

Netwerkgzorg: waar wachten we op?

K. Hagoort, J.J. van Os, F.E. Scheepers

- Achtergrond** Betere samenwerking in netwerken is al jaren een veelgenoemde oplossingsrichting voor de problemen in de ggz. Echter, de praktijk verandert langzaam.
- Doel** Begrijpen waarom netwerkgzorg zo moeizaam zijn weg vindt van beleidsplannen op papier naar uitvoering in de praktijk en welke aanknopingspunten er zijn om hierin wel te slagen.
- Methode** Vanuit het zorgperspectief, innovatieperspectief, veranderperspectief en bestuurskundig perspectief de transformatie naar netwerkgzorg en de bijbehorende knelpunten beschouwen om te komen tot nuttige handelingsperspectieven.
- Resultaten** Vanuit een zorgperspectief is een concreet en gedeeld begrip nodig van wat netwerkgzorg vraagt van alle netwerkleden. Netwerkgzorg blijkt een complexe innovatie die bestuurlijk lef en volharding van alle betrokkenen vraagt. Een transitie naar netwerkgzorg vraagt om een incrementele veranderaanpak binnen de bestaande organisatie en vanuit een bestuurlijk perspectief is het van belang om de grondbeginselen van goede zorg centraal te stellen en te reflecteren op eerdere hervormingen.
- Conclusie** Om van netwerkgzorg de nieuwe praktijk te maken, zijn langdurige inspanningen nodig van organisaties én van individuele professionals in zorgnetwerken.

Om de zorg toegankelijk, passend en betaalbaar te houden, is betere samenwerking een vereiste. In het bijzonder daar waar verschillende disciplines en expertisegebieden elkaar moeten vinden. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) concludeerde recent nog in het 'Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen' dat er onvoldoende samenwerking is in de zorg.¹ Lange wachttijden, medicalisering van sociaal-maatschappelijke problemen en beperkte toegang tot zorg voor de mensen met de ernstigste problemen werden als belangrijke knelpunten genoemd. Het zijn uitdagingen die het afgelopen decennium in verschillende rapporten werden herhaald.²⁻⁵ In deze rapporten wordt betere samenwerking in netwerken rondom de cliënt stevast genoemd als één van de oplossingen. Ook uit onderzoek onder cliënten door MIND en onder leden van het Panel Psychisch Gezien van het Trimbos-instituut kwam het belang van een integrale benadering naar voren van zowel de problematiek als de behandeling en begeleiding.^{5,6} Hoewel er dus al langere tijd een eenduidige oproep is om beter te gaan samenwerken in netwerken rondom de cliënt, blijkt de praktijk weerbarstig. Hoe kunnen we deze weerbarstigheid begrijpen en wat kunnen we doen om over tien jaar te concluderen dat mensgericht integraal samenwerken in netwerken het nieuwe normaal is geworden voor mensen met psychische problemen?

Netwerkgzorg

Netwerkgzorg betreft de samenwerking tussen de cliënt, diens naasten en professionals vanuit verschillende disciplines en domeinen (sociaal domein, veiligheidsdomein en domein van de eerste-, tweede- en derdelijnszorg).⁷ Het doel van netwerkgzorg is het succesvol ondersteunen van de veerkracht en het herstel van cliënten en tegelijkertijd het verminderen van vaak samenhangende problemen op het gebied van psychiatrie, verslaving, somatiek en sociaal functioneren.⁸ In een netwerkmodel focust iedere partij in het netwerk zich op zijn kerntaken, zodat de vereiste zorg en ondersteuning op medisch en maatschappelijk vlak elk moment worden uitgevoerd door de best toegeruste hulpverlener. Dit gebeurt altijd in samenwerking en samenhang met de andere netwerkleden (onder wie de cliënt). Met deze integrale benadering sluit netwerkgzorg naadloos aan bij de herstelbeweging, positieve gezondheid, systeemdenken en initiatieven als De Nieuwe GGZ, die eveneens een holistische, integrale benadering als uitgangsprincipe hebben.⁹⁻¹² In de wetenschappelijke literatuur wordt de term 'netwerkgzorg' niet zo expliciet beschreven. Het meest in de buurt komt het concept 'integrated care' waarbij vaak een zorgpad gericht op een specifieke aandoening het uitgangspunt vormt.¹³ Ook 'community care' raakt aan netwerkgzorg waarbij zorg georganiseerd binnen een lokale gemeenschap de basis vormt.¹⁴ Tot slot is samen-

werking tussen professionals met verschillende disciplines binnen een team of organisatie (*interdisciplinary collaboration*) en samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties of domeinen (*interorganizational collaboration*) wel veelvuldig bestudeerd, ook in de psychiatrie.¹⁵

Het beeld dat uit onderzoeken naar voren komt, is dat interdisciplinary collaboration vaak al lastig is, maar dat bij interorganizational collaboration de obstakels nog veel talrijker zijn.¹⁵

De stand van zaken in Nederland

Netwerkworg is in Nederland nog slechts beperkt de bestaande praktijk.¹⁶ Ketenzorg, waarbij cliënten van zorgverlener naar zorgverlener worden doorverwezen, zonder dat iemand de regie voert over het gehele proces in alle domeinen, is nog steeds het gangbaarst. Hierdoor zijn eerste-, tweede- en derdelijnszorg, maatschappelijke ondersteuning en woonbegeleiding vaak niet goed op elkaar afgestemd. Dit leidt op zijn minst tot verminderde efficiëntie en effectiviteit van de zorg.

De laatste jaren heeft een toenemende aandacht voor netwerkworg in de ggz geleid tot hoopgevende ontwikkelingen.⁷ Verschillende ggz-organisaties zijn meer gebiedsgericht gaan werken om de multidisciplinaire samenwerking dichterbij huis te versterken en er zijn samenwerkingen opgezet gericht op specifieke doelgroepen zoals jeugd of mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Een ander voorbeeld is de ecosysteembenadering van GEM (ecosysteem mentale gezondheid).¹⁷ Binnen GEM is een ecosysteem een netwerk waarin mensen met een hulpvraag gemakkelijk in contact kunnen komen met anderen, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor herstelacademies en faciliteiten in de wijk. Door het voeren van herstelondersteunende gesprekken worden individuen geholpen om te navigeren door de diverse opties in het ecosysteem.

Ten slotte kan netwerkworg ook worden versterkt met nieuwe werkwijzen. Zo werden in het doorbraakproject Netwerkpsychiatrie de netwerkintake en de resource-groepmethode onderzocht, die beide professionals helpen om samen te werken in het netwerk.¹⁸ De netwerkintake is een werkwijze waarbij zorgprofessionals samen met de cliënt een integrale probleemanalyse tekenen in een mindmap en daarna persoonlijke doelen en acties in verschillende levensdomeinen vastleggen en evalueren (www.netwerkintake.nl/). Binnen de resource-groepmethode wordt het eigen netwerk van cliënten geactiveerd en ingezet bij het herstel (<https://ract.nl>). Tot op heden krijgt netwerkworg vaak vorm in pilots of projecten in verschillende delen van het land, gericht op verschillende doelgroepen, vanuit verschillende initiatiefnemers en met verschillende aanpakken. De stap naar brede implementatie blijkt nog lastig te maken. In dit artikel proberen we vanuit verschillende perspectieven de moeizame transformatie richting netwerkworg te begrijpen en handelingsperspectieven te herkennen. Analooq aan de in veranderonderzoek klassieke indeling

in het primaire proces (de werkvloer), het secundaire proces (de verandering en de aanpak) en het tertiaire proces (de besturing) bespreken we het zorgperspectief, het innovatieperspectief, het veranderperspectief en het bestuurskundig perspectief.

Het zorgperspectief: netwerkworg als werkwijze van de zorgverlener

Vanuit het zorgperspectief kijken we naar wat netwerkworg betekent voor de wijze waarop zorgverleners hun vak uitoefenen. Zorgverleners zijn zelf het instrument waarmee zij zorg verlenen en zijn daarmee bepalend voor de kwaliteit van zorg. Zij hechten aan autonomie en het behoren tot een discipline maakt vaak deel uit van hun professionele identiteit. Deze eigenschappen kunnen ook een belemmering zijn om echt anders te gaan werken.¹⁹ Het bieden van netwerkworg schudt aan de basisbeginselen van een autonome professional en hoewel dit meestal niet expliciet uitgesproken wordt, kan dit leiden tot weerstand. Het is voor professionals (niet altijd bewust) veiliger, comfortabeler en eenvoudiger om te blijven doen wat zij al deden.

Daarbij leent het werk in de zorg, zoals in de ggz, zich voor het zogenaamde 'pocketveto', omdat een groot deel van het werk bestaat uit één-op-ééncontacten in een spreekkamer of op een afdeling, buiten het zicht van een manager.²⁰ Pocketveto wil zeggen in woord instemmen met nieuwe afspraken, maar eenmaal terug in de beslotenheid van de spreekkamer, dit toch niet doen. Onderzoek laat zien dat, naast vele andere factoren, ook identiteit en attitude van zorgverleners belemmerende factoren zijn voor netwerkworg.^{21,22}

Het zou helpen om met elkaar als netwerk concreet te omschrijven welk gedrag je van elkaar verwacht en wat niet. Bijvoorbeeld altijd het netwerk in beeld brengen en een cliënt vragen naar persoonlijke doelen waar iedereen in het netwerk aan kan werken in plaats van begeleidings- of behandeldoelen te kiezen die alleen voor een specifiek onderdeel van het herstel relevant zijn. Eveneens zou het helpen als zorgverleners het afstemmen binnen het netwerk zien als volwaardig onderdeel van het vak en succesvolle samenwerking zichtbaar maken voor het netwerk.

Het innovatieperspectief: netwerkworg als innovatie

Netwerkworg kan worden gezien als een innovatie. Rogers onderzocht kenmerken van innovaties die van invloed zijn op de slagingskans en stelt dat innovaties met hoge compatibiliteit, lage complexiteit, eenvoudige testbaarheid, hoge zichtbaarheid, hoge mate van kneedbaarheid en met lage kosten de slagingskans verhogen.²³ Netwerkworg scoort op vrijwel al deze kenmerken niet goed:

- Netwerkworg vraagt om fundamenteel anders werken en heeft daarmee een lage compatibiliteit.
- Vanwege de vele betrokkenen en vele onderlinge afhankelijkheden is netwerkworg een zeer complexe innovatie.

- De testbaarheid is beperkt omdat het succes van netwerken zit in de integrale brede toepassing en die laat zich moeilijk in het klein testen. Daarbij laten de opbrengsten van netwerkzorg vaak jaren op zich wachten.^{13,24}
- Netwerkzorg vraagt extra moeite van medewerkers terwijl de voordelen vaak niet snel zichtbaar zijn.
- Kneedbaarheid gaat over de mate waarin een innovatie op maat toe te passen is. Binnen zorgstandaarden is veel ruimte voor maatwerk maar naarmate het aantal partijen dat betrokken is toeneemt, is consensus bereiken over wat maatwerk is lastiger.
- De inzet van netwerkzorg vraagt tot slot om investeringen in tijd en geld in het begin en de baten komen niet altijd terecht bij de partijen die het meest investeren.

Kortom, netwerkzorg is geen makkelijk te realiseren innovatie. Een heldere en breed gedeelde visie, volharding en bestuurlijke lef om, ook als snel resultaat uitblijft, koers te houden, zijn dan ook vereist.

Veranderkundig perspectief: netwerkzorg als transitie

Netwerkzorg kunnen we ook zien als een transitie, een proces van fundamentele verandering waarin nieuwe manieren van denken en doen de norm worden. We beschouwen hoe aan dit proces invulling wordt gegeven als het gaat om netwerkzorg.

Veel netwerkzorgprojecten beginnen met een pilot gericht op een bepaalde doelgroep of een bepaald gebied, waarbij een (nieuw) team anders gaat werken naast de bestaande organisatie. Deze aanpak heeft voordelen, maar is bij een complexe transitie, zoals die naar netwerkzorg, ook risicovol. Die risico's worden beschreven aan de hand van de pilotparadox.²⁵ Deze paradox stelt dat de voorwaarden voor een succesvolle pilot, ook de belangrijkste belemmeringen lijken te vormen om de pilot op te schalen. De resultaten van pilots sluiten vaak niet aan bij de bestaande systemen en organisatie en de uitzonderingen tijdens de pilots, bijvoorbeeld soepelere verantwoordingsregels, gelden niet in de rest van de organisatie waar de werkwijze moeten landen. In pilotteams participeert vaak een enthousiaste voorhoede en die attitude draagt bij aan het succes.

Echter, in de landingsorganisatie is deze positieve houding er vaak (nog) niet. Om tot netwerkzorg te komen, moet de verandering van de dagelijkse routine bespreekbaar worden gemaakt.²⁶ Ook moet een 'implementatie-illusie' worden voorkomen, waarbij beleidsmakers ten onrechte aannemen dat beleid lineair kan worden omgezet in praktische resultaten, zonder rekening te houden met verschillende contexten die de implementatie kunnen compliceren en de complexiteit van de praktijk.²⁷ Om een pilotparadox en implementatie-illusie te voorkomen, is een incrementele aanpak binnen de bestaande organisatie passender met regelmatig evaluatiemomenten om tussentijds bij te sturen en te verbeteren.

Het bestuurskundig perspectief: netwerkzorg als systeemverandering

Vanuit bestuurskundig perspectief kunnen we netwerkzorg zien als een verandering binnen het 'systeem' (de organisatie) van zorg en ondersteuning. De zorg, ook de mentale gezondheidszorg, heeft een traditie waarin duurzame verandering moeilijk tot stand komt.^{3,28,29} Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn de hervormingen in de jeugdzorg, maar ook binnen de volwassenen-ggz wordt bijvoorbeeld al jarenlang gepoogd een zorgvraagtypering in te voeren. Een patroon dat zich hierbij aftekent, is dat een probleem eerst breed wordt erkend door alle belanghebbenden (overheid, financier, zorgorganisaties en cliëntenvertegenwoordigers), waarna de overheid het professionele veld vraagt om met oplossingen te komen. Vanwege de complexiteit van de vraagstukken lukt dit niet voldoende. Overheidsinstanties, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) of ZIN, introduceren vervolgens zelf een beleidswijziging. Deze oplossing krijgt bij invoering weinig draagvlak onder zorgbestuurders en -professionals, waardoor de praktijk slechts minimaal wordt aangepast. De uiteindelijke uitkomst is een nieuwe structuur, nieuwe wet, nieuwe regel of betaaltitel zonder merkbare verbetering voor de cliënt. Ook in het geval van netwerkzorg slaagt het veld er tot dusverre onvoldoende in om autonoom te transformeren. Obstakels in het huidige systeem (wet- en regelgeving en financiële systemen) faciliteren het proces niet en top-downsturing vanuit de verschillende instanties neemt toe. De introductie van het 'verkennend gesprek' in het Integraal Zorgakkoord om sociale van medische problemen te onderscheiden en zorgvragers toe te leiden naar de juiste zorg is hiervan een voorbeeld. Er is veel te leren van het werk van Stellaard.²⁹ Zij onderzocht hoe het komt dat ondanks herhalende systeemveranderingen in de jeugdzorg en passend onderwijs er inhoudelijk niets veranderde. Zij zag twee patronen; die van de repeterende beleidsintentie en die van de doorgaande reparatie. Met repeterende beleidsintentie bedoelt Stellaard dat historisch gezien de vele hervormingen eigenlijk steeds dezelfde bedoelingen hadden. Doordat de onderliggende aannames over goede jeugdzorg niet ter discussie werden gesteld, werd steeds een soortgelijke, niet-werkende aanpak gekozen. Zo wilde men vanuit de Jeugdwet kinderen en jongeren niet benaderen als individueel probleemgeval, maar als onderdeel van een systeem. Echter, zolang men in de zorg leunt op de grondgedachte dat een individueel kind dat afwijkt van de norm ziek is en de interventies individueel gericht blijven, is de kans op succes klein. Met doorgaande reparatie bedoelt Stellaard dat iedere beleidswijziging in de jeugdzorg beoogde een probleem op te lossen dat door eerdere beleidswijzigingen ontstond zonder de oorspronkelijke oorzaken op te lossen. Hierdoor blijft het systeem in een staat van constante aanpassing en reparatie, zonder echte vooruitgang te boeken. Ook voor netwerkzorg bestaat dit risico. De context is sterk geïnstitutionaliseerd en gefragmenteerd, en

samenwerking wordt vaak instrumenteel benaderd zonder de onderliggende fundamenteën van goede zorg echt ter discussie te stellen. Binnen een systeem waarin het biomedische model dominant is en de zorgprofessional de expert is die afgerekend wordt op productie, heeft het realiseren van netwerkzorg een kleine slagingskans. Het pleidooi van Stellaard is om te reflecteren op de patronen en ervan te leren. Het zou daarbij helpen als professionals met cliënten, naasten en andere belanghebbenden in een bredere context bespreken hoe netwerkzorg fundamenteel kan bijdragen aan betere zorg.

CONCLUSIE

Vanuit de verschillende perspectieven is het te begrijpen dat de realisatie van netwerkzorg in de praktijk moeizaam verloopt. Echter, gezien het belang ervan is het onverantwoord om nog langer af te wachten. De vier perspectieven bieden elk een handelingsperspectief voor de toekomst:

- Zo leert het zorgperspectief dat netwerkzorg van iedere professional een andere manier van werken vraagt. Het concreet omschrijven van dit gedrag, dit waarderen en resultaten van samenwerking delen, kunnen helpen.
- Het innovatieperspectief laat zien dat we moeten verdragen dat het realiseren van netwerkzorg een taai proces is en tijd vraagt. Lef en geduld zijn nodig om vol te houden, ook als de opbrengsten niet meteen zichtbaar zijn. Een langetermijnvisie, hier consequent en betrouwbaar aan bijdragen en de zorgprofessionals faciliteren, is wat van bestuurders wordt gevraagd.
- Het veranderperspectief biedt het inzicht dat een veranderaanpak met experimenteerruimte waardevol is, bij voorkeur binnen de bestaande organisatie(s) met ruimte en tijd om de aanpak tussentijds aan te passen.
- Vanuit een bestuurskundig perspectief zouden we het meer over de fundamenteën van goede zorg moeten

hebben, zodat die het uitgangspunt vormen voor netwerkzorg én voor de oplossingen om daar te komen. Zo voorkómen we dat een nieuwe oplossing ook niet slaagt en slechts repareert wat eerder misging. Betrokkenheid van het professionele veld vergroot de kans van slagen.

Succesvolle netwerkzorg vraagt in onze ogen daarom allereerst om een integrale kijk op mentale gezondheid en vanuit die kijk een integrale (verander)aanpak. Dit vraagt een inspanning van alle betrokkenen, zeker omdat enerzijds bij netwerkzorg niemand eigenaar is van het geheel en anderzijds netwerkzorg van iedere betrokkene eigenaarschap vraagt. Om over tien jaar te kunnen concluderen dat de samenwerking met en rond de cliënt wezenlijk is verbeterd, zijn langdurige inspanningen nodig van organisaties én van individuele professionals in zorgnetwerken. Uiteindelijk zijn zij de sleutel om samen met cliënten invulling te geven aan een nieuwe praktijk waarin werken aan persoonlijk herstel in een netwerk van betrokkenen centraal staat.

LITERATUUR

- 1 Zorginstituut Nederland. Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen; Den Haag: Zorginstituut Nederland; 2023.
- 2 Akwa GGZ. Generieke module Herstelondersteuning: GGZ Standaarden; 2017. www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning
- 3 Boumans J, Kroon H, van der Hoek B. Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Utrecht: Trimbos-instituut; 2023.
- 4 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Meer samenhang en continuïteit in zorg nodig voor mensen met chronische psychische aandoeningen. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; 2020.
- 5 Kroon H, Michon H, Knispel A, e.a. Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2019. Utrecht: Trimbos-instituut; 2019.
- 6 MIND. Rapport achterbanraadpleging diagnostiek; 2020. https://mindplatform.nl/media/5368/download/Rapport%20achterbanraadpleging%20diagnostiek_publicatie.pdf?v=1
- 7 Mulder CL, van Weeghel J, Delespaul P, e.a. Netwerkpsychiatrie, samenwerken aan herstel en gezondheid. Amsterdam: Boom; 2020.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Karin Hagoort, teamleider Innovatie, afd. Psychiatrie, en promovendus, UMC Utrecht.

Jim van Os, hoogleraar Psychiatrie en voorzitter Divisie Hersenen, UMC Utrecht.

Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie in de GGZ, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht.

Correspondentie

Karin Hagoort (k.hagoort@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-9-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):80-83