe nog maar zeer beperkt ingezet. Hetzelfde geldt voor de inzet van agogisch opgeleiden en voor overige hulpverleners, die net iets verder van het primaire zorgproces afstaan.

Uit het huidige onderzoek blijkt ook dat de samenstelling van (een) cliëntgroep(en) er juist minder toe doet dan vooraf werd aangenomen. Er zijn afdelingen met homogene en heterogene cliëntgroepen, afdelingen met alleen Wlz-bedden of met een combinatie van Zvw- (of Wfz-) en Wlz-bedden, en afdelingen met en zonder cliënten met een juridische maatregel in het kader van de Wvggz. Alhoewel de aard van de problematiek en de zorgzwaarte van mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen verschillen, lijkt dit het herstelgericht werken op een afdeling niet nadelig te beïnvloeden. Uit dit onderzoek blijkt ook dat het teams doorgaans goed lukt om een veilige sfeer op de afdeling te waarborgen, ondanks de eventuele gedragsproblematiek en crisis- of terugvalmomenten die met ernstige psychische aandoeningen gepaard gaan.

Hetzelfde geldt voor de settings waarin cliënten gehuisvest zijn. In de praktijk blijkt de persoonlijke ruimte voor cliënten op een afdeling aan de krappe kant; het aantal m² per individuele cliënt voldoet op veel plekken niet aan de norm en op behoorlijk wat afdelingen verblijven meer cliënten op één unit dan het werkveld zelf wenselijk vindt. Toch lijkt dat minder impact te hebben op het al dan niet herstelgericht werken dan voorafgaand aan het onderzoek werd aangenomen.

Wat zou er naar aanleiding van dit onderzoek door de Nederlandse ggz besproken kunnen worden met stakeholders als de zorgkantoren en de NZa? Dat is uiteraard aan de leden van de Nederlandse ggz, de zorgaanbieders zelf, maar de onderzoeksresultaten uit dit onderzoek kunnen worden gezien als een suggestie hiervoor. Zorgaanbieders in de langdurig

klinische ggz hebben aangegeven volgens het ART-model te willen werken, omdat dit bijdraagt aan het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met een ernstige psychische aandoening. Zij hebben een leveringsplicht en worden geacht die volgens de laatste stand van de wetenschap en de praktijk in te vullen. ART past daarbij, maar wordt nog niet volledig toegepast.

Zorgaanbieders doen er goed aan om samen met de zorgkantoren, op wiens schouders een zorgplicht rust, te kijken hoe het verbeterpotentieel op het gebied van herstel daadwerkelijk gerealiseerd kan worden en wat eventuele belemmeringen hiervoor zijn. Dit is vervolgens gespreksstof voor het onderhoud met de NZa hierover. Immers, als gekeken wordt naar wat zorgaanbieders uitgeven aan langdurig klinische ggz dan mag de kwaliteitscomponent, en dan met name de verdere ontwikkeling van het organisatiebeleid, de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van teams en het aanbod aan herstelgerichte faciliteiten en voorzieningen niet buiten beschouwing blijven. Daar zijn zonder uitzondering alle belanghebbende partijen mee gediend, zo blijkt ook uit dit onderzoek.

De eerstvolgende gelegenheid hiervoor dient zich in het voorjaar van 2023 aan, als de NZa met alle betrokken stakeholders in het veld in gesprek wil over een nieuw Wlz-kostenonderzoek naar de langdurig klinische ggz in 2024. Dat is het moment om te kijken hoe de uitgaven in de langdurig klinische ggz gekoppeld kunnen worden aan de kwaliteit van herstelgerichte zorg.

Referenties

- 1) De maximum NZa-tarieven voor ggz-b4 en w2 zijn gelijk. Hetzelfde geldt voor b6 en w4, voor b5 en w3 en voor b7 en w5.
- 2) Bij mensen met ernstige psychische aandoeningen is er sprake van ernstige psychopathologie, langdurige beperkingen, meerdere zorgbehoeften en de noodzaak om behandeling, begeleiding en ondersteuning op meerdere levensdomeinen op elkaar af te stemmen. Mensen met psychotische aandoeningen vormen de grootste groep, maar ook velen met angst- en stemmingsstoornissen en met persoonlijkheidsproblematiek of een verslaving behoren tot de groep met ernstige psychische aandoeningen. In Nederland wonen ongeveer 281.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen (1,7% van de totale bevolking). Daarvan is ongeveer 75% in zorg (inclusief verslavings- en forensische zorg), dat zijn rond de 210.700 mensen. Van deze mensen in zorg zijn 160.000 mensen tussen de 18 en 65 jaar (Akwa Ggz, generieke module EPA (ernstige psychische aandoeningen). Rond de 37.000 mensen zijn afhankelijk van langdurige geestelijke gezondheidszorg. Van hen zijn om en nabij 7.000 mensen klinisch opgenomen, ± 2.000 in het 2e of 3e jaar verblijf onder de Zvw en ± 5.000 vanaf het 4e jaar verblijf onder de Wlz (Zomer, 2020; Vektis, 2021). Sinds 1 januari 2021 hebben ± 27.000 mensen in een ambulante, maar beschermde woonvorm ook toegang tot de Wlz, omdat zij voldoen aan de zorginhoudelijke Wlz-criteria. Zij hebben behoefte aan permanent toezicht of aan 24 uur, 7 dagen per week zorg nabij.
- 3) Mierlo, van, T., Meer, van der, L., Voskes, Y., Berkvens, B., Stavenuiter, B., Weeghel, van, J. (2020). De Kunst van ART. Werkboek Active Recovery Triad. Utrecht: De Tijdstroom, div. p.
- 4) Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). *Over de Brug, Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, Kenniscentrum Phrenos. Web: Samen over de brug - Kenniscentrum Phrenos. Geraadpleegd op 12 april 2022.
- 5) Zomer, L.J.C., Voskes, Y., Weeghel, van, J., Widdershoven, G.A.M., Mierlo, van, T.F.M.M., Berkvens, B.S., Stavenuiter, B. & Meer, van der, L. (2020). The Active Recovery Triad Model: A New Approach in Dutch Long-Term Mental Health Care. *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 11, art. 592228. Doi: 10.3389/fpsyt.2020.592228.
- 6) Schrank, B. & Slade, M. (2007). Recovery in Psychiatry. *Psychiatria Danubia*, Vol. 19, p. 246 – 251. Doi: 10.1192/pb.bp.106.013425.
- 7) Slade, M., Amering, M. & Oades, L. (2008). Recovery an International Perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 17, p. 128 – 137. Doi: 10.1017/S1121189X000 02827.
- 8) Killaspy, H., King, M., Wright, C., White, S., McCrone, P., Kallert, T. et al. (2009) Study Protocol for the Development of a European Measure of Best Practice for People with Long Term Mental Health Problems in Institutional Care. *BMC Psychiatry*, Vol. 9, nr. 36. Doi: 10.1186/1471-244X-9-36.
- 9) World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*, p. 15. Web: apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.2. Geraadpleegd op 4 april 2022.
- 10) Killaspy, H., McPherson, P., Samele, C., Keet, R. & Almeida J. (2014). *EU Compass for Mental Health and Well-being: Providing Community Based Mental Health Services*, Position Paper. Web: pdfs.semanticscholar.org/e8e6/e07e32cfebo589955dac5035doa24f050b95.pdf. Geraadpleegd op 16 april 2022.
- 11) Trimbos Instituut (2014). *Persoonlijk en Maatschappelijk Herstel van Mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen, Ontwikkelingen in Praktijk en Beleid*, p. 65 – 78. Utrecht. Trendrapportage GGZ, Thema-rapport.
- 12) Holloway, F., Kalidindi, S., Killaspy, H. & Roberts, G. (2015). *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*. London: The Royal College of Psychiatrists.
- 13) World Health Organization Europe (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Web: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan2013-2020.pdf. Geraadpleegd op 5 april 2022.

- 14) Weeghel, van, J., Zelst, van, C., Boertien, D. & Hasson-Ohayon, D. (2019). Conceptualizations, Assessments and Implications of Personal Recovery from Mental Illness: A Scoping Review of Systematic Reviews and Meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 42, 2, p. 169 – 181. Doi: 10.1037/prj0000356.
- 15) Herstel is in de langdurige ggz niet hetzelfde als genezen. Herstel is hier gedefinieerd als een persoonlijk proces, waarin mensen met een psychische aandoening ontdekken hoe zij ondanks hun beperkingen toch een zinvol en bevredigend leven kunnen leiden met die aandoening. Herstellen is mogelijk, ongeacht de symptomen en sociale en functionele beperkingen. Zo bezien stimuleert herstel (kleine) stappen in de richting van meer gemeenschapsparticipatie en empowerment, waardoor mensen weer grip krijgen op het dagelijks leven, en vergroot het de hoop en het vertrouwen op het opbouwen van een zinvol en bevredigend leven.
- 16) 1) ART zorg is tijdelijk, 2) men kan wonen naar eigen keuze, 3) we zien onvervulde behoeften als de oorzaak van ‘problematisch gedrag’ en focussen op de achterliggende behoeften in plaats van het gedrag, 4) er is ruim aandacht voor herstel van identiteit, 5) herstel van gezondheid betekent zowel richten op lichamelijke als psychische gezondheid, 6) belangrijk is aandacht voor maatschappelijk herstel, 7) we werken aan herstel van en in de triade.
- 17) Zie Web: Kwaliteitsstandaarden (ggzstandaarden.nl).
- 18) Zie Web: Herstelondersteuning - Herstelondersteuning | GGZ Standaarden.
- 19) Zie Web: Kwaliteitsinstrumenten | Zorginzicht.
- 20) Zie Web: Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú - november 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).
- 21) Vermeer, K. (2013). Meer uitgaan van voorkeuren en mogelijkheden van ggz-patiënt. *Nederlands Tijdschrift Evidence Based Practice*, Vol. 11, p. 21–23.
- 22) Zie Web: KPMG Kostenonderzoek langdurige zorg 2018 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).
- 23) Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (4th ed.) Oxford: Oxford University Press, ch. 1, p. 2 – 17.
- 24) Zie Web: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35146-3.html>, p. 1.
- 25) EPA wordt in de literatuur veelvuldig gebruikt als afkorting voor Ernstige Psychische Aandoeningen. Omdat cliënten deze afkorting als stigmatiserend ervaren wordt deze buiten de hier gebruikte citaten om niet gebruikt.
- 26) Hooft, F., e.a. (2015). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige Ggz*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- 27) Trieman, N., & leff, J. (2002). Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. *British Journal of Psychiatry*, 181 (5), p. 428 – 432.
- 28) Uggerby, P., Nielsen, R.E., Correll, C.U. & Nielsen, J. (2011). Characteristics and Predictors of Long-term Institutionalization in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Research, Elsevier*, vol. 131, issues 1 – 3, p. 120 – 126.
- 29) Meltzer, H.Y. (1997). Treatment-resistant Schizophrenia – The Role of Clozapine. *Current Medical Research and Opinion*, 14 (1), p. 1 – 20.
- 30) Dawkes, S.E., Jeste, D.V. & Palmer, B.W. (2011). Cognitive Profiles in Persons with Chronic Schizophrenia. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 33 (8), p. 929 – 936.
- 31) Velligan, D.I., e.a. (1997). Cognitive Adaptation Training: The Use of Compensatory Strategies for Inpatients and Outpatients with Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 24 (1), p. 229.
- 32) McEvoy, J.P., e.a. (2005). Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients With Schizophrenia: Baseline Results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial and Comparison with National Estimates from NHANES III. *Schizophrenia Research*, 80 (1), p. 19 – 32.
- 33) Wiersma, D., e.a. (2000). Social Disability in Schizophrenia: Its Development and Prediction over 15 Years in Incidence Cohorts in Six European Centers. *Psychological Medicine*, 30 (05), p. 1155 – 1167.

- 34) Harvey, P.D, McClure, M.M., Patterson, T.L., McGrath, J.A., Pulver, A.E., Bowie, C.R., e.a. (2012). Impairment in Functional Capacity as An Endophenotype Candidate in Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (6), p. 1318 – 1326.
- 35) Davidson, L. (2012). Considering Recovery as a Process: Or, Life is not an Outcome. In: Rudnick, A. *Recovery of people with mental illness. Philosophical and related perspectives*. New York, Oxford University Press, p. 252 – 263.
- 36) Boertien, D., Bakel, M. van (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de ggz*. Utrecht, Trimbos Instituut.
- 37) Korevaar, L. & Dröes, J.T. (2011). *Handboek Rehabilitatie voor Zorg en Welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- 38) Dröes, J.T., & Weeghel, J. van (1994). Perspectieven van Psychiatrische Rehabilitatie. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 49 (8), p. 795 – 810.
- 39) Huber, M., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, p. 1 – 3.
- 40) Het doel van Flexibele ACT: meer meedoen in de samenleving. ACT staat voor 'Assertive Community Treatment'. FACT biedt geïntegreerde, herstelondersteunende behandeling en begeleiding. Het doel van een FACT-team is om cliënten in het gehele netwerk met continuïteit te begeleiden, behandelen en te ondersteunen in hun herstel. Behandeling en support, 'cure and care' gaan daarbij hand in hand. Cliënten en naasten krijgen de benodigde ondersteuning in de thuissituatie of daar waar zij zich op dat moment bevinden, zodat de ondersteuning altijd is afgestemd op de situatie in huis, in de wijk of anderszins. Teams werken samen met het formele en informele netwerk en staan in nauw contact met familie, naasten en wijkbewoners. Zo ondersteunen FACT-teams cliënten om regie te kunnen voeren over hun eigen herstelproces, zodat men (weer) mee kan doen in de maatschappij op een manier waar zij zich prettig en veilig bij voelen. Er is aandacht voor maatschappelijk, persoonlijk en symptomatisch herstel. Cliënten werken aan een leven buiten de GGZ met een zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en participatie in de samenleving (Bron: CCAF, geraadpleegd via <https://ccaf.nl/wat-is-flexible-act/>).
- 41) MIND Ypsilon steunt, adviseert, informeert en vertegenwoordigt familieleden en naasten van mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid, en komt op voor hun belangen.
- 42) Abma, T., Widdershoven, G., Lendemeijer, B. (2005). Dwang en drang in de psychiatrie, Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(7), p. 437 – 438.
- 43) Adviescentrum voor Zorghuisvesting (2020). *Bouwkostennota 2020*, p. 75.
- 44) Boertien, D., Bakel, M. van & Weeghel, J. van (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland. Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 76 – 5, p. 276 – 284. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 45) CCAF (2016). *HIC-monitor, Modelgetrouwheid High & Intensive Care*, p. 18 – 19. Geraadpleegd 22 november 2022 via <http://hic-psy.nl/wp-content/uploads/2016/04/HIC-monitor.pdf>.
- 46) Deenik, J. (2019). *Thinking Inside the Box: Changing Lifestyle to Improve the Health Status of Inpatients with Severe Mental Illness*. Doctoral Thesis. Maastricht: Maastricht University. Web <https://doi.org/10.26481/dis.20190522jd>.
- 47) De Nederlandse ggz (2020). *Geactualiseerd Normatief Kostenmodel voor de GGZ in de Wlz*. Template in Excel. Geraadpleegd op 20 november 2022.
- 48) GGZ Standaarden (2022). *Generieke module daginvulling en participatie*. AKWA GGZ, 177 p. Web: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/daginvulling-en-participatie/inleiding>. Geraadpleegd 22 november 2022.
- 49) Hollander, D., den, Wilken, J.P. (2015). *Zo Worden Cliënten Burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*, (5e herziene druk). Amsterdam: SWP, div. p.
- 50) Loenen, I., van, Gier, V., de, Meijel, van, BKG., & Stringer, B. (2017). Herstelondersteunende zorg in een gesloten opnamekliniek. Een kwalitatieve studie. *Participatie en herstel*, 26(1), p. 31 – 42.
- 51) Michel, S. (2014), Capture more value, *Harvard Business Review*, 92(10), p. 78 – 85.

- 52) Mierlo, T., van, Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC, High en Intensive Care in de Psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom, div. p.
- 53) Olson, E.M., Slater, S.F. & Hult, T.M. (2005). The importance of structure and process to strategy implementation. *Business Horizons*, 48(1), p. 47 – 54.
- 54) Porter, M. (1996). What is Strategy? *Harvard Business Review*, Nov. – Dec., p. 61 – 78.
- 55) Schaaf, P.S., van der et al. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 202, p. 142–149, Doi: 10.1192/bjp.bp.112.118422.
- 56) Strikwerda, J. (2014). *Bespiegelingen over Governance, Bestuur, Management en Organisatie in de 21e Eeuw*. Assen: Koninklijke Van Gorcum. Hst. 13, p. 255 – 271.
- 57) TNO, Centrum Zorg en Bouw (2022). OAZIS: wie, wat, waarom? Web: OAZIS, achtergronden en toelichting. Geraadpleegd op 20 november 2022.
- 58) TNO (2019). *Routekaart Verduurzaming van het Vastgoed in de Langdurige Zorg*. TNO, p. 15.
- 59) Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best Practices Rndom Dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- 60) Weeghel, J., van (2010), *Verlangen naar Volwaardig Burgerschap; Maar Wat Doen We in de Tussentijd?*, oratie, Tilburg, Tilburg University, div. p.
- 61) Zie Web: <http://art-psy.nl/wp-content/uploads/2019/11/ART-Monitor-Oktober-2019-gevalideerd.pdf>.
- 62) Het gaat hier om een herstelschaal die één keer per jaar wordt afgenomen bij alle cliënten. De uitkomsten van deze herstelschaal worden vervolgens gebruikt in de individuele behandeling en begeleiding van individuele cliënten. Dit is dus iets anders dan de ‘het aantal keren per periode dat herstelgericht werken gemonitord en/of geëvalueerd wordt’ en ‘interne of externe toetsing van de herstelgerichte zorg’ als varia-belen bij ‘Organisatiebeleid’ (zie hoofdstuk III, B).
- 63) De visie en werkwijze in een team zijn idealiter een verdere uitwerking van, bouwen voort of volgen uit het strategisch beleid en/of het afdelingsbeleid conform ART, IRB of SRH, zoals genoemd onder ‘Organisatiebeleid’ (zie hoofdstuk III, B).
- 64) In de ART-monitor zijn drie delen opgenomen: (I) een algemeen deel; (II) een deel waarbij de begeleiding en behandeling door aparte teams wordt uitgevoerd (scenario 1); (III) een deel waarbij de begeleiding en behandeling door één integraal team wordt uitgevoerd (scenario 2). In het voorliggende onderzoek zijn alleen de items uit onderdeel (I) & (III) (scenario 2) opgenomen, want op de verblijfsafdelingen werken integrale teams.
- 65) Het gaat hier om de invloed van de fysieke omgeving op het welzijn van de cliënten, naasten en professionals en de aandacht van het team voor het op orde houden ervan. Dit is iets anders dan het vloeroppervlak, de aanwezigheid van een- of meerpersoonskamers, van een of meer groepsruimten of van een tuin of buitenplaats, zoals genoemd onder ‘Setting’ (zie hoofdstuk III, B).
- 66) Fwg-indeling en bijbehorende salarisschalen volgens de cao-ggz 2019 – 2021.
- 67) Groningen, B., van & Boer, C., de (2016). *Beschrijvende Statistiek. Het Berekenen en Interpretieren van Tabellen en Statistieken*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam, 279 p.
- 68) Keller, G. (2018). *Managerial Statistics. International Edition*. United Kingdom, Gosport: Ashford Color Press, hst. 2 – 9, p. 11 – 328.
- 69) Slotboom, A. (2012). *Statistiek in Woorden. De Meest Voorkomende Statistische Begrippen van A tot Z*, vijfde druk. Groningen: Noordhoff Uitgevers, 331 p.
- 70) Vocht, A., de (2021). *Basishandboek SPSS 27. Voor IBM SPSS Statistics 27*. Utrecht: Bijleveld, 256 p.
- 71) College bouw zorginstellingen (2008). *Kwaliteit van de Fysieke Zorgomgeving. Stand van Zaken Onderzoek Omgevingsvariabelen en de Effecten op de (Zieke) Mens*. Rapportnr. 617, div. p.
- 72) Bell, P.A. e.a. (2001). *Environmental Psychology*, 5e edition. Wadson Group: Thomas Leaning.
- 73) NZa (2012). *Zorgzwaartepakketten Sector GGZ. Versie 2012*. Enschede: Bureau HHM, 20 p.
- 74) Zoals omschreven in de DBC-beroepentabel (Web). Geraadpleegd 18 januari 2023.

Figuren- en tabellenlijst

Tabellen

Tabel I	Beoordeling en kwalificatie verkregen data verblijfsafdelingen	37
Tabel II	Redenen voor het excluderen van onafhankelijke sub variabelen	38
Tabel III	Percentage Wvggz-cliënten op open en gesloten settings	42
Tabel IV	Omgang met veiligheid op open en gesloten settings	52
Tabel V	Scores maatschappelijke participatie en kennis regionaal netwerk	58
Tabel VI	Percentages respondenten qua scores faciliteiten/voorzieningen	59
Tabel VII	Benodigde aantallen fte per discipline volgens de ART-monitor	60
Tabel VIII	Scores op items met betrekking tot de aard van de problematiek	66
Tabel IX	Scores op items met betrekking tot teamcultuur en visie	69
Tabel X	Scores op domein 1 Herstel	80
Tabel XI	Scores op domein 2 De Triade	80
Tabel XII	Scores op domein 3 Zorgproces	81
Tabel XIII	Scores op domein 4 Teamcultuur en visie	81
Tabel XIV	Scores op domein 5 Professionalisering	82
Tabel XV	Scores op domein 6 Ruimtelijke vormgeving	82
Tabel XVI	Scores op domein 7 Veiligheid en vrijheidsbeperking	83
Tabel XVII	Stapsgewijze regressie	87

Figuren

Figuur I	Samenstelling cliëntgroep(en) qua CIZ-indicatie en zorgzwaarte	41
Figuur II	Percentage Wlz-bedden t.o.v. de totale beddencapaciteit	41
Figuur III	Percentage cliënten met een Wvggz-maatregel	42
Figuur IV	Groepsgrootte per unit op de verblijfsafdelingen	46
Figuur V	Aantal m ² per individuele cliënt i.r.t. BVO-norm	46
Figuur VI	Aantal groepsruimten per 25 cliënten	47
Figuur VII	Aantal gespreksruimten per 25 cliënten	48
Figuur VIII	Aantal therapie- en/of trainingsruimten per 25 cliënten	48
Figuur IX	Standalone of geclusterde setting	50

Figuur X	Groepsgrootte per unit op de verblijfsafdeling	50
Figuur XI	Aantal CCAF gecertificeerde Intensive Care Units (ICU's)	51
Figuur XII	Aantal CCAF gecertificeerde Extra Beveiligde Kamers (EBK's)	51
Figuur XIII	Aantal separeerruimtes oude stijl (SEP)	52
Figuren XIV	Faciliteiten en/of voorzieningen	54
XXVIII		
Figuur XXIX	Aantallen fte ervaringsdeskundigen op een groep van 25 cliënten	61
Figuur XXX	Spreiding inzet ervaringsdeskundigen	61
Figuur XXXI	Spreiding inzet vov-formatie	62
Figuur XXXII	Aantal afdelingen dat a/d norm van 4 fte vpk voldoet	63
Figuur XXXIII	Aantal afdelingen dat a/d norm van 4 fte agogen voldoet	64
Figuur XXXIV	Aantal afdelingen dat a/d norm van 40% vov hbo voldoet	64
Figuur XXXV	Aantal fte behandelaars op een groep van 25 cliënten	65
Figuur XXXVI	Spreiding inzet behandelaars	65
Figuur XXXVII	Aantal fte overige hulpverleners op een groep van 25 cliënten	68
Figuur XXXVIII	Spreiding inzet overige hulpverleners	68
Figuur XXXIX	Aantal opleidingsplaatsen voor ervaringsdeskundigen	70
Figuur XL	Aantal opleidingsplaatsen voor de vov-formatie	71
Figuur XLI	Aantal opleidingsplaatsen voor behandelaars	71
Figuur XLII	Percentage vov-formatie niet in loondienst	73
Figuur XLIII	Percentage behandelaars niet in loondienst	73
Figuur XLIV	Opleidingsniveau ervaringsdeskundigen	74
Figuur XLV	Opleidingsniveau vov-formatie	74
Figuur XLVI	Opleidingsniveau behandelaars	75
Figuur XLVII	Opleidingsniveau overige hulpverleners	75
Figuren XLVIII	Strategisch organisatiebeleid, afdelingsbeleid en monitoring	76
LV		
Figuur LVI	De totaalscores ART	79
Figuur LVII	Samenhang samenstelling cliëntgroep(en) en score ART	84
Figuur LVIII	Samenhang setting en score ART	85
Figuur LIX	Samenhang faciliteiten en/of voorzieningen en score ART	85
Figuur LX	Samenhang kwantitatieve samenstelling team en score ART	85

Figuur LXI	Samenhang kwalitatieve samenstelling team en score ART	86
Figuur LXII	Samenhang organisatiebeleid en score ART	86
Figuur LXIII	Scatterplot afhankelijke variabele ART-score	88

Afkortingenlijst

Afkorting Definitie

ACT	Assertive Community Treatment
ART	Active Recovery Triad (herstel in de triade)
CCAF	Centrum voor Certificering ACT en FACT
CIZ	Centrum voor Indicatiestelling Zorg
deNLggz	Branchevereniging de Nederlandse ggz
DSM-5	Diagnostic Statistic Manual 5
EBK	Extra Beveiligde Kamer
EPA	Ernstige Psychische Aandoeningen
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
Fte	fulltime equivalent
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HIC	High and Intensive Care
ICU	Intensive Care Unit
IHT	Intensive Home Treatment
IRB	Individuele Rehabilitatie Benadering
LVB	licht verstandelijke beperking
MvT	Memorie van Toelichting (bij een wet)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PIL	personeel in loondienst
PNIL	personeel niet in loondienst
SEP	separeerruimte
SMI	Severe Mental Illness
SRH	Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen
vov	verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden

vpk	verpleegkundige(n)
VWS	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wfz	Wet forensische zorg
Wvggz	Wet verplichte ggz
ZiN	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
zzp	zorgzwaartepakket (zorgprestatie in de Wlz)
zzp ggz-b	integraal zorgpakket inclusief behandeling

Bijlagen

Bijlage I – Uitgangspunten ART

De uitgangspunten van ART zijn:

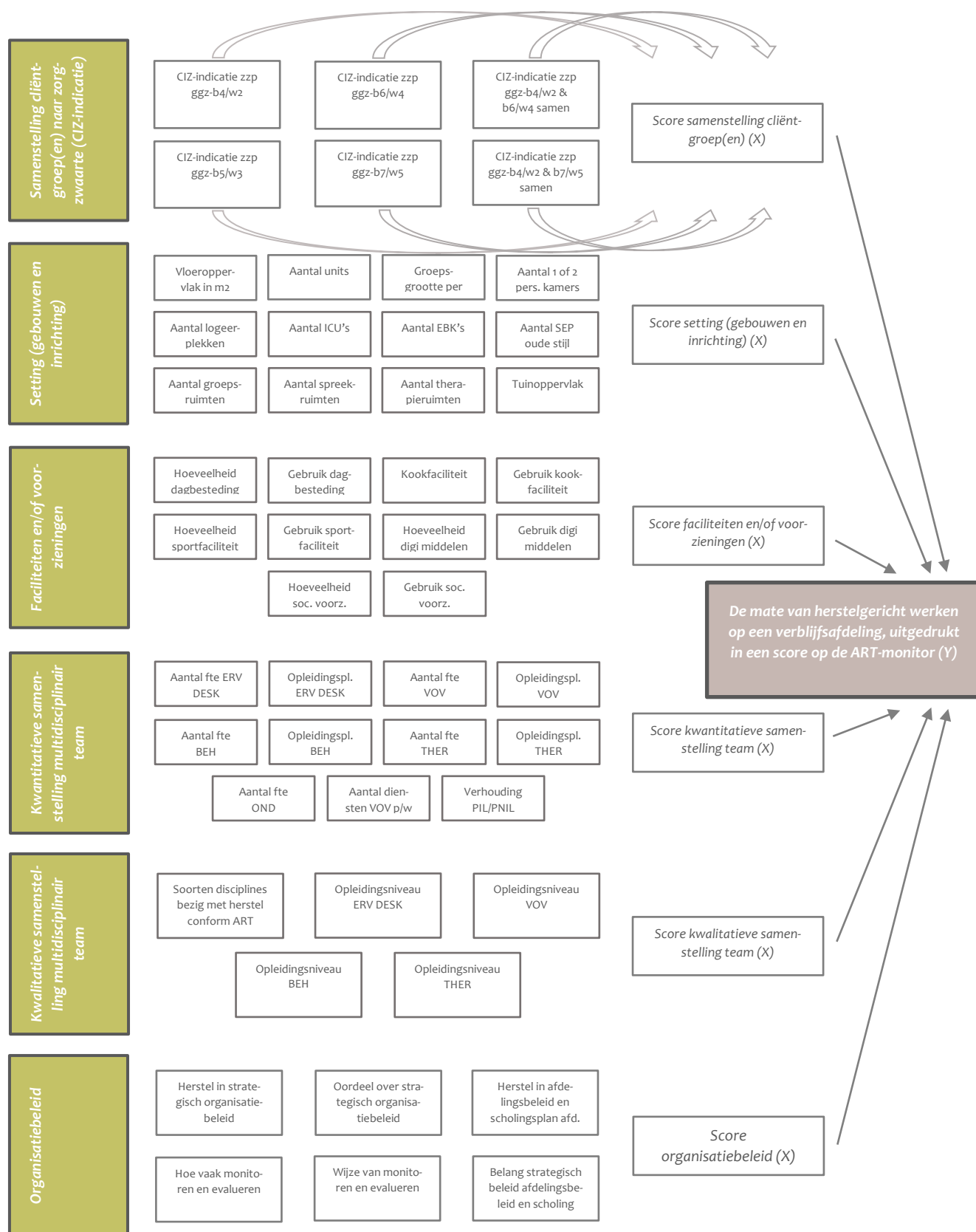
- Herstel is de basis (hoop en perspectief bieden);
- Werken aan herstel in de triade en herstel van de triade;
- Focus op gezondheid in breedste zin van het woord;
- Meer expertise van buiten de ggz naar binnen halen;
- ART is gericht op betekenisvol meedoen;
- Er is een belangrijke rol voor cliënt- en familie ervaringsdeskundigen;
- Het directe netwerk van de cliënt staat centraal;
- Verbinding naar FACT, HIC, andere zorgpartners;
- Een veilig therapeutisch milieu en helende omgeving;
- Mensen in de langdurige klinische zorg zijn vaak sterke persoonlijkheden.

Dat eruit zien te halen is de kunst;

- ART is tijdsgebonden zorg: er is perspectief;
- Gericht op het levensverhaal en zingeving;
- De zorg volgt de cliënt (en niet andersom);
- Zorg flexibel inzetten met de mogelijkheid tot intensivering;
- Specialistische know how ontwikkelen;
- Inzetten van Zelfmanagementinstrumenten;
- Ontwikkelen van eHealth;
- Consultatieteams inrichten;
- Professionele en sociale netwerken benutten;
- Preventie van crisis (crisiskaart, triadekaart);
- Competentieprofiel van een multidisciplinair team;
- Samen leren (wederzijds);
- Vanuit onophoudelijk en onvoorwaardelijk onderling vertrouwen.

Bron: <https://art-psy.nl/uitgangspunten/>. Geraadpleegd 17 oktober 2022.

Bijlage II – Conceptueel raamwerk



Bijlage III – Scorelijst onafhankelijke (sub) variabelen

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
Samenstelling cliëntgroep(en)			
Aantal cliënten met CIZ-indicaties zzp ggz-b4/w2	Homogeen > heterogeen Homogene groep qua problematiek en qua zorgzwaarte	2	1 zzp ggz-b NZa 1 zzp ggz-w VWS/HHM 1 herstelprofiel deNLggz
Aantal cliënten met CIZ-indicaties zzp ggz-b6/w4	Homogeen > heterogeen Homogene groep qua problematiek en qua zorgzwaarte	2	1 zzp ggz-b NZa 1 zzp ggz-w VWS/HHM 1 herstelprofiel deNLggz
Aantal cliënten met CIZ-indicaties zzp ggz-b5/w3	Homogeen > heterogeen Homogene groep qua problematiek en qua zorgzwaarte	2	1 zzp ggz-b NZa 1 zzp ggz-w VWS/HHM 1 herstelprofiel deNLggz
Aantal cliënten met CIZ-indicaties zzp ggz-b7/w5	Homogeen > heterogeen Homogene groep qua problematiek en qua zorgzwaarte	2	1 zzp ggz-b NZa 1 zzp ggz-w VWS/HHM 1 herstelprofiel deNLggz
Aantal cliënten met CIZ-indicaties zzp ggz-b4/w2 & -b6/w4	Homogeen > heterogeen Homogene groep qua problematiek, maar verschillende zorgzwaartes	1	>1 zzp ggz-b NZa >1 zzp ggz-w VWS/HHM >1 herstelprofiel deNLggz
Aantal cliënten met CIZ-indicaties zzp ggz-b5/w3 & -b7/w5	Homogeen > heterogeen Homogene groep qua problematiek, maar verschillende zorgzwaartes	1	>1 zzp ggz-b NZa >1 zzp ggz-w VWS/HHM >1 herstelprofiel deNLggz
Alle CIZ-indicaties bij elkaar	Homogeen > heterogeen Heterogene groep qua problematiek en qua zorgzwaartes	0	Alle zzp ggz-b NZa Alle zzp ggz-w VWS/HHM Alle herstelprofielen deNLggz
Capaciteit Wlz-bedden Percentage Wlz-bedden t.o.v. de to- tale bedden capaciteit van de afde- ling (dus zonder de Zvw- en Wfz- bedden)	Homogeen > heterogeen Op afdelingen met cliënten in de Zvw en/of de Wfz ligt dit percentage < 100% - 100% - > 75% - > 50% - > 25% - < 25%	1 0,75 0,50 0,25 0	Abma, Widdershoven & Lendemeijer (2005) Schaaf et al. (2013) Voskes, Theunissen & Widdershoven (2011) Werkboek ART (2020) Werkboek HIC (2013)
Totaal aantal cliënten met een juridi- sche maatregel volgens de Wvvggz in 2021 (géén Wvzd) Percentage cliënten met een juridi- sche maatregel i.h.k.v. de Wvvggz t.o.v. het totaal aantal cliënten op de afdeling	Cliënten met een juridische maatregel i.h.k.v. de Wvvggz zijn beperkt in hun vrijheden, en dat kan herstel in de weg staan. Hoe hoger het aantal cliënten, hoe beperkter het werken aan herstel - 100% - > 75% - > 50% - > 25% - < 25%	0 0,25 0,50 0,75 1	Abma, Widdershoven & Lendemeijer (2005) Schaaf et al. (2013) Voskes, Theunissen & Widdershoven (2011) Werkboek ART (2020) Werkboek HIC (2013)
Groeps grootte per unit Maximumaantal cliënten dat per unit gehuisvest is	Hoe kleiner het aantal cliënten per unit, hoe be- ter - ≤ 8 cliënten per unit/groep - 8 – 12 cliënten per unit/groep - 12 – 18 cliënten per unit/groep - 18 – 25 cliënten per unit/groep - ≥ 25 cliënten per unit/groep	1 0,75 0,50 0,25 0	Normatief kostenmodel deNLggz 2020 (12 cliënten per groep) Werkgroep Wlz deNLggz Werkgroep controllers

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
Setting (gebouwen en inrichting)			
Standalone of geclusterde setting Categorische variabele	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Open of gesloten setting Categorische variabele	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totale vloeroppervlak per individuele cliënt Totale vloeroppervlak afdeling delen door de totale beddenscapaciteit Categoriseren naar studio, generiek wonen, specifiek wonen, beveiligde gebouwen, daarna standaardiseren naar de norm en scoren	Hoe meer ruimte per individuele cliënt, hoe beter. De normatieve bruto m2 per cliënt in de ggz (BVO) is: Studio's 50 m² Generiek wonen (licht verblijf) 71,5 m² Specifiek wonen (Wlz open) 82,5 m² Beveiligde gebouwen (Wlz gesloten) 85 m² - Afwijking t.o.v. de norm - Range invoerwaarden - Normeren	databew. databew.	AWBZ-voorzieningen, prestatie-eisen voor nieuwbouw. College bouw zorginstellingen, 2007 Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving. Stand van zaken onderzoek omgevingsvariabelen en de effecten op de (zieke) mens. College bouw zorginstellingen, 2008 Bouwkostennota 2017, Handreiking Kenngetallen Benchmark Zorgvastgoed § 6.4, tabel 6.4.2.2. Adviescentrum Zorghuisvesting TNO innovation for life (2019)
Aantal eenpersoons- of meerpersoonsskamers Het percentage één- of meerpersoonsskamers op een afdeling	Idealiter beschikken cliënten over een eigen studio of appartement met eigen keuken en sanitaire voorzieningen. Maar dit is nog niet overal het geval. Daarom is gevraagd naar het aantal eenpersoons- of meerpersoonsskamers. Hoe hoger het percentage eenpersoonsskamers, hoe beter voor de cliënten - 100% - > 75% - > 50% - > 25% - < 25%	1 0,75 0,50 0,25 0	Werkboek ART (2020) Werkgroep controllers
Aantal logeerplekken voor naasten	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het aantal logeerplekken voor naasten per zoveel cliënten. Voor herstelgericht werken in de triade is het van belang dat er logeerplekken worden aangeboden. Daarom een vrij harde norm gehanteerd - Wel logeerplekken - Geen logeerplekken	1 0	Werkboek ART (2020), §6.3 over 'Rooming-in' Werkgroep Wlz deNlggz Ypsilon (B. Stavenuiter)
Aantal CCAF gecertificeerde Intensive Care Unit (ICU's) waar de afdeling direct gebruik van kan maken. Variabele i.r.t. item 38 ART in de ART-monitor (t.b.v. het descriptieve deel)	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het aantal CCAF gecertificeerde ICU's waar een afdeling gebruik van zou moeten kunnen maken. Een ICU is goed voor cliënten die psychisch ontregelen, omdat er één-op-één begeleiding geboden kan worden in een aparte ruimte op de afdeling. - Geen ICU - 1 ICU - > 1 ICU	n.v.t.	De HIC-monitor, modelgetrouwheid High & Intensive Care, items 47 – 48, CCAF (2016) Werkboek HIC (2013)
Aantal CCAF gecertificeerde Extra Beveiligde Kamers (EBK's) waar de afdeling direct gebruik van kan maken. Variabele i.r.t. item 38 ART in de ART-monitor (t.b.v. het descriptieve deel)	Alhoewel een EBK geen onderdeel is van het arsenaal ART is een CCAF gecertificeerde EBK beter dan een klassieke separeerruimte, omdat deze ruimer van opzet is en er één-op-één begeleiding geboden wordt. - > 1 EBK - 1 EBK - Geen EBK, maar klassieke separeerruimte	n.v.t.	De HIC-monitor, modelgetrouwheid High & Intensive Care, item 49, CCAF (2016) Werkboek HIC (2013)

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
Aantal separeerruimtes oude stijl Variabele i.r.t. item 38 ART in de ART-monitor (t.b.v. het descriptieve deel)	Zie opmerking(en) m.b.t. de CCAF gecertificeerde ICU's en EBK's. Dit zijn communicerende vaten; een afdeling met een ICU en/of EBK heeft geen separeerruimte, hetzelfde geldt andersom NB: ART gaat uit van werken zonder EBK en dwangtoepassing(en)	n.v.t.	De HIC-monitor, modelgetrouwheid High & Intensive Care items 47 – 49, CCAF (2016) Werkboek HIC (2013)
Aantal groepsruimten of ontmoetingsplekken op de afdeling/totale beddencapaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, standaardiseren naar het gemiddelde, werken met M, SD en/of SE	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het aantal benodigde groepsruimten en/of ontmoetingsplekken. Daarom hoe meer ruimte(n) hoe beter - Afwijking t.o.v. gemiddelde - Range invoerwaarden - M, SD en/of SD - Scoren	databew.	Werkgroep controllers deNLggz Werkboek ART (2020) Werkboek HIC (2013)
Aantal gespreksruimten op de afdeling/totale beddencapaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, standaardiseren naar het gemiddelde, werken met M, SD en/of SE	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het aantal benodigde gespreksruimten op de afdeling. Daarom hoe meer ruimte(n), hoe beter - Afwijking t.o.v. gemiddelde - Range invoerwaarden - M, SD en/of SD - Scoren	databew.	Werkgroep controllers deNLggz Werkboek ART (2020) Werkboek HIC (2013)
Aantal therapie- en/of trainingsruimten/totale beddencapaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, standaardiseren naar het gemiddelde, werken met M, SD en/of SE	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het aantal benodigde therapie- en/of trainingsruimten. Daarom hoe meer ruimte(n) hoe beter - Afwijking t.o.v. gemiddelde - Range invoerwaarden - M, SD en/of SD - Scoren	databew.	Werkgroep controllers deNLggz Werkboek ART (2020) Werkboek HIC (2013)
Faciliteiten en/of voorzieningen			
Hoeveelheid dagbesteding op of in de buurt van de afdeling NB: Het gaat hier om een voor cliënten zinvolle daginvulling en/of participatie, gericht op hun persoonlijk en/of maatschappelijk herstel.	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. de hoeveelheid dagbesteding die moet worden aangeboden. Daarom hoe meer er wordt aangeboden, hoe beter - Heel veel aanbod - Veel aanbod - Gemiddeld aanbod - Weinig aanbod - Heel weinig aanbod	1 0,75 0,50 0,25 0	GGZ Standaarden – Generieke module daginvulling en participatie (2022) WRAP – Trimbos Instituut (2022)
Het gebruik van dagbesteding per week door cliënten NB: Het gaat hier om een voor cliënten zinvolle daginvulling en/of participatie, gericht op persoonlijk en/of maatschappelijk herstel.	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het gebruik van dagbesteding. Daarom hoe meer er gebruik van kan worden gemaakt, hoe beter - Altijd (7 dagen p/wk) - Vaak (meer dagdelen p/wk) - Soms (paar dagdelen p/wk) - Zelden (enkel dagdeel p/wk) - Nooit	1 0,75 0,50 0,25 0	GGZ Standaarden – Generieke module daginvulling en participatie (2022) WRAP – Trimbos Instituut (2022)
In hoeverre volstaan de keuken(s) en kookuitrusting op de afdeling waar u werkt om zelfstandig of samen met cliënten te koken? NB: Het gaat hier om een zo normaal mogelijke indeling van het dagelijks leven van cliënten, en daar maakt zelf koken ook onderdeel van uit	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. zelf of onder begeleiding koken op de afdeling, de keuken en/of de kookuitrusting. Hoe beter de uitrusting, hoe uitnodigender het zelf koken wordt - Zeer goed - Goed - Redelijk - Slecht - Zeer slecht	1 0,75 0,50 0,25 0	Den Hollander & Wilken (2015) Van Weeghel (2010)
Het aantal keren per week dat cliënten zelf koken of dat er samen met hen wordt gekookt NB: Het gaat hier om een zo normaal mogelijke indeling van het dagelijks leven van cliënten, en daar	Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het aantal keren per week dat cliënten zelf of onder begeleiding kunnen koken. Daarom hoe vaker dat kan, hoe beter - Altijd (7 dagen p/w) - Vaak (5 dagen p/w)	1 0,75	Den Hollander & Wilken (2015) Van Weeghel (2010)

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
maakt zelf koken ook onderdeel van uit	- Soms (3 dagen p/w) - Zelden (1 dag p/w) - Nooit	0,50 0,25 0	
De hoeveelheid sportfaciliteiten op of in de buurt van de verblijfsafdeling NB: Sporten draagt bij aan een goede lichamelijke gezondheid, wat een belangrijk onderdeel is bij symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel	<i>Er is geen norm vastgesteld m.b.t. de hoeveelheid sportfaciliteiten op of in de buurt van de verblijfsafdeling. Daarom hoe meer sportfaciliteiten beschikbaar zijn, hoe beter</i> - Heel veel - Veel - Gemiddeld - Weinig - Heel weinig	1 0,75 0,50 0,25 0	Deenik (2019) Van Weeghel (2010)
Het gebruik van sportfaciliteiten per week door cliënten NB: Sporten draagt bij aan een goede lichamelijke gezondheid, wat een belangrijk onderdeel is bij symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel	<i>Er is geen norm vastgesteld m.b.t. het gebruik van sportfaciliteiten. Daarom hoe meer er gebruik van kan worden gemaakt, hoe beter</i> - Altijd (7 dagen p/wk) - Vaak (meer dagdelen p/wk) - Soms (paar dagdelen p/wk) - Zelden (enkel dagdeel p/wk) - Nooit	1 0,75 0,50 0,25 0	Deenik (2019) Van Weeghel (2010)
De hoeveelheid digitale (leer) middelen op of in de buurt van de verblijfsafdeling NB: Het gaat hier om een zo normaal mogelijke indeling van het dagelijks leven van cliënten, en daar maken digitale (leer) middelen onderdeel van uit.	<i>Er is geen norm vastgesteld m.b.t. de hoeveelheid digitale (leer) middelen op of in de buurt van de verblijfsafdeling. Daarom hoe meer middelen, hoe beter</i> - Heel veel - Veel - Gemiddeld - Weinig - Heel weinig	1 0,75 0,50 0,25 0	Geen referenties
De inzet van digitale (leer) middelen op of in de buurt van de afdeling t.b.v. persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten NB: Het gaat hier om een zo normaal mogelijke indeling van het dagelijks leven van cliënten, en daar maken digitale (leer) middelen onderdeel van uit	<i>Er is geen norm vastgesteld m.b.t. de inzet van digitale (leer) middelen op of in de buurt van de verblijfsafdeling. Daarom geldt hoe vaker dit gebeurt, hoe beter</i> - Altijd - Vaak - Soms - Zelden - Nooit	1 0,75 0,50 0,25 0	Geen referenties
De hoeveelheid sociale voorzieningen op of in de buurt van de verblijfsafdeling NB: Het gaat hier om een zo normaal mogelijke indeling van het dagelijks leven van cliënten, sociale voorzieningen maken daar onderdeel van uit.	<i>Er is geen norm vastgesteld m.b.t. de hoeveelheid sociale voorzieningen op of in de buurt van de verblijfsafdeling. Daarom geldt hoe meer voorzieningen, hoe beter</i> - Heel veel - Veel - Gemiddeld - Weinig - Heel weinig	1 0,75 0,50 0,25 0	Den Hollander & Wilken (2015) Van Weeghel (2010)
De inzet van sociale voorzieningen op of in de buurt van de afdeling t.b.v. persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten NB: Het gaat hier om een zo normaal mogelijke indeling van het dagelijks leven van cliënten, sociale voorzieningen maken daar onderdeel van uit	<i>Er is geen norm vastgesteld m.b.t. de inzet van sociale voorzieningen op of in de buurt van de verblijfsafdeling. Daarom geldt hoe vaker dit gebeurt, hoe beter</i> - Altijd - Vaak - Soms - Zelden - Nooit	1 0,75 0,50 0,25 0	Den Hollander & Wilken (2015) Van Weeghel (2010)

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
Kwantitatieve samenstelling multidisciplinaire team			
Het aantal fte ervaringsdeskundigen/totale bedden capaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	De norm is 0,5 fte Ervaringsdeskundige op 25 cliënten (0,02 fte per individuele cliënt) op de verblijfsafdeling. Geen ervaringsdeskundigen Ervaringsdeskundigen elders ≤ 0,24 fte Ervaringsdeskundigen 0,25 – 0,49 Ervaringsdeskundigen ≥ 0,50 fte Ervaringsdeskundigen	0 0,25 0,50 0,75 1	ART-monitor, item 41 Boertien & van Bakel (2012)
Het aantal fte familie ervaringsdeskundigen/totale bedden capaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	De norm is 0,5 fte Familie ervaringsdeskundige op 25 cliënten (0,02 per individuele cliënt) op de verblijfsafdeling. Geen familie ervaringsdeskundigen Familie ervaringsdeskundigen elders ≤ 0,24 fte Familie ervaringsdeskundigen 0,25–0,49 Familie ervaringsdeskundigen ≥ 0,50 fte familie ervaringsdeskundigen	0 0,25 0,50 0,75 1	ART-monitor, item 42 Boertien & van Bakel (2012)
Het aantal fte in de vov-formatie (MBO & HBO)/ totale bedden capaciteit Het aantal fte agogen (SPW & SPH)/totale bedden capaciteit Max aantal punten 2 punten Opleidingsniveau volgt bij kwalitatieve samenstelling multidisciplinair team Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	De norm is minimaal 4,0 fte verpleegkundigen op 25 cliënten (0,16 fte per individuele cliënt) op de verblijfsafdeling. ≤ 3,9 fte vov-formatie op 25 cliënten ≥ 4,0 fte vov-formatie op 25 cliënten De norm is minimaal 4,0 fte agogisch opgeleiden op 25 cliënten (0,16 fte per individuele cliënt) op de verblijfsafdeling ≤ 3,9 fte Agogen op 25 cliënten ≥ 4,0 fte Agogen op 25 cliënten	0 1 0 1	ART-monitor, item 40
Het aantal fte Verpleegkundig specialist/totale bedden capaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	De norm is minimaal 0,5 fte Verpleegkundig specialist op 25 cliënten (0,02 fte per individuele cliënt) op de verblijfsafdeling. ≤ 0,19 fte Verpleegkundig specialist 0,2 – 0,29 fte Verpleegkundig specialist 0,3 – 0,39 fte Verpleegkundig specialist 0,4 – 0,49 fte Verpleegkundig specialist ≥ 0,50 fte Verpleegkundig specialist	0 0,125 0,250 0,375 0,5	ART-monitor, item 44
Het aantal fte Psychiater, Geriater, Specialist Ouderengeneeskunde/ totale bedden capaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	De norm is 1 fte Psychiater, Geriater of Specialist Ouderengeneeskunde op 100 cliënten, dus 0,25 fte op 25 cliënten of 0,01 op 1 cliënt. < 0,25 fte Psychiater/Geriater/SOG 25 cl ≥ 0,25 fte Psychiater/Geriater/SOG 25 cl	0 0,25	ART-monitor, item 45 NB: Van de criteria in de ART-monitor kunnen enkel de aantallen fte gebruikt worden, is verder niet te kwantificeren.
Het aantal fte Gz-psycholoog/ Orthopedagoog/totale bedden capaciteit Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	De norm is 1 fte Psycholoog of Orthopedagoog 100 cliënten, dus 0,25 fte op 25 cliënten of 0,01 op 1 cliënt. < 0,25 fte Psycho/Ortho op 25 cl ≥ 0,25 fte Psycho/Ortho op 25 cl	0 0,25	ART-monitor, item 46 NB: Van de criteria in de ART-monitor kunnen enkel de aantallen fte gebruikt worden, is verder niet te kwantificeren:
Het aantal fte overige bij het primaire proces betrokken disciplines op in de buurt van de afdeling Niet gekozen (zie hieronder): Niet gekozen (zie hieronder):	De norm is minimaal 1 fte traject- en activiteitenbegeleiding, psychomotore en creatieve therapie en job coaching beschikbaar voor het team. ≤ 0,24 fte per team beschikbaar 0,25 – 0,49 fte per team beschikbaar 0,50 – 0,74 fte per team beschikbaar 0,75 – 0,99 fte per team beschikbaar ≥ 1,0 fte per team beschikbaar	n.v.t.	ART-monitor, item 43

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
Met deze norm viel in de praktijk niet te werken. Er is wel naar aantal fte gevraagd voor al deze disciplines (in het onderzoek dus in één functiegroep). Daarom zijn de normen van item 43 en 47 uit de ART-monitor losgelaten en is er voor de beschikbaarheid van de maatschappelijk werker t/m de budgetbeheerder/bewindvoerder gekozen voor 0,2 fte van deze disciplines voor het team. Berekenen op een groep van 25 cliënten, dan standaardiseren naar de norm en dan scoren	<i>De norm is dat cliënten gebruik kunnen maken van alle 8 onderstaande disciplines als zij op één van deze gebieden vastlopen</i> - Maatschappelijk werker - Somatisch specialist - Ergotherapeut - Verslavingsdeskundige - Geestelijk verzorger - Juridisch consulent/PVP - Geriatrische expertise - Budgetbeheerder/ bewindvoerder Geen of één van deze disciplines Twee of drie van deze disciplines Vier of vijf disciplines Zes of zeven van deze disciplines Alle acht disciplines ≤ 0,29 fte per team beschikbaar 0,30 – 0,59 fte per team beschikbaar 0,60 – 0,89 fte per team beschikbaar 0,90 – 1,19 fte per team beschikbaar ≥ 1,20 fte per team beschikbaar	n.v.t. 0 0,25 0,50 0,75 1	ART-monitor, item 47 ART-monitor, items 43 & 47
Het aantal fte ondersteunende disciplines op de afdeling Berekenen op een groep van 25 cliënten, standaardiseren naar het gemiddelde, werken met M, SD en/of SE	<i>Er is geen norm vastgesteld voor het aantal ondersteunende disciplines. Vaak belangrijk voor de organisatie van zorg (management) of bij een goede uitvoering van de zorg (beveiliging, gastheer/vrouw en secretariaat). Daarom hoe meer, hoe beter</i> - Afwijking t.o.v. gemiddelde - Range invoerwaarden - M, SD en/of SD - Scoren	databew.	Werkgroep controllers deNLggz
Kwalitatieve samenstelling multidisciplinaire team			
Opleidingsniveau Ervaringsdeskundigen en Familie ervaringsdeskundigen	<i>Er is geen norm vastgesteld voor het opleidingsniveau Ervaringsdeskundigen of het opleidingsniveau Familie ervaringsdeskundigen. Daarom geldt hoe hoger het opleidingsniveau, hoe beter</i> - Geen opleiding - VMBO - MBO - HBO	0 0,33 0,66 1	Werkgroep controllers deNLggz
Opleidingsniveau vov-formatie	<i>Van de vov-formatie moet minimaal 40% een opleiding op Hbo-niveau hebben</i> <i>In Excel:</i> - Alleen MBO - Merendeels MBO, enkele HBO - Merendeels HBO, enkele MBO - Alleen HBO	0 0,33 0,66 1	ART-monitor, item 40
Opleidingsniveau behandelaars	<i>Er is geen norm vastgesteld voor het opleidingsniveau Behandelars. Daarom geldt hoe hoger het opleidingsniveau hoe beter</i> - Alleen HBO - Merendeels HBO, enkele WO - Merendeels WO, enkele HBO - Alleen WO	0 0,33 0,66 1	Werkgroep controllers deNLggz

Meeteenheid sub variabelen	Norm	Score	Referentie(s)
Opleidingsniveau overige bij het primaire zorgproces betrokken disciplines	<i>Er is geen norm vastgesteld voor het opleidingsniveau van de overige bij het primaire zorgproces betrokken disciplines, daarom geldt hoe hoger het opleidingsniveau hoe beter</i> - Alleen MBO - Merendeels MBO, enkele HBO - Merendeels HBO, enkele MBO - Alleen HBO	0 0,33 0,66 1	Werkgroep controllers deNLggz
Organisatiebeleid			
Aanwezigheid herstelgericht werken in het strategisch organisatiebeleid (is hier integraal in opgenomen) Dit blijkt uit de visie en missie van deelnemende organisaties en daarop gebaseerde kaderbrieven, jaarplannen van de organisatie of organisatieonderdelen en uit het strategisch opleidingsbeleid.	<i>Er is geen norm vastgesteld voor het strategisch organisatiebeleid. Daarom geldt hier dat behandelaars of andere bij het primaire zorgproces betrokken disciplines het strategisch organisatiebeleid weten te vinden en/of er op terug kunnen vallen.</i> - Helemaal mee eens - Mee eens - Niet eens/oneens - Mee oneens - Helemaal mee oneens	1 0,75 0,50 0,25 0	Michel (2014) Olson, Slater & Hult (2005) Porter (1996) Strikwerda (2014), hst. 13
Beoordeling behandelaars of andere bij de primaire zorg betrokken disciplines van het strategisch organisatiebeleid bij de zorgaanbieder	<i>Er is geen norm vastgesteld voor het strategisch organisatiebeleid. Daarom hoe meer behandelaars of andere bij het primaire zorgproces betrokken disciplines zich kunnen herkennen in het strategisch organisatiebeleid, hoe beter dat richting geeft aan het beleid op de afdeling waar zij werken en als passend beoordelen.</i> - Heel goed - Goed - Redelijk - Slecht - Heel slecht	1 0,75 0,50 0,25 0	Michel (2014) Olson, Slater & Hult (2005) Porter (1996) Strikwerda (2014), hst. 13
Beoordeling behandelaars of andere bij de primaire zorg betrokken disciplines of herstelgericht werken als speerpunt is opgenomen in het jaar- en scholingsplan van de verblijfsafdeling.	<i>Er is geen norm vastgesteld voor jaar- en scholingsplannen op de verblijfsafdeling met betrekking tot herstelgericht werken. Echter, deze plannen zijn richtinggevend voor wat er op de werkvloer gebeurt of in gang gezet wordt, dus zou herstelgericht werken hierin opgenomen moeten zijn als prioriteit.</i> - Helemaal mee eens - Mee eens - Niet eens/oneens - Mee oneens - Helemaal mee oneens	1 0,75 0,50 0,25 0	Werkboek ART (2020) hst. 5, pag. 81 – 89; hst. 8, pag. 109
Het aantal keren monitoring en/of evaluatie herstelgericht werken per periode	Het Werkboek ART spreekt over halfjaarlijkse doorbraakconferenties en/of evaluatieconferenties en tussentijdse maandelijkse boostersessies per team. Het monitoren m.b.v. de ART-monitor geschiedt idealiter met externe auditors van andere zorgaanbieders - Heel vaak (ieder half jaar) - Vaak (ieder jaar) - Soms (iedere twee á drie jaar) - Zelden (iedere vier á vijf jaar) - Nooit	1 0,75 0,50 0,25 0	Werkboek ART (2020) hst. 8, pag. 105 – 117
De werkwijze/aanpak monitoring en/of evaluatie herstelgericht werken per periode	<i>Idealiter nemen zorgaanbieders deel aan het onderzoek van Zomer et al. (Amsterdam UMC, 2020) en dan wordt de ART-monitor ook structureel ingezet om de mate van herstelgericht werken te scoren.</i> In Excel: - Intern, door het team zelf - Intern, door een ander team - Extern, door andere organisatie	0 0,50 1	Werkboek ART (2020) hst. 8, pag. 105 – 117

Bijlage IV – Handleiding vragenlijst deNLggz organisatie Wlz-zorg



Handleiding

Datum

17-10-2022

Contactpersoon
G.J. van Unen MSc

Ons kenmerk
[Organisatie-id]

Telefoon
0652483727

Bijlage(n)
1

Onderwerp

Handleiding bij Vragenlijst deNLggz over de organisatie van Wlz-zorg op de verblijfsafdelingen

Geachte business- en concerncontrollers,

De Nederlandse ggz doet dit najaar onderzoek naar overeenkomsten en verschillen tussen zorgaanbieders van klinische geestelijke gezondheidszorg bij de organisatie van passende, herstelgerichte zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening in de Wlz. Inzicht hierin helpt zorgaanbieders om van elkaar te leren en hun eigen organisatie hier verder in te ontwikkelen en op in te richten. Daarnaast biedt het de Nederlandse ggz als branchevereniging handvatten voor de gesprekken met diverse landelijke stakeholders over het optimaliseren van de klinische zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Het onderzoek wordt in opdracht van de Nederlandse ggz uitgevoerd, de begeleiding is in handen van de Universiteit van Amsterdam.

NB: het onderzoek heeft alleen betrekking op de integrale Wlz-zorgprestaties¹, de zorgzwaartepakketten ggz-b4 en b6 en/of ggz-w2 en 4 (psychiatrie & somatiek) en de zorgzwaartepakketten ggz-b5 en b7 en/of ggz-w3 en 5 (psychiatrie & gedragsproblematiek), alle overige Wlz-zorgprestaties vallen er buiten.

¹ Sinds 2021 hebben volwassenen die voldoen aan de inhoudelijke criteria op grond van een psychische stoornis directe toegang tot de Wlz. Het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) kent een zorgprofiel toe op basis van de behoefte van een cliënt. Zorgaanbieders kunnen de zorg op twee manieren declareren: via het integrale of het modulaire bekostigingsmodel. Het integrale model is bedoeld voor zorgaanbieders die alle zorg aan een cliënt leveren. Het modulaire model kan nodig zijn als er (nog) meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de levering van zorg (Bron: NZa). Het gaat hier dus alleen om de integrale Wlz-zorgprestaties. Uit de gesprekken met (business) controllers is gebleken dat zorgaanbieders integrale zorg bieden via zowel de zzp's ggz-b als via de relatief nieuwe ggz wonen (ggz-w) prestaties. Zzp ggz-b4 en ggz-w2 (wonen met intensieve begeleiding en verzorging) komen met elkaar overeen. Hetzelfde geldt voor zzp ggz-b6 en ggz-w4 (wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging), ggz-b5 en ggz-w3 (wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering) en ggz-b7 en ggz-w5 (beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding). Voor de combinaties zzp ggz-b4/w2, ggz-b6/w4, ggz-b4/w3 en ggz-b7/w5 gelden dezelfde maximum NZa-tarieven.

De onderzoekseenheid in het voorliggende onderzoek is een verblijfsafdeling (een zelfstandige organisatorische eenheid) in de langdurige ggz die Wlz-zorg aanbiedt, met een eigen kostenplaatsnummer.

Twee vragenlijsten

Ten behoeve van de dataverzameling zijn twee vragenlijsten ontwikkeld:

1. De eerste vragenlijst is een template in Excel, die door de (business) controllers van zorgaanbieders wordt ingevuld m.b.t. verschillende verblijfsafdelingen in de eigen organisatie (zie verderop in de werkinstructie een nadere specificatie). De vragen in deze vragenlijst gaan over 4 van de 6 organisatiefactoren (als onafhankelijke variabelen), die van invloed (kunnen) zijn op de mate van herstelgericht werken (de afhankelijke variabele) op de verblijfsafdelingen: de 'samenstelling van cliëntgroepen', de 'setting (gebouwen en inrichting)' en de 'kwantitatieve' en 'kwalitatieve' samenstelling van de multidisciplinaire teams. De 2 andere organisatiefactoren 'faciliteiten/voorzieningen' en 'organisatiebeleid' zijn toegevoegd aan de tweede vragenlijst voor behandelaars, omdat zij deze vragen beter kunnen beantwoorden dan de controllers. De eerste vragenlijst voor (business) controllers is eerst samen met een aantal controllers uit het werkveld ontwikkeld en daarna in twee digitale sessies voorgelegd aan de collega's uit het werkveld. Naar aanleiding van deze sessies is besloten om de uitvraag te beperken tot *dié organisatiefactoren die van invloed kunnen zijn op het primaire zorgproces*. Dit komt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek ten goede. Alhoewel de definitieve vragenlijst nu beperkter van opzet is, blijven er voldoende items/aspecten m.b.t. de bedrijfsvoering over om de 6 organisatiefactoren als onafhankelijke variabelen in kaart te brengen en de relatie met de mate van herstelgericht werken hiervan te doorgronden.

De uitvraag is over heel 2021.

2. De tweede vragenlijst is een template in SurveyMonkey, die door de behandelaars van iedere bij het onderzoek betrokken verblijfsafdeling separaat moet worden ingevuld (de Y). De vragen gaan over een x aantal items uit de gevalideerde ART-monitor (over hoe er op de betreffende afdeling gewerkt wordt)². Door het scoren van deze items wordt de mate van herstelgericht werken op de verschillende afdelingen geobjectiveerd en is een goed onderling vergelijk mogelijk. Zoals gezegd zijn er enkele vragen aan deze tweede vragenlijst toegevoegd over de 2 onafhankelijke variabelen 'faciliteiten en voorzieningen' op of in de buurt van de verblijfsafdeling en over 'het organisatiebeleid' met betrekking tot herstel.

Na een eerste aankondiging van het onderzoek verspreidt de Nederlandse ggz de tweede vragenlijst m.b.t. ART onder deze behandelaars (gegevens – emailadressen en telefoonnummers – worden opgevraagd bij de (business) controllers). De Nederlandse ggz organiseert op in de laatste week van oktober ook een digitale informatiesessie over het onderzoek voor de behandelaars.

NB: Zowel de (business) controllers als de behandelaars wordt gevraagd om zowel de naam van de zorgaanbieder als de naam én het kostenplaatsnummer van de betreffende verblijfsafdeling in te vullen in zowel de eerste als de tweede vragenlijst in Excel respectievelijk SurveyMonkey. Gelieve dit goed onderling met elkaar af te stemmen ten behoeve van een zorgvuldige koppeling van data voor de dataverwerking en -analyse.

² De vragenlijst is om methodologische redenen aangepast, een aantal items is eruit gehaald.

NB: Deze handleiding heeft uitsluitend betrekking op de onafhankelijke variabelen. Voor vragen kunt u zich wenden tot Gerard van Unen, strategisch adviseur voor de Nederlandse ggz, via 0652483727 of via gvunen@denederlandseggz.nl.

Relatie met onderzoek naar ART door de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC

NB: Over het gebruik van items uit de gevalideerde ART-monitor is contact geweest met en toestemming verkregen van de ART onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC, die de ART-monitor mede ontwikkeld heeft (Van Mierlo et al., 2016).

NB: Het voorliggende onderzoek gaat puur over de organisatie van zorg op de verblijfsafdelingen en staat dus los van het onderzoek door Zomer et al. (2020) naar de effecten van werken volgens de ART-monitor op het individuele herstel van cliënten in de langdurige ggz. Dit zal ook worden uitgelegd aan de behandelaars van verblijfsafdelingen die betrokken zijn bij en deelnemen aan het onderzoek van het Amsterdam UMC.

Gegevens per organisatie	Toelichting
Naam zorgaanbieder	De naam van de instelling óf, als deze uit meerdere bedrijven (met een eigen label) bestaat, naam instelling én naam bedrijf met eigen label.
Naam verblijfsafdeling	Vul exact dezelfde naam van de verblijfsafdeling in als de behandelaars doen. Gelieve dit goed met hen af te stemmen.
Kostenplaatsnummer verblijfsafdeling	Vul exact hetzelfde kostenplaatsnummer van de verblijfsafdeling in als de behandelaars doen. Gelieve ook dit goed met hen af te stemmen.
NB: Alle data worden geanonimiseerd verwerkt en zijn niet terug te herleiden naar de betreffende organisatie of verblijfsafdeling(en). Ten behoeve van de dataverwerking en -analyse worden de namen van de organisatie en de verblijfsafdeling(en) en het kostenplaatsnummer gehercodeerd.	

Variabele in vragenlijst (template Excel)	Toelichting
1) Samenstelling cliëntgroep(en)	
Capaciteit Wlz-bedden per verblijfsafdeling	Het totaal aantal Wlz-bedden op een verblijfsafdeling met een eigen kostenplaatsnummer. Als een verblijfsafdeling over meerdere units beschikt, dan het totaal aantal Wlz-bedden per unit bij elkaar optellen.
Capaciteit Zvw-bedden per verblijfsafdeling (lggz in 2 ^e en 3 ^e jaar verblijf)	Het totaal aantal Zvw-bedden op een verblijfsafdeling met een eigen kostenplaatsnummer. Als een verblijfsafdeling over meerdere units beschikt, dan het totaal aantal Zvw-bedden per unit bij elkaar optellen.
Capaciteit Wfz-bedden per verblijfsafdeling	Het totaal aantal Wfz-bedden op een verblijfsafdeling met een eigen kostenplaatsnummer. Als een verblijfsafdeling over meerdere units beschikt, dan het totaal aantal Wfz-bedden per unit bij elkaar optellen.
	Een verblijfsafdeling is automatisch een 'gemengd samengestelde afdeling' als er zowel Wlz- als Zvw- en/of Wfz-bedden voorkomen.
Aantal cliënten met een Wlz-indicatie zzp ggz-b4 of w2	Het gaat hier om het gemiddelde aantal cliënten in deze twee profielen per verblijfsafdeling (met een eigen kostenplaatsnummer) in 2021. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar in- of exclusief dagbesteding.
Aantal cliënten met een Wlz-indicatie zzp ggz-b6 of w4	Idem
Aantal cliënten met een Wlz-indicatie zzp ggz-b5 of w3	Idem
Aantal cliënten met een Wlz-indicatie zzp ggz-b7 of w5	Idem

Variabele in vragenlijst (template Excel)	Toelichting
In overleg met de UvA is ervoor gekozen om de vragenlijst zo breed mogelijk uit te zetten, zoveel mogelijk soorten afdelingen bij het onderzoek te betrekken. We kiezen hier voor een indeling naar zorgzwaarte a.d.h.v. de Wlz-indicaties. Voor psychiatrie en somatiek: - zzp ggz-b4/w2 (homogene groep) - zzp ggz-b6/w4 (homogene groep) - zzp ggz-b4/w2 & zzp ggz-b6/w4 gemengd (heterogene groep) Voor psychiatrie en gedragsproblematiek: - zzp ggz-b5/w3 (homogene groep) - zzp ggz-b7/w5 (homogene groep) - zzp ggz-b5/w3 & zzp ggz-b7/w5 gemengd (heterogene groep) In de praktijk blijken er ook verblijfsafdelingen te bestaan waar nagenoeg alle Wlz-indicaties samen voorkomen. Restcategorie: - alle zzp's ggz-b/w gemengd (heterogene samenstelling) In verband met de <i>representativiteit</i> van het onderzoek wordt aan alle zorgaanbieders gevraagd om zoveel mogelijk soorten verblijfsafdelingen (zoals in de bovenstaande indeling) bij de beantwoording te betrekken. In de vragenlijst zelf wordt alleen naar aantallen cliënten per zorgzwaarteprofiel (CIZ-indicatie) gevraagd. Pas bij de analyse worden de verblijfsafdelingen ingedeeld volgens de bovenstaande indeling. Vul omwille van de <i>betrouwbaarheid</i> van het onderzoek de vragenlijst voor minimaal 4, maar liefst meer verblijfsafdelingen per zorgaanbieder in. Aan grotere zorgaanbieders met meerdere bedrijven (met een eigen label) wordt gevraagd om de vragenlijst voor minimaal 4, maar liefst meer verblijfsafdelingen per bedrijf in te vullen.	
<i>Percentage cliënten met een juridische maatregel i.h.k.v. de Wet Verplichte ggz</i>	Het gaat hier om het gemiddeld aantal cliënten met een juridische maatregel i.h.k.v. de Wvggz per verblijfsafdeling (met een eigen kostenplaatsnummer) in 2021. Het maakt niet uit om welk type maatregel het precies gaat. Geef het percentage cliënten met een juridische maatregel t.o.v. het totaal aantal cliënten op de verblijfsafdeling weer in een kommagetal (bijvoorbeeld 0,3) Let op: Het gaat hier <i>NIET</i> om cliënten met een maatregel op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd), laat die buiten beschouwing.
2) Setting	
<i>Een stand-alone of geclusterde setting</i>	Een standalone afdeling opereert geheel zelfstandig, er is indien nodig geen hulp voorhanden van andere teams in de directe nabijheid. Een geclusterde afdeling heeft die hulp wel. Let op: Het maakt niet uit of dit op of buiten een instellingsterrein is, het gaat puur om hulp en/of bijstand in de directe nabijheid van de betreffende verblijfsafdeling.
<i>Een open of gesloten setting</i>	Op een open setting hebben cliënten een eigen sleutel en dus zelfstandig toegang tot de afdeling, op een gesloten setting hebben zij dat niet. Op een gesloten setting krijgen de meeste cliënten vaak ook beperkingen opgelegd en mogen zij alleen onder begeleiding kort naar buiten. Let op: Het werkveld kent ook een zogenoemde 'besloten' setting. Die valt qua regime in dit onderzoek onder de gesloten settings!
<i>Vloeroppervlak in m2 per verblijfsafdeling</i>	Het gaat hier om de totale oppervlakte van de verblijfsafdeling, een zelfstandige organisatorische eenheid met eigen kostenplaatsnummer (of de oppervlakte van alle units van deze afdeling bij elkaar opgeteld).
<i>Aantal units per verblijfsafdeling</i>	Een verblijfsafdeling kent vaak meerdere units voor aparte groepen cliënten. Hier alleen het aantal units per afdeling invullen.
<i>Groepsgrootte per unit</i>	Vul hier de maximale groepsgrootte per unit/groep in (groepsgrootte per unit x aantal units = totale beddencapaciteit, ongeacht het wettelijk domein). Let op: Afhankelijk van wat hier door zorgaanbieders wordt ingevuld, wordt er bij de dataverwerking en -analyse een definitieve indeling (of nadere categorisering) naar groepsgrootte gemaakt.

Variable in vragenlijst (template Excel)	Toelichting
<i>Aantal eenpersoonskamers per verblijfsafdeling</i>	Het totale aantal (of de aantallen per unit bij elkaar opgeteld).
<i>Aantal twee- of meerpersoonskamers per verblijfsafdeling</i>	Het totale aantal (of de aantallen per unit bij elkaar opgeteld).
<i>Aantal logeerplekken voor familie en/of naasten</i>	Het gaat om aparte bedden (los van de beddencapaciteit op de afdeling) waar logés een of meerdere nachten kunnen verblijven.
<i>Aantal Intensive Care Units (ICU's)</i>	Het gaat hier om een ICU volgens het HIC-model, gecertificeerd door het CCAF, waar de verblijfsafdeling indien nodig direct gebruik van kan maken. Het maakt niet uit of dit op de afdeling zelf of buiten de afdeling is. Indien nodig kan de zorg tijdelijk opgeschaald worden door een-op-een behandeling te bieden in de individuele ruimte van de cliënt, of op de daarvoor speciaal ingerichte Intensive Care Unit. Uitgangspunt daarbij is dat iemand die ernstig ziek is niet alleen gelaten wordt en dat drang en dwang zo min mogelijk worden toegepast.
<i>Aantal Extra Beveiligde Kamers (EBK's)</i>	Het gaat hier om een EBK volgens het HIC-model, gecertificeerd door het CCAF, waarover de verblijfsafdeling indien nodig direct kan beschikken. Het maakt niet uit of dit op de afdeling zelf of buiten de afdeling is.
<i>Aantal separeerruimtes oude stijl</i>	Het gaat hier om het aantal niet gecertificeerde alternatieven voor het afzonderen van cliënten, waarover de verblijfsafdeling indien nodig direct kan beschikken. Het maakt niet uit of dit op de afdeling zelf of buiten de afdeling is.
<i>Aantal groepsruimten of ontmoetingsplekken</i>	Een groepsruimte of ontmoetingsplek kan een woon- of eetkamer op de afdeling zijn, maar ook een ontspanningsruimte of iets dergelijks, een breed begrip dus. Het gaat hier om het aantal ruimten waar cliënten samen kunnen verblijven.
<i>Aantal gespreksruimten</i>	Het gaat hier om het totaal aantal gespreksruimten per verblijfsafdeling waar individuele gesprekken tussen cliënt en hulpverlener(s) of tussen cliënt, diens naasten en hulpverlener(s) gevoerd kunnen worden.
<i>Aantal therapie- en/of trainingsruimten</i>	In therapie- en/of trainingsruimten zijn allerlei individuele en/of groepsactiviteiten m.b.t. herstel te organiseren (bijvoorbeeld klassieke creatieve therapie, modernere resourcegroepen of crisismanagement). Het gaat hier om het totaal aantal therapie en/of trainingsruimten waarover de verblijfsafdeling kan beschikken. Het maakt niet uit of dit op de afdeling zelf of buiten de afdeling is.
<i>Vloeroppervlak tuin/buitenplaats in m2</i>	Let op: als er geen tuin of buitenplaats is, vul dan 0,00 m2 in.
3) Faciliteiten en/of voorzieningen	Toegevoegd aan de ART-monitor in SurveyMonkey
<i>Aanbod dagbesteding</i>	Gevraagd wordt om het belang van dagbesteding voor herstelgericht werken te duiden, om een indicatie te geven van de hoeveelheid dagbesteding op of in de buurt van de verblijfsafdeling en aan te geven hoe vaak per week cliënten hier gebruik van kunnen maken.
<i>Kookfaciliteiten</i>	Gevraagd wordt om het belang van zelf koken of samen koken voor herstelgericht werken te duiden, om een indicatie te geven van de keuken en kookuitrusting op de verblijfsafdeling en aan te geven hoe vaak per week erdoor of met cliënten gekookt wordt.
<i>Sportfaciliteiten</i>	Gevraagd wordt om het belang van sportfaciliteiten voor herstelgericht werken te duiden, om een indicatie te geven van de hoeveelheid sportfaciliteiten op of in de buurt van de verblijfsafdeling en aan te geven hoe vaak per week cliënten hier gebruik van kunnen maken.
<i>Digitale (leer-)middelen</i>	Gevraagd wordt om het belang van digitale (leer-)middelen voor herstelgericht werken te duiden, om een indicatie te geven van de hoeveelheid digitale (leer-)middelen op of in de buurt van de verblijfsafdeling en aan te geven hoe vaak de digitale (leer-)middelen worden ingezet t.b.v. herstelactiviteiten.
<i>Aanbod sociale voorzieningen</i>	Gevraagd wordt om het belang van sociale voorzieningen voor herstelgericht werken te duiden, om een indicatie te geven van de hoeveelheid sociale voorzieningen op of in de buurt van de verblijfsafdeling en aan te geven hoe vaak sociale voorzieningen worden ingezet t.b.v. herstelactiviteiten.

Variable in vragenlijst (template Excel)	Toelichting
4) Kwantitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team	
Kwantitatieve vov-formatie (groep 2)	Hier het totale aantal fte verzorgenden, verpleegkundigen en agogen invullen. Hierna wordt in de template om een specificatie per discipline gevraagd. Zie het voorbeeld van de verpleegkundige hieronder.
Voorbeeld m.b.t. een verpleegkundige, onderdeel van de vov-formatie (groep 2)	
Kwantitatieve formatie FWG 45	Totaal aantal fte indien aanwezig (bijvoorbeeld 6,45)
Kwantitatieve formatie FWG 50	Idem
Kwantitatieve formatie FWG 55	Idem
	Als een verpleegkundige in een bepaalde FWG-schaal niet voorkomt, dan graag invullen met 0,00 <i>(bedragen/periodieken CAO GGZ 2021 na dataverzameling toevoegen)</i>
Kwantitatieve formatie verpleegkundige achterwacht FWG...	In de weekenden, avond- en nachtdiensten zijn vaak verpleegkundige achterwachten werkzaam, ter ondersteuning van de verpleegkundigen op de afdelingen. Bereken hier hoeveel fte ten laste komt van de betreffende verblijfsafdeling (in de FWG-schaal die van toepassing is).
Dienstrooster vov-formatie per week per verblijfsafdeling	Het gaat hier om het totaal aantal dag-, avond- en nachtdiensten door de week en in het weekend bij elkaar opgeteld, afgerond op een heel getal voor de gehele vov-formatie. <i>(Uiteindelijk is een x aantal dag-, avond- en nachtdienst per individuele cliënt of per groep cliënten te berekenen)</i> Let op: de aantallen dag-, avond- en nachtdiensten per week (7 dgn.) worden wel separaat uitgevraagd in de template, omdat de verdeling van deze diensten van invloed is op de manier van werken op een afdeling.
Percentage vov-personeel niet in loondienst (PNIL) t.o.v. de totale vov-formatie per verblijfsafdeling	Vul hier het percentage PNIL over heel 2021 in voor groep 2, de vov-formatie ($24\% = 0,24$)
Loonkosten personeel niet in loondienst (PNIL) in de vov-formatie per verblijfsafdeling	Vul hier het totaalbedrag gepaard met PNIL m.b.t. de vov-formatie voor heel 2021 in. Let op: De loonkosten PNIL worden per groep disciplines uitgevraagd, hier de vov-formatie.
Loonkosten personeel in loondienst (PIL).	Vul hier het totaalbedrag gepaard met PIL m.b.t. de vov-formatie voor heel 2021 in. Let op: De loonkosten PIL worden per groep disciplines uitgevraagd, hier de vov-formatie
Kwantitatieve formatie ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen (groep 1)	Hier het totale aantal fte ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen invullen. Hierna wordt in de template om een specificatie per discipline gevraagd, vergelijkbaar met het voorbeeld hiervoor van de verpleegkundige. Als (familie) ervaringsdeskundigen op meerdere afdelingen worden ingezet, bereken dan hoeveel fte ten laste komt van de betreffende verblijfsafdeling (In de FWG-schaal die van toepassing is).
Aantal opleidingsplaatsen voor ervaringsdeskundigen (groep 1)	Het gaat hier om het totaal aan opleidingsplaatsen voor alle ervaringsdeskundigen, dus MBO en HBO bij elkaar opgeteld. Het opleidingsniveau zelf doet er niet zoveel toe, het gaat hier meer om de tijd die men gemiddeld genomen kwijt is op de afdeling aan het begeleiden van studenten. <i>(urennorm en kosten uitzoeken en na dataverzameling toevoegen)</i> Let op: De opleidingsplaatsen voor de vov-formatie en behandelaars worden apart uitgevraagd.

Variabele in vragenlijst (template Excel)	Toelichting
Kwantitatieve formatie behandelaars (groep 3)	Hier het totale aantal fte behandelaars invullen. Hierna wordt in het template om een specificatie per discipline gevraagd, vergelijkbaar met het voorbeeld hiervoor van de verpleegkundige. Behandelaars (de psychiater, de klinisch psycholoog, de gz-psycholoog en de verpleegkundig specialist ggz) worden vaak op meerdere afdelingen ingezet. Bereken per discipline hoeveel fte ten laste komt van de betreffende verblijfsafdeling (in de FWG-schaal die van toepassing is, bij de AMS-schaal hoeft die keuze niet gemaakt te worden).
Aantal opleidingsplaatsen voor behandelaars (groep 3)	Het gaat hier om het totaal aan opleidingsplaatsen voor alle behandelaars, dus HBO en WO bij elkaar opgeteld. Het opleidingsniveau zelf doet er hier niet toe, het gaat hier om de tijd die men gemiddeld genomen kwijt is op de afdeling aan het begeleiden van studenten/behandelaars in opleiding. (urennorm en kosten uitzoeken en na dataverzameling toevoegen) Let op: De opleidingsplaatsen voor de ervaringsdeskundigen en de vov-formatie worden apart uitgevraagd (zie hiervoor). Let op: Stageplaatsen vallen erbuiten en worden niet meegenomen.
Kwantitatieve formatie 'overige bij het primaire proces betrokken disciplines' (groep 4)	Hier het totale aantal fte 'overige bij het primaire proces betrokken disciplines' invullen. Hierna wordt in de template om een specificatie per discipline gevraagd, vergelijkbaar met het voorbeeld hiervoor van de verpleegkundige. De 'overige bij het primaire proces betrokken disciplines' worden net als behandelaars vaak op meerdere afdelingen ingezet. Bereken per discipline hoeveel fte ten laste komt van de betreffende verblijfsafdeling (in FWG-schaal die van toepassing is). Let op: met de groep 'overige bij het primaire proces betrokken disciplines' worden de disciplines bedoeld die direct bij de behandeling, begeleiding en ondersteuning van cliënten betrokken zijn, zoals therapeuten, trainers, jobcoaches en activiteitenbegeleiders.
Kwantitatieve formatie 'ondersteunende disciplines' (groep 5)	Hier het totale aantal fte 'ondersteunende disciplines' invullen. Hierna wordt in de template om een specificatie per discipline gevraagd, vergelijkbaar met het voorbeeld hiervoor van de verpleegkundige. Ook 'ondersteunende disciplines' worden net als behandelaars vaak op meerdere afdelingen ingezet. Bereken per discipline hoeveel fte ten laste komt van de betreffende verblijfsafdeling (in de FWG-schaal die van toepassing is). Let op: met de groep 'ondersteunende disciplines' worden de disciplines bedoeld die indirect bij het primaire proces van behandeling, begeleiding en ondersteuning betrokken zijn, zoals gastvrouwen of -mannen, beveiligers, direct leidinggevend en geestelijk verzorgers.
ORT voor ALLE DISCIPLINES	Vul hier het totaalbedrag in Euro's aan ORT in voor alle disciplines samen in heel 2021.
5) Kwalitatieve samenstelling van het multidisciplinaire team	
Kwalitatieve formatie ervaringsdeskundigen en familie ervaringsdeskundigen (groep 1)	Het gaat hier om het opleidingsniveau van medewerkers in de betreffende discipline. Bij de groep ervaringsdeskundigen is de keuze tussen 'geen opleiding'/'VMBO'/'MBO'/'HBO'.
Kwalitatieve vov-formatie (groep 2)	Het gaat hier om het opleidingsniveau van medewerkers in de vov-formatie. Hier is de keuze tussen 'alleen MBO'/'merendeel MBO'ers, een enkele HBO'er'/'merendeel HBO'ers, een enkele MBO'er'/'alleen HBO'. De verpleegkundig specialist ggz is behandelaar en staat daarom buiten de vov-formatie.

Variable in vragenlijst (template Excel)	Toelichting
<i>Kwalitatieve formatie behandelaars (groep 3)</i>	Het gaat hier om het opleidingsniveau van medewerkers in de betreffende discipline. Bij behandelaars is de keuze tussen 'alleen HBO'/'merendeel HBO'ers, een enkele WO'er'/'merendeel WO'ers, een enkele HBO'er'/'alleen WO'.
<i>Kwalitatieve formatie 'overige bij het primaire proces betrokken disciplines' (groep 4)</i>	Het gaat hier om het opleidingsniveau van medewerkers in de betreffende disciplines. Bij de groep 'overige bij het primaire proces betrokken disciplines' is de keuze tussen 'alleen MBO'/'merendeel MBO'ers, een enkele HBO'er'/'merendeel HBO'ers, een enkele MBO'er'/'alleen HBO'.
6) Organisatiebeleid	Toegevoegd aan de ART-monitor in SurveyMonkey
<i>Strategisch organisatiebeleid</i>	Gevraag wordt naar het belang van strategisch organisatiebeleid voor de organisatie van zorg op de verblijfsafdeling, naar hoe herstelgericht werken is ingebed in het strategisch organisatiebeleid en naar hoe men dat beleid in de eigen organisatie beoordeelt.
<i>Afdelingsbeleid</i>	Gevraag wordt naar het belang van het afdelingsbeleid voor de organisatie van zorg op de verblijfsafdeling, naar hoe herstelgericht werken is opgenomen in het jaarplan en scholingsplan van de afdeling en naar hoe men het afdelingsbeleid over herstelgericht werken van de eigen afdeling beoordeelt.
<i>Monitoren en/of evalueren van herstelgericht werken op de verblijfsafdeling</i>	Gevraagd wordt of het monitoren en/of evalueren van herstelgericht werken op de verblijfsafdeling helpt om de kwaliteit en veiligheid van de zorg op peil te houden en te verbeteren, hoe vaak het herstelgericht werken wordt gemonitord/geëvalueerd en hoe de evaluatie/monitoring in de organisatie is georganiseerd.