

*“Vooral door de integratie van ervaringsdeskundigen en het benutten van hun kennis, is ook het idee over wat goede en effectieve zorg is verdiept en verbreed. Het concept herstel omvat nu meer dan een geslaagde klinische behandeling. Het gaat er uitdrukkelijk ook om of (ex)verslaafden weer in staat zijn hun psychische functies te ontplooiën (in staat zijn tot zelfregulatie), sociale en maatschappelijke rollen kunnen vervullen (en de samenleving hen die kansen ook biedt). In het bijzonder is er meer oog voor de persoonlijke ontwikkeling van de betrokkenen. Uiteindelijk is het hun leven, zijn zij – met steun vanuit de sector – aan zet”*

Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel.  
(GGZ Nederland, 2013)

Geachte heer Salzmann,

Nijmegen, 2 april

Zoals toegezegd leveren wij bij deze een tweede bijdrage ten behoeve van uw rapportage aan minister Schippers. Deze bijdrage is gebaseerd op het beeld dat bij ons (als vertegenwoordiging van cliënten in de verslavingszorg) is ontstaan tijdens de beide CVZ-bijeenkomsten.

De cliëntenbeweging het Zwarte Gat deelt de observatie van het CVZ, zoals verwoord in de uitnodigingsbrief: *“Op basis van eerder gevoerde gesprekken rijst het beeld op van een sector waarin cliënten en zorgaanbieders elkaar lijken te vinden in de visie op wat goede verslavingszorg is, maar ook dat de praktijk (nog) een andere is”*. Wij werden tijdens de CVZ-bijeenkomsten wederom gesterkt in onze mening, dat de mate van cliëntgerichtheid (het redelijkerwijs tegemoetkomen aan wensen en verwachtingen van cliënten) door de huidige aanbieders in de verslavingszorg nog steeds een sterke impuls behoeft.

We willen hier daarom pleiten voor het tot stand komen van een zorgstandaard verslaving. Een zorgstandaard die het gehele aanbod (dus zowel 1<sup>e</sup>-, 2<sup>e</sup>- en 3<sup>e</sup>- lijns zorg als ondersteuning vanuit het WMO domein) bestrijkt. Vanuit het patiëntenperspectief wordt beschreven waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. De onderlinge afstemming tussen verschillende disciplines is daarbij ondergeschikt aan het beoogde doel. Zowel wat de inhoud als de organisatie betreft, dient goede zorg gericht te zijn op ondersteuning van herstel door het versterken van zelfmanagement.

De moderne definitie over gezondheid (WHO en ZonMw) indachtig, vatten we gezondheid op als het vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. Het “aanboren” van dit vermogen bij het streven naar herstel, vergt ondersteuning op maat van professionals. Deze benadering van gezondheid vraagt om een effectieve, cliëntgerichte en vraaggestuurde manier van goede zorg; op grond van de zorg- en ondersteuningsbehoeften van cliënten. De in de sector vigerende overtuiging in het 'zaligmakende' *evidence based* werken vraagt in dit verband enige nuancering:

- 1e *Evidence based* werken stoelt op fundamentele waarden in de gezondheidszorg, zoals respectvolle behandeling, keuzemogelijkheden en zelfbepaling.
- 2e Wetenschappelijk bewijs voor zorginterventies in de handelingspraktijk is wel belangrijk, maar tegelijkertijd dienen we ons te beseffen dat zulk bewijs gecompliceerd, dubbelzinnig en te beperkt is.
- 3<sup>e</sup> In deze 'denkschool' (*evidence based medicine*) geldt nog altijd dat wetenschappelijke inzichten dienen te worden gecombineerd met ervarings- en professionele kennis over goede zorg.

Dit betekent dat bij het tot stand komen van een zorg/herstelplan, een hulpverlener (ook als er een in zijn ogen passende *evidence based* interventie voorhanden is) eerst in overleg met de patiënt

moet nagaan hoe en of deze interventie kan worden toegepast. De keuze moet gemaakt worden voor de interventie, die het beste aansluit bij individuele klachten, wensen en omstandigheden van de cliënt (*personalized care, matched care*).

### **Zorgstandaard**

Om te stimuleren dat de gedeelde visie van zorgaanbieders en cliënten in de praktijk van de verslavingszorg duurzaam gestalte gaat krijgen, willen we het initiatief nemen om een zorgstandaard te ontwikkelen. Op basis van de gedeelde visie wordt hierin de inhoud, kwaliteit en organisatie van de zorg beschreven. Bovendien wordt het bijbehorende meetinstrumentarium ontwikkeld, vastgelegd en in de nabije toekomst toegepast. Wij zijn bereid leiding te geven aan de ontwikkeling van de door ons bepleite zorgstandaard gebaseerd op het cliëntenperspectief. Onze jarenlange ervaring en opgebouwde kennis stellen wij graag ten dienste van dit doel. Wij opereren in de relevante netwerken. We hebben aangetoond in staat te zijn zonedig netwerken van de grond af op te kunnen bouwen. Kortom: wij beschikken over de vereiste expertise op dit terrein.

We geven hier alvast in steekwoorden (daar waar nodig in een summiere omschrijving) een aantal kaders vanuit cliëntenperspectief mee voor de ontwikkeling van zo'n standaard.

### **Uitgangpunten**

- Herstelondersteunende zorg is het leidende principe.
- Menselijke maat: de patiënt is meer dan een wandelende diagnose, hij is een mens.
- Herstel kan een uitkomstmaat zijn, maar is bovenal een proces.
- De zorg is vraaggestuurd: cliënten hebben de regie over hun eigen herstelproces; gericht op zelfmanagement en inrichten van betekenisvolle netwerken.
- Van enkel op de patiënt gericht naar het ook betrekken van de (sociale) omgeving.
- Zorgverlening is dienstverlening en dat betekent dat de kwaliteit bepaald wordt in de interactie tussen zorgverlener en zorgvrager.
- Waar mogelijk worden bewezen effectieve interventies aangeboden, op basis van *shared decision making*.
- De vaak complexe problematiek vraagt om een integrale aanpak, die in netwerken kan worden vormgegeven. De integraliteit uit zich in continuïteit; wordt niet gehinderd door verschillende financiers en schotten tussen aanbieders; somatische zorg maakt deel uit van deze integraliteit.
- Het herstel vindt waar mogelijk ambulant plaats en alleen waar nodig klinisch.
- De zorg wordt verleend volgens de principes van *matched care*.
- Maatschappelijk herstel kan alleen worden bevorderd, als stigmata worden bestreden.

### **Inhoud en uitkomsten zorg**

De zorg is gericht op het vormgeven van een veranderingsproces. Cliënten leren al doende (weer) de verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid, welzijn, wonen en zingeving: het leiden van een "zelfgestuurd" leven. Bij het afstemmen van het zorgaanbod op de cliëntbehoefte, wordt gestreefd naar het ontplooiën van ieders volledige vermogen. Kenmerken van herstelondersteunende zorg zijn beschreven door het Amerikaanse SAMHSA, variërend van *empowerment* tot steun van lotgenoten (zie bijlage 1).

Inspanningen van de zorg richten zich op het bevorderen van functioneel herstel: het herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies, die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast. Goede zorg stimuleert het bevorderen van zelfregulatie en *empowerment*. Het uiteindelijke streefdoel van herstelondersteuning is maatschappelijke participatie en volwaardig burgerschap. Goede zorg is bovendien dimensioneel en fase gevoelig. In plaats van een *one size fits all* benadering, dient goede zorg te werken met cliëntprofielen en staging. Het inzetten van de Mate zou hierbij een rol kunnen spelen. Goede zorg is gefundeerd op de stelregel: "Werken vanuit aandacht voor wat je wel kunt in plaats van een focus op wat je niet goed kunt".

Michael Slade heeft de opgave beschreven waarvoor iemand die herstelt staat. Hij omschrijft vier “hersteltaken”, die de gewenste *outcome* van de geleverde herstelondersteunende zorg vormen:

#### **Het ontwikkelen van een positieve identiteit**

Een mentaliteit (houding/gedrag) die de aanhoudende, dynamische en kenmerkende eigenschappen van unieke mensen aanboort, waardoor zij verbonden worden met de rest van de wereld.

#### **Framing: een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of het psychiatrisch probleem**

De verslaving en/of psychiatrische aandoening en wat daaruit voortvloeit, is een deel van het verhaal van de cliënt, de eigen biografie. Dit kan niet worden genegeerd. Het impliceert dat in een herstelklimaat mensen/cliënten zelf betekenis verlenen aan de aandoening. Dit kan klinken als een diagnose, of een formulering, of het kan helemaal niets van doen hebben met professionele modellen. Een spirituele, culturele of existentiële crisis? De betekenis is aan de persoon zelf.

#### **Ontwikkelen van responsief vermogen**

We gaan bij het werken aan persoonlijke doelen uit van het leren herkennen, verkennen en uitwerken; het begrijpen en het ondersteunen van wat de cliënt wil bereiken. Hierbij staat het bevorderen van zelfmanagement voorop, versterkt door toenemende empowerment van de cliënt. Deze mechanismen zorgen voor een wisselwerking met de, altijd dynamische, omgeving. Hierdoor wordt zingeving gestimuleerd. Zelfsturing is het jezelf organiseren in een vraaggestuurde omgeving; niet langer louter klinisch geleid en gestuurd worden als het gaat om het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid. Responsief reageren op je omgeving. De omgeving reageert ook op jou. Het nemen van verantwoordelijkheid en het afleggen van wederzijdse verantwoording. Dit betekent dus dat je het niet alleen hoeft te doen. Je doet het samen met je sociale omgeving, waarbij je wel uiteindelijk zelf verantwoordelijk bent voor je eigen ‘wel’ zijn.

#### **Creëren van verbinding**

Het stimuleren van het ontwikkelen van waardevolle sociale rollen door de cliënt. In samenwerking met lotgenoten/ervaringsdeskundigen en de sociale omgeving. Door de integratie van de kerntaken zijn mensen (weer) in staat om waardevolle rollen te verwerven. Vaak zijn dat sociale rollen, die niets te doen hebben met verslaving. Waardevolle sociale rollen zorgen voor de natuurlijke opbouw van de zich ontvouwende identiteit van de persoon in herstel. Het werken met iemand in zijn natuurlijke context zorgt voor vitaliteit, vooral in tijden van ‘terugval’ als ondersteuning van vrienden, familie en collega’s onder druk kan komen te staan.

Meetinstrumenten om de voortgang te volgen, die iemand boekt bij het realiseren van dergelijke “hersteltaken”, zijn in ontwikkeling, maar moeten grotendeels nog geformuleerd worden.

#### **Organisatie zorg**

De ervaring heeft ons geleerd dat er tussen de theorie over verslaving en de toepassing in de praktijk van de verslavingszorg een forse kloof ligt. Daarom vragen wij, als het gaat om de organisatie van goede zorg, eerst aandacht voor de competenties waarover iedereen die betrokken is bij het herstel van een verslaafde, zou moeten beschikken.

Deze benodigde competenties om samen ondersteuning vorm te kunnen geven, behoeven naar onze inschatting extra aandacht. Ze zijn namelijk nog niet uitgekristalliseerd. Ze zouden moeten gelden voor iedereen die betrokken is bij het herstel van een verslaafde. Dus is er, wat dat betreft, geen verschil tussen (aankomende) professionals, mensen met ervaringskennis, leden van ondersteunende sociale netwerken of andere betrokken *stakeholders*.

In het proces rond het formuleren van de zorgstandaard, dient er daarom overeenstemming te worden bereikt over de benodigde competenties in de nieuwe “herstelcontext”. Het gaat daarbij dus niet zo zeer om de beperkte inhoudelijke ontwikkeling van het herstelconcept, maar vooral over hoe bij verdere praktijkontwikkeling en onderzoek aandacht wordt geschonken aan het organiseren van sociaal kapitaal. Oftewel hoe bij alle betrokkenen (vanuit hun eigen specifieke rol) optimaal gebruik kan worden gemaakt van hun vermogen. Uiteraard dienen opleidingen en nascholingsprogramma’s in de toekomst te worden georganiseerd op basis van de benodigde (beroeps)competentieprofielen. Waarbij een cruciale rol kan worden gespeeld voor op te richten herstelacademies. In de bijlage treft

u de eerste aanzet voor een dergelijke competentieset en geven wij een indruk van het specifieke takenpakket. (bijlage 2)

De organisatie van herstel vereist een integrale aanpak, die in emergente netwerken dient te worden vormgegeven. Er wordt gestuurd op basis van normen en waarden door bestuurlijke en inhoudelijke samenwerking en coördinatie met gemeenten, GGZ, zorgverzekeraars, cliënten en familie. Waarbij er een centrale rol is weggelegd voor mensen/burgers met verslavingsproblematiek. Op meerdere terreinen is er aansluiting bij deelsystemen (participatie, veiligheid, etc. etc.). Dit vergt bij het organiseren van goede zorg, dat veel verantwoordelijkheden en handelingsruimte op de werkvloer liggen. Zorgorganisaties worden daarom ingericht op basis van horizontale verantwoording, waarbij afspraken over bekostiging en de introductie van *shared savings* nodig zijn.

Herstel op individueel niveau kan alleen dan ontstaan, als er een naadloze samenwerking tussen 1e, 0de en 2e lijn's zorg is. En een doelmatige afstemming tussen formele en informele zorg. De zorg is effectief en efficiënt (tevens lean) georganiseerd. De zorg is toegankelijk voor iedereen. Nieuwe technologieën worden maximaal ontwikkeld en gebruikt om zelfmanagement te bevorderen.

### **Kwaliteiteisen**

De zorg is op de persoon afgestemd en is veilig. De zorginhoud wordt in een proces van co-creatie bepaald. Nieuwe zorgvormen worden ontwikkeld in een samenwerkingsproces tussen aanbieders en zorgvragers.

De kwaliteit van de zorg wordt bevorderd door continue feed back loops, waarin uitkomstmaten en cliënttevredenheid richtinggevend zijn. Wij hebben een dertiental aanzetten voor kwaliteitscriteria omschreven die een rol kunnen spelen bij de zorginkoop. (zie bijlage 3)

### **Tenslotte**

Wij hopen een bijdrage te kunnen leveren aan de *upgrading* van de zorg voor verslaafden. Wij hebben hier een eerste aanzet gegeven voor de zorgstandaard, die zowel gecontracteerde als niet gecontracteerde aanbieders en verzekeraars de gelegenheid biedt om cliëntgerichte zorg te organiseren. Maar wij geloven vooral dat een zorgstandaard verslaving kan leiden tot een vitale, adaptieve sector die weet waar ze voor staat en samen met haar cliënten verantwoorde zorgarrangementen kan ontwerpen en realiseren.

Wij zijn graag bereid om als stichting Het Zwarte Gat (met gebruik van ons kennisnetwerk) de ontwikkeling van de hier bepleite zorgstandaard te leiden.

Met vriendelijke Groet,

Marcel van Natter (voorzitter Zwarte Gat)

## Bijlage I

### SAMHSA Issues Consensus Statement on Mental Health Recovery

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration today unveiled a consensus statement outlining principles necessary to achieve mental health recovery. The consensus statement was developed through deliberations by over 110 expert panelists representing mental health consumers, families, providers, advocates, researchers, managed care organizations, state and local public officials and others.

“Recovery must be the common, recognized outcome of the services we support,” SAMHSA Administrator Charles Curie said. “This consensus statement on mental health recovery provides essential guidance that helps us move towards operationalizing recovery from a public policy and public financing standpoint. Individuals, families, communities, providers, organizations, and systems can use these principles to build resilience and facilitate recovery.”

#### The 10 Fundamental Components of Recovery include:

- **Self-Direction:** Consumers lead, control, exercise choice over, and determine their own path of recovery by optimizing autonomy, independence, and control of resources to achieve a self-determined life. By definition, the recovery process must be self-directed by the individual, who defines his or her own life goals and designs a unique path towards those goals.
- **Individualized and Person-Centered:** There are multiple pathways to recovery based on an individual’s unique strengths and resiliencies as well as his or her needs, preferences, experiences (including past trauma), and cultural background in all of its diverse representations. Individuals also identify recovery as being an ongoing journey and an end result as well as an overall paradigm for achieving wellness and optimal mental health.
- **Empowerment:** Consumers have the authority to choose from a range of options and to participate in all decisions—including the allocation of resources—that will affect their lives, and are educated and supported in so doing. They have the ability to join with other consumers to collectively and effectively speak for themselves about their needs, wants, desires, and aspirations. Through empowerment, an individual gains control of his or her own destiny and influences the organizational and societal structures in his or her life.
- **Holistic:** Recovery encompasses an individual’s whole life, including mind, body, spirit, and community. Recovery embraces all aspects of life, including housing, employment, education, mental health and healthcare treatment and services, complementary and naturalistic services (such as recreational services, libraries, museums, etc.), addictions treatment, spirituality, creativity, social networks, community participation, and family supports as determined by the person. Families, providers, organizations, systems, communities, and society play crucial roles in creating and maintaining meaningful opportunities for consumer access to these supports.
- **Non-Linear:** Recovery is not a step-by step process but one based on continual growth, occasional setbacks, and learning from experience. Recovery begins with an initial stage of awareness in which a person recognizes that positive change is possible. This awareness enables the consumer to move on to fully engage in the work of recovery.

- **Strengths-Based:** Recovery focuses on valuing and building on the multiple capacities, resiliencies, talents, coping abilities, and inherent worth of individuals. By building on these strengths, consumers leave stymied life roles behind and engage in new life roles (e.g., partner, caregiver, friend, student, employee). The process of recovery moves forward through interaction with others in supportive, trust-based relationships.

- **Peer Support:** Mutual support—including the sharing of experiential knowledge and skills and social learning—plays an invaluable role in recovery. Consumers encourage and engage other consumers in recovery and provide each other with a sense of belonging, supportive relationships, valued roles, and community.

- **Respect:** Community, systems, and societal acceptance and appreciation of consumers—including rights and eliminating discrimination and stigma—are crucial in achieving recovery. Self-acceptance and belief in one's self are particularly vital. Respect ensures the inclusion and full participation of consumers in their lives.

- **Responsibility:** Consumers have a personal responsibility for their own self-care and journeys of recovery. Taking steps towards their goals may require great courage. Consumers must strive to understand and give meaning to their experiences and identify coping strategies and healing processes to promote their own wellness.

- **Hope:** Recovery provides the essential and motivating message of a better future— that people can and do overcome the barriers and obstacles that confront them. Hope is internalized; but can be fostered by peers, families, friends, providers, and others. Hope is the catalyst of the recovery process.

The National Consensus Statement on Mental Health Recovery is available at SAMHSA's National Mental Health Information Center at [www.mentalhealth.samhsa.gov](http://www.mentalhealth.samhsa.gov) or 1-800-789-2647

## Bijlage II

### Concept van het competentieprofiel en takenpakket van herstelondersteunende werkers De benodigde competenties van professionals én ervaringsdeskundigen in het vormgeven en de uitbouw van herstelondersteunende zorg

De medewerker, professional en werkers met ervaringskennis **beschikken op nog nader aan te bepalen niveaus over de volgende competenties:**

Hij (overal waar u hij leest kan deze voor de vrouwelijke vorm ingewisseld worden) :

- heeft aantoonbare kennis en inzicht van herstel en herstelondersteunend werken, hij functioneert op een dusdanig niveau dat hij een waardige gesprekspartner is voor cliënten, ervaringsdeskundigen en professionals die zich in herstelondersteunend werk specialiseren.
- vormt en verfijnt, door het gebruik van onderzoeken, ontwerpen van herstelarrangementen, de theorie en kennis over een aspect van herstel en de ontwikkeling van herstelondersteunende zorg in alle mogelijke facetten, tot aan complete herstelarrangementen. Hij is op de hoogte van de laatste theoretische en praktische ontwikkelingen in herstel en herstelondersteuning.
- kan kennis en inzicht dusdanig toepassen dat dit een professioneel benadering van het werken in Herstelpraktijken laat zien, volgens het principe - pas toe of leg uit-
- kan herstelarrangementen en individuele herstelpaden ontwikkelen, onderzoeken en herstel(leer)arrangementen met en voor betrokkenen met betrokkenen uitvoeren
- kan design research gebruiken als onderzoeksinstrument bij het ontwerpen en het onderzoeken van leerarrangementen op het gebied van herstel en herstelondersteunende zorg. Hij is in staat om beargumenteerd binnen het emergente paradigma van Herstel en daaruit voortvloeiende praktijken te werken en zich bij voortduring te ontwikkelen
- Dat impliceert dat hij het verzamelen van relevante gegevens beheerst, relevante vraagstellingen kan beantwoorden en in staat is om oplossingen, inclusief achterliggende ideeën, filosofieën en 'plain information' weet over te brengen. Op zowel een specialistisch als een niet- specialistisch publiek. Zowel mondeling, schriftelijk, als in diverse vormen van digitale informatie. **Is in het bijzonder in staat om dit toe te passen met betrokkenen met een lage SES.!!!!**
- kan reflecteren om oordelen te formuleren op grond van onvolledige of beperkte informatie over herstelonderwerpen. Is daarbij in staat om rekening te houden met sociaal-maatschappelijke en ethische verantwoordelijkheden, die zijn verbonden aan het toepassen van de eigen kennis en oordelen over het herstelconcept.
- Is in staat met inachtneming en het afwegen van relevante sociaal-maatschappelijke, wetenschappelijke of ethische aspecten om ( in co-creatie) met ervaringsdeskundigen leiding te geven in debat, dialoog over herstel
- kan in internationaal en nationaal verband vorm geven met 'locals' aan herstelondersteunend werken. De bijbehorende kennis inhouden met hen delen en competenties ontwikkelen die op de lokale situatie van toepassing zijn . i het bijzonder aan het initiëren en vormgeven aan effectieve netwerken
  - bouwt en onderhoudt contact met mensen
  - buiten de eigen organisatie die later van pas kunnen komen
  - binnen de eigen organisatie relaties op die van pas kunnen komen bij het realiseren van Herstel doelstellingen
  - interne en externe relaties met relevante beslissingnemers.

- Bouwt een persoonlijke band op met cliënten.
- Ziet en benut kansen om anderen te ontmoeten en toont direct en actief interesse in de ander door initiatief te nemen tot het uitwisselen van informatie.
- Brengt mensen uit het eigen netwerk met elkaar in contact.  
Speelt contacten en informatie door aan relaties zodat zij er hun voordeel mee kunnen doen.
- beschikt over competenties voor het oplossen van problemen in de opzet, aanpak, uitvoering en evaluatie van herstelpraktijken. Ook in het opstellen en verdiepen van argumentaties rond ontwikkeling en bijstelling van herstel beleid en bijbehorende financieringsvraagstukken op organisatieniveau.

### **Kwaliteitseisen**

borgt dit door in kwaliteitsaanpakken doelen te stellen, uitvoering hieraan geven, systematisch te reflecteren op kwalitatieve en kwantitatieve doelen, op basis van deze reflectie afspraken te maken met cliëntvertegenwoordigers en verzekeraars, daar een keurmerk en een bonus malus systeem aan te koppelen:

( bewerking workshop KZG 2009 Saxion lectoraat. G de Haan/ Gerrit Zwart († 2013)

### **concept taken**

*op taakniveau leidt dit competentieprofiel in de vertaling naar een pakket taken voor de inhoudelijke, relationele en organisatorische vormgeving van herstelondersteunende zorg.*

*Een pakket dat een zorgprofessional en ervaringsdeskundige in de zich ontvouwende context van herstelondersteuning dient te beheersen.*

*de inhoudelijke vertaling op taakniveau*

### **de herstellingszorgaanbieder**

- bevordert empowerment en zelfmanagement en ondersteunt in woord én daad het herstelproces
- zet de cliënt in de lead. 'agree to disagree' als beslissingsuitgangspunt
- bestrijdt gericht stigmatisering, o.a. door op krachten i.p.v. beperkingen mensen aan te spreken in hun functionele en maatschappelijk herstel
- Bevordert (maatschappelijke participatie, o.a. door actief herstelondersteunende netwerken te bouwen
- streeft naar veiligheid (en het nemen van verantwoorde risico's).
- zorgt voor op de persoon afgestemde zorg ('matched' en 'personalized care')
- zet functioneel en maatschappelijk herstel bovenaan de ontwikkelagenda
- richt zich op uitkomsten die in shared decision tot stand komen. Regelmatig worden bijgesteld, qua proces en resultaat :
- ontwikkelt en faciliteert netwerken die hersteluitkomsten bevorderen, deze versnellen en verdiepen voor de cliënten
- ontwikkelt robuuste netwerken die de aansluiting van herstelpaden richting wonen, werk en zingeving mogelijk maken

*op het gebied van relaties:*

- investeert veel in een goede werkrelatie met cliënt
- ondersteunt en werkt samen met familie en andere naastbetrokkenen.
- bouwt effectieve en terzake doende relaties met de maatschappelijke omgeving



*op het terrein van het **zorgaanbod**:*

- biedt zorg die dimensioneel en fasegevoelig is
- biedt waar mogelijk bewezen effectieve interventies
- draagt zorg voor de integratie van behandeling en herstelondersteuning, zet hiervoor volop ervaringskennis in
- biedt integrale zorg die op continuïteit is gebaseerd
- neemt de verantwoordelijkheid voor een integratieve somatische en verslavingszorg
- specialiseert het aanbod i.s.m met ervaringswerkers het op het terrein van functioneel herstel en het mogelijk maken van maatschappelijk herstel
- maakt optimaal gebruik van nieuwe technologieën. en streeft naar een zorg 2.0 inrichting

## Bijlage III

### Kwaliteitsindicatoren en kwaliteitscriteria,

#### Aanzet voor kwaliteitsindicatoren die tevens een rol kunnen spelen bij de zorginkoop

13 (clusters van)aspecten, die zowel op proces-, structuur- en outcome niveau bepalend zijn in welke mate ze bijdragen aan verantwoorde zorg vanuit cliëntenperspectief. Deze niet alleen bepalen, maar in hun onderlinge samenhang tevens ook maatgevend zijn voor het niveau van dienstverlening. En eventueel ten dienste kunnen staan aan differentie in prijsvorming of een bonus malus systeem:

- I. **Outcome:**  
**kwantificeert en kwalificeert de outcome** van de geleverde herstelondersteunende zorg
  - a. Het ontwikkelen van een positieve identiteit
  - b. Framing, het inlijsten, een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of het psychiatrisch probleem
  - c. Ontwikkelen van responsief vermogen
  - d. Creëren van verbindingdeze outcome staat tevens in het licht van het terugdringen van de recidive
- II. **Aantal gemaakte afspraken met relevante partijen** (woningbouwcorporaties, het bedrijfsleven, gemeenten, etc.) t realiseren van de benodigde voorwaarden op het gebied van wonen, werken en respectievelijk welzijn. Niet alleen te kwantificeren maar uiteraard ook in hun aard te kwalificeren
- III. **Inzet en gebruik ervaringskennis**, omdat naast wetenschappelijke en professionele kennis de komende jaren in toenemende mate ervaringskennis in omvang en diepgang om o.a. de empowerment van cliënten te bevorderen. maatgevend zal zijn voor de resultaten, er afspraken over de **inzet van ervaringsdeskundige** medewerkers in aantal en kwaliteit gemaakt diene te worden. Maar ook de uitkomsten uit het, nog te ontwikkelen meetinstrument, dat de **aard, aanpak en de uitkomsten van herstelondersteunende zorg** monitort zullen deze maat bepalen .
- IV. **Een ontwikkelagenda voor herstelondersteunende zorg.**
  - de ontwikkeling en implementatie van vormen van ondersteuning en deskundigheidsbevordering die nodig zijn voor de inzet van ervaringsdeskundigen en bijbehorende functieontwikkeling. in afgeleide zin ook voor ( toekomstige) (ervaringsdeskundige)medewerkers.
  - in de overeengekomen plantijd zijn de voorwaarden, zowel in functiegebouw als aan de opleidingskant, gecreëerd voor het realiseren van meer opleidingsmogelijkheden voor ervaringsdeskundigen.
- V. **Cultuuromslag t.b.v. herstelondersteunende zorg** en rehabilitatiegericht werken, door o.a. state of the art werkwijze en methodieken in te zetten: bijv. het strength-model of de WRAP -Wellness Recovery Action Plan, de CRA – Community Reinforcement Approach, etc.  
Een cultuur waarin tot uitdrukking komt dat het hanteren van waarden als evenwaardigheid, shared decision, streven naar empowerment, creëren van hoop en verbinding maken het verschil maken .
- VI. **Passende leerarrangementen** met relevante opleidingsinstituten( uit HBO en MBO e.a. )  
**Herstellinnovatiecentra (HIC's of recovery academies)** opgericht . Herstellinnovatiecentra waar studenten, cliënten en professionals samen herstelondersteunende zorg initiëren, ontwikkelen en implementeren, incl. effectiviteitonderzoek.
- VII. **De zorgaanbieder faciliteert onderzoek** m.b.t. herstelondersteunende zorg in samenwerking met het **Kennisnetwerk Het Zwarte Gat** en heeft, te dienaangaande, een **onderzoekagenda** voor de komende jaren.

- VIII. De zorgaanbieder **betreft de directe sociale omgeving** van de cliënt aantoonbaar bij de behandeling en ondersteuning van cliënten en benut de familie-ervaringskennis. zowel kwalitatief als kwantitatief te bepalen en te monitoren.
- IX. **De zorgaanbieder onderkent het belang van zelfhulpgroepen en zelfhulpinitiatieven; en ondersteunt desgewenst aantoonbaar hun plaats in de herstelaanpak.**
- X. Aantoonbaar stappen gezet om naar de **ontwikkeling en invoering van zorg 2.0 herstelondersteunende concepten** . Concepten tussen zorg, zelfmanagement, e-health en web 2.0 toepassingen zijn uitgebuit. Waar ook actoren als medici, verpleegkundigen, andere ondersteuners, wetenschappers en cliënt de principes van open source hanteren en samen nieuwe kennis ontwikkelen. kracht van netwerken benutten afstand nemend van het - one size fits all- streven( van confectiezorg naar herstelondersteunend maatwerk)
- XI. De zorgaanbieders en stakeholders **Shared Decision als hét sturingsmiddel** hanteren . **De cliënt is daarbij in the lead**, ‘agree to disagree’ is hét besluitgangspunt.
- XII. aantoonbaar laten zien dat de **Nieuw Zeelandse\* ‘sturingsvragen’** en daaruit voortvloeiende beslissingen voor opzet, aanpak en uitvoering van herstelondersteunende zorg worden gehanteerd, zowel kwantitatief als kwalitatief in de zorguitkomsten .  
 \*de nieuwe zorgcultuur en herstelondersteunende grondhouding van zorgwerkers komt tot uitdrukking in antwoord op het kwartet vragen, de Mantra van Gerrit Zwart:
- wat ben je kwijtgeraakt
  - wat wil je er van terug?
  - wat wil je persé niet terug?
  - wat kan ik voor je betekenen?
- XIII. Naast de **outcome van herstelondersteunende** zorg komt het kwaliteitsniveau tevens tot uitdrukking in de ( nog te ontwikkelen) proces= en structuurmaten:
- Mate van (in)tolerantie voor wachttijden en wachtrijen in de herstelondersteunende ketenopbouw en -procesgang
  - bejegening: gastvrij, behulpzaam, eerlijk, ‘mens tot mens’
  - mate van waardering voor :
    - krijgen van steun: bijv. ondersteuning bij het hoofd te bieden aan problemen, ongemakken en spanningen die hun oorsprong hebben in de gekozen aanpak
    - informatievoorziening: bijv. bereidheid om antwoord te geven op alle vragen die cliënten stellen, evenals op momenten waarop beslissingen worden genomen die de rest van het leven onherroepelijk beïnvloedt
    - Accommodatie:bereikbaarheid, schoon , gastvrijheid
    - zelfstandigheid /autonomie: actief aanzetten tot participatie
    - betrouwbaarheid van de organisatie: integere hulpverleners en hun organisaties die zeggen wat ze doen en doen wat ze zeggen.