

VERZONDEN 28 JUNI 2018

Informatiebrief

Zaaknummer: Z/17/014719
Documentnummer:
Datum: 26 juni 2018
Onderwerp: Beëindigen GR GGZ Subsidies
Bijlage(n): Notitie 'Preventie GGZ en Verslavingszorg in Holland Rijnland'

Geachte Raad,

Op 9 augustus 2011 hebben alle colleges van de gemeenten binnen de regio Holland Rijnland de Gemeenschappelijke regeling subsidiëring GGZ voorzieningen (GR GGZ) afgesloten. Het gaat om het subsidiëren van een breed pakket van taken op het gebied van (collectieve) preventie GGZ, die worden uitgevoerd door verschillende organisaties. Gemeente Leiden is centrumgemeente en uitvoerder van deze GR GGZ. Het betreft dan met name de volgende voorzieningen.

- Voorlichting over psychiatrische en psycho-sociale (GGZ)problematiek per subregio.
- Deskundigheidsbevordering en vroegdetectie: dit gaat om consultatie en voorlichting aan professionals en burgers in het sociaal domein, waaronder wijkteams, gericht op vroegsignalering van GGZ-problemen in de vorm van trainingen en interventie.
- Mantelzorgondersteuning, cursussen en training voor mensen met ernstige psychiatrische klachten en voorlichting & training gericht op specifieke groepen als allochtone vrouwen.
- Vroegdetectie en vroeginterventie ten behoeve van kinderen en jeugd. (Kinderen die opgroeien met ouders met psychiatrische en/of verslavingsproblemen.)
- Inloophuis Psychiatrie: biedt een huiskamerfunctie voor mensen met een psychiatrische achtergrond.
- GGZ Informatiepunt: voorlichting en informatie over alles wat met GGZ en psychiatrie heeft te maken, zowel individueel als groepsgewijs, als via voorlichtingsbijeenkomsten.
- Vriendendienst: deze dienst is vanaf het begin extra toegevoegd aan de GGZ subsidieregeling; een maatjesproject voor mensen met psychiatrische problematiek. De Vriendendienst beoogt de vermaatschappelijking weer op gang te brengen door een brug te slaan tussen mensen met een psychiatrische achtergrond en de maatschappij. Deze dienst is georganiseerd op het niveau van de subregio.

De huidige GR voldoet niet meer

Preventie is een van de opgaven in het Regionale Beleidskader Maatschappelijke Zorg dat in 2016 is vastgesteld. De GR GGZ van 2011 sluit niet meer aan op de ontwikkelingen binnen de maatschappelijke zorg en de visie daarop. In dit beleidskader is namelijk gekozen voor ondersteuning dichtbij, op maat, en in de eigen leefomgeving. Vanuit deze optiek willen de gemeenten van Holland Rijnland vanaf 2019 zelf, op lokaal en/of subregionaal niveau, met aanbieders (huidige of mogelijk ook nieuwe partijen) afspraken maken.

Alle deelnemende gemeenten hebben in het Portefeuillehoudersoverleg (PHO) van 5 juli 2017 van Holland Rijnland ingestemd met de beëindiging van de GR per 1 januari 2019. Het PHO heeft in deze vergadering tevens besloten:

- akkoord te gaan met de geformuleerde missie en visie en de leidende principes voor de preventieopgave (respectievelijk par. 3.1 en 4.1 van bijgaande notitie 'Preventie GGZ en Verslavingszorg');
- om bij de verdere uitwerking gebruik te maken van het model Positieve Gezondheid van Huber (bijlage 1 van bijgaande notitie 'Preventie Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg in Holland Rijnland').

Het college heeft de bevoegdheid over de uittreding of de beëindiging van de GR te beslissen. Om de GR te kunnen beëindigen per 1 januari 2019 dient de besluitvorming in alle colleges van de deelnemende gemeenten uiterlijk vóór 1 juli 2018 te zijn afgerond. Inmiddels hebben alle deelnemende gemeenten het besluit genomen.

Hoe gaan we verder in zorg

Het maken van nieuwe subsidieafspraken voor GGZ preventie op lokaal of subregionaal niveau vraagt tijd, overleg en onderhandeling met uitvoerende partijen en gemeenten in de subregio. De notitie 'Preventie GGZ en Verslavingszorg' biedt voldoende handvatten om dit vorm te geven.

De regionale afstemming ten aanzien van de lokale/subregionale uitvoeringsopgave Preventie GGZ en Verslavingszorg is ondergebracht in een van de regionale werkgroepen in het kader van de Projectorganisatie (uitvoeringsprogramma) Maatschappelijke zorg. Daarmee wordt de continuïteit van het aanbod geborgd.

Wanneer subsidiepartners niet tijdig worden geïnformeerd over wijzigingen of beëindiging van de huidige subsidierelatie in de GR kan sprake zijn van frictiekosten. In september 2016 en vervolgens in september 2017 zijn alle partijen door gemeente Leiden, als uitvoerder van de Gemeenschappelijke regeling, geïnformeerd. Hiermee hebben de subsidiepartijen voldoende tijd om zich hierop voor te bereiden en met de afzonderlijke gemeenten (nieuwe) afspraken te maken.

De subsidies die nog onder de huidige GR zijn verstrekt (d.w.z. tot en met 2018) wikkelt centrumgemeente Leiden, als uitvoerder van de gemeenschappelijke regeling, verder af conform de bepalingen in de GR.

In het najaar van 2018 zullen wij u opnieuw informeren over de GGZ subsidies vanaf 2019.

Met vriendelijke groet,
het college van burgemeester en wethouders,

A. R. de Graaf,
gemeentesecretaris

P.J. Bouvy-Koene,
burgemeester

Preventie Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg in Holland Rijnland

Definitieve versie augustus 2017

Na bespreking PHO 5 juli 2017, vastgesteld PHO 30 augustus 2017

Ambtelijke werkgroep GGZ-VZ HR

Inhoud

1.	Inleiding	2
1.1.	Gemeenschappelijk regeling GGZ subsidies	2
2.	Kader	2
2.1.	Beleidskader Maatschappelijke Zorg.....	3
2.2.	Samenhang GGZ- en verslavingsproblematiek	3
3.	Vernieuwde visie en aanpak preventie GGZ en VZ	3
3.1.	Doelgroepen	4
4.	Uitvoeringsopgave naar het Model Positieve Gezondheid	4
4.1.	Leidende principes	5
4.2.	Samenwerking in de keten	5
5.	Beëindigen Gemeenschappelijk regeling per 2019	5
6.	Beslispunten en vervolg	6
6.1.	Planning vervolg	6
	Bijlage 1: Uitwerking uitvoeringsopgave naar het model positieve gezondheid	7

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 lichten we de aanleiding voor deze notitie toe. In hoofdstuk 2 gaan we kort in op het kader. In hoofdstuk 3 schetsen we de missie, visie, doelgroepen en uitgangspunten voor de uitvoeringsopgave van de preventie GGZ/VZ. In hoofdstuk 4 bespreken we de gevolgen voor de Gemeenschappelijke regeling GGZ subsidies. Tot slot leggen we in H 5 de beslispunten voor die volgen uit het voorgaande en gaan we kort in op de vervolgplanning.

In de bijlage vindt u de uitwerking van de uitvoeringsopgave aan de hand van het model Huber.

1. Inleiding

Voor u ligt een richtinggevende notitie voor de uitvoering van de Preventie Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verslavingszorg (VZ) als onderdeel van het uitvoeringsprogramma van het beleidskader Maatschappelijke zorg¹. Aanleiding is het besluit in het Portefeuillehoudersoverleg (PHO)² van Holland Rijnland van 13 juli 2016 om gezamenlijk met de (subsidie)partners GGZ te komen tot een gemeenschappelijke visie en integrale aanpak collectieve preventie.

1.1. Gemeenschappelijk regeling GGZ subsidies

Aan verschillende partijen verstrekken we subsidie voor het verrichten van taken op het gebied van (collectieve) preventie GGZ. Taken die soms in elkaars verlengde liggen, elkaar overlappen of samen worden uitgevoerd. Het verlenen van subsidie in het kader van de collectieve preventie is sinds 2011 geregeld via de gemeenschappelijke regeling (GR) GGZ subsidies, behalve de inloofunctie³ GGZ die subregionaal is georganiseerd.

Eind 2015 is op basis van de 'evaluatie GGZ' in het Portefeuillehoudersoverleg (PHO) Maatschappij van het bestuurlijk samenwerkingsorgaan Holland Rijnland besloten de collectie preventie GGZ meer subregionaal of lokaal te gaan organiseren, de preventie in de toekomst alleen te richten op volwassenen⁴ en de financiering voor een langere periode te organiseren. In hetzelfde PHO is ook besloten de GR per 1 januari 2017 te stoppen. De notitie 'Preventie in de GGZ, een collectieve aanpak' lag hieraan ten grondslag. De (ambtelijke) werkgroep (O)GGZ/CPGGZ kreeg de opdracht dit verder uit te werken. Na een verkenningsperiode bleek dat meer tijd nodig was om goed aan te kunnen sluiten bij de nieuwe opgave vanuit het beleidskader Maatschappelijke Zorg en Beschermd Wonen en ontwikkelingen binnen het sociaal domein (o.a. langer zelfstandig wonen, ambulantisering GGZ). Daarom is in het PHO van 13 juli 2016 voorgesteld om de GR GGZ subsidies in de huidige vorm voort te zetten tot 2018. Dit om met de (subsidie)partners GGZ te komen tot een hernieuwde gemeenschappelijke visie en integrale aanpak collectieve preventie. Op basis van de gezamenlijke visie zou dan later worden gezien of de GR in 2018 wordt voortgezet, herzien of beëindigd. De GGZ subsidiepartners zijn hierover per brief in kennis gesteld.

2. Kader

In het hele sociaal domein zien we de nadruk op eigen kracht en zelfredzaamheid terug. Deze beweging zien we ook binnen de GGZ waar sprake is van ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ zorg⁵. We staan gezamenlijk voor een nieuwe opgave, waarin het belang van goede en gerichte preventie steeds duidelijker wordt. Het vraagstuk rondom preventie en vroegsignalering speelt ook op landelijk niveau. *“Wat is preventie, welke plek heeft preventie in de transformatie, wat zijn de opgaven waar we voor staan en hoe richten we dat in?”*, zijn vragen die hierbij gesteld worden.

¹ 'Beleidskader Maatschappelijke zorg 2017-2025, transformatie van (O)GGZ, Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen'

² Portefeuillehoudersoverleg Maatschappij van het bestuurlijk samenwerkingsorgaan Holland Rijnland

³ Een inloofunctie GGZ is een algemeen toegankelijke locatie waar (kwetsbare)mensen met psychische/psychosociale klachten binnen kunnen lopen om op adem te komen in een rustige omgeving, iets actiefs te doen of andere mensen te ontmoeten.

⁴ In 2017 zijn de preventie activiteiten voor jeugd inhoudelijk afgestemd met TWO Jeugd (beleid). De financiering is nog onderdeel van de GR- GGZ subsidies.

⁵ Het landelijke programma "Nieuwe Wegen in de GGZ" (<http://www.nieuwewegenggzopvang.nl/>) daagt partijen uit om te innoveren en te experimenteren en volgt het proces in Holland Rijnland met belangstelling. Mede omdat vanuit Leiden dit jaar de pilot (GGZ in de Wijk) 'Meedoen in Meerburg' loopt als een van de projecten uit het stimuleringsprogramma. Resultaten van onze inspanningen krijgen een plek in de afrondende rapportages van het Programma Nieuwe Wegen in de GGZ

2.1. Beleidskader Maatschappelijke Zorg

Met de komst van de WMO en overheveling van middelen hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden gekregen in de ondersteuning van kwetsbare groepen. Eind 2016 is in de regio Holland Rijnland een nieuw beleidskader Maatschappelijke zorg en beschermd wonen vastgesteld. In dit beleidskader richt de visie zich op een inclusieve samenleving, waarbij als uitgangspunt voor ondersteuning aan inwoners geldt: dichtbij, op maat en in de eigen leefomgeving. Tevens zijn in dit beleidskader aantal ontwikkelopgaven (waaronder preventie) genoemd, die verder uitgewerkt moeten worden in uitvoeringsprogramma's. De opgave is om binnen dit beleidskader een (hernieuwd) programma voor preventieaanpak GGZ en VZ vorm te geven.

2.2. Samenhang GGZ- en verslavingsproblematiek

Leiden is centrumgemeente voor de Verslavingszorg. Kosten voor de uitvoering worden gedekt uit voor verslavingspreventie gereserveerde middelen uit de Decentralisatie Uitkering Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg. De preventie op dit beleidsterrein is ingericht op basis van een regionaal beleidskader verslavingspreventie (2012-2016), met de nadruk op alcoholmatiging bij jongeren. Er is samenhang tussen GGZ-en verslavingsproblematiek (bekend als dubbeldiagnose (DD) problematiek, waar veel kwetsbare mensen mee te maken hebben). We kiezen daarom voor het verbinden van de preventieopgave voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verslavingszorg (VZ).

3. Vernieuwde visie en aanpak preventie GGZ en VZ

Om te komen tot een nieuwe visie en aanpak voor de preventie GGZ en verslavingszorg hebben de Holland Rijnland gemeenten gekozen voor een innovatief proces. Dit betekent dat we met vertegenwoordigers van de (subsidie)partners en ervaringsdeskundigen op het gebied van de GGZ en Verslavingszorg, de GGD en ambtenaren uit de regio hebben gewerkt aan een gezamenlijke visie op en aanzet tot een preventie aanbod in de GGZ en Verslavingszorg. Hiertoe zijn twee interactieve bijeenkomsten georganiseerd en daarnaast zijn een aantal thema's in werkgroepen uitgewerkt, zoals inzet ervaringsdeskundigen, gezamenlijke visie op preventie, ketensamenwerking en GGZ en VZ in het onderwijs. Deze laatste werkgroep is nog steeds actief. Het open proces, waarin we gezamenlijk optrekken, wordt als positief ervaren door betrokkenen.

Onderstaande missie, visie en uitwerking zijn het resultaat van dit gezamenlijke proces

Missie

“Wij werken gezamenlijk aan een goede geestelijke gezondheid en weerbaarheid door in te zetten op het voorkómen van:

- *het ontstaan,*
- *het verergeren,*
- *terugval,*

van psychische problemen en/of verslavingsproblematiek.”

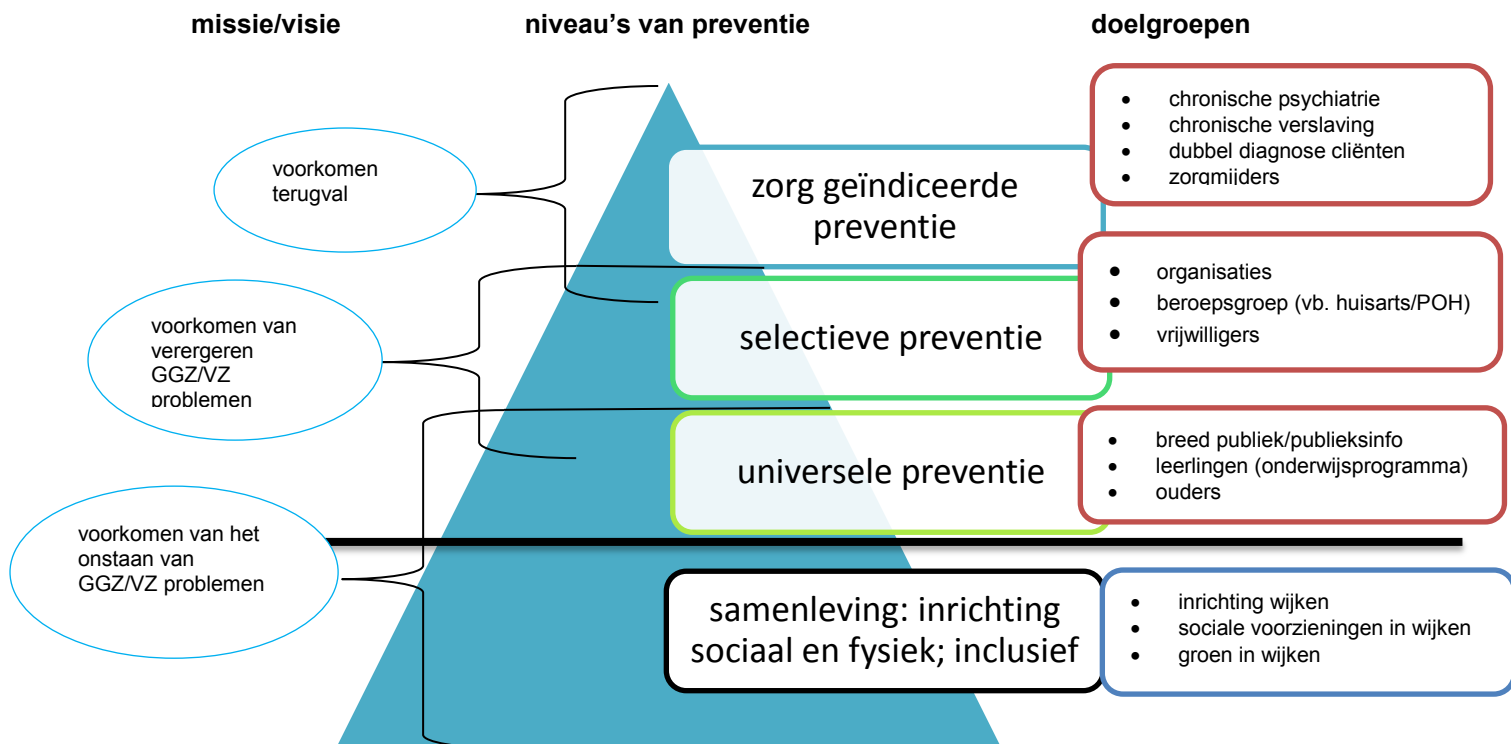
Onze **visie** op de manier waarop wij dit gaan bereiken is:

“We gaan dit doen door ons te richten op het (versterken van het) vermogen van de inwoner zich, eventueel met behulp van zijn/haar sociale netwerk, aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven.”

Deze visie sluit aan bij de visie zoals die is geformuleerd in het beleidskader Maatschappelijke Zorg over het streven naar een inclusieve samenleving.

3.1. Doelgroepen

Voor de opgave hebben we een brede doelgroep in de samenleving voor ogen. We denken aan een breed en universeel publiek, maar we kunnen ook inzoomen op selectieve groepen en diverse groepen waarbij sprake is van geïndiceerde zorg. We geven hierna in figuur 1 ter verheldering een aantal voorbeelden.



Figuur 1 Vormen/niveau's van preventie

4. Uitvoeringsopgave naar het Model Positieve Gezondheid

In de Holland Rijnland Regio is In 'Gezond Geregeld'⁶ het model Positieve gezondheid (PG) van Machteld Huber als leidraad gehanteerd en is daarmee is een relevante ontwikkeling voor onze regio voor de sturing op gezondheidsvraagstukken. Huber onderscheidt in haar concept zes gezondheidsdimensies om het 'gezondheidswelzijn' te meten: Het model PG biedt ons handvatten om vorm te geven aan deze nieuwe opgave.

De inspanningen die bij moeten dragen aan onze missie en die passen bij onze visie zijn geclusterd volgens de zes dimensies van dit model. Dit zijn de uitgangspunten voor de opgaven aan de partners. In de tabellen in de bijlage is elke dimensie uitgewerkt aan de hand van de volgende thema's:

- wat willen we bereiken (effecten)?
- wat gaan we daar voor doen (prestaties)?
- met welke interventies (acties)?

⁶ het traject RDOG 2020 waarin de sturing op de RDOG/GGD opnieuw is ingericht

4.1. Leidende principes

Aan de ordening naar de zes dimensies van positieve gezondheid liggen de volgende leidende principes ten grondslag:

- De vraag van de cliënt en diens omgeving staat centraal; ondersteuningsaanbod is maatwerk (ook in tijd en intensiteit) en waar nodig ondersteunen we bij de vraagformulering;
- We werken aan het versterken van het eigen vermogen van cliënten en hun directe leefomgeving om de regie op het eigen herstel te kunnen voeren;
- Er wordt wijkgericht gewerkt in samenwerking(sverbanden) met relevante partners;
- Samenwerking in de keten en tussen organisaties is een voorwaarde voor succes
- We werken gericht aan de-stigmatisering en normalisatie;
- Cliënten worden door hulpverleners respectvol bejegend en serieus genomen;
- We benutten de kennis en inzet van ervaringsdeskundigen waar mogelijk en waar nodig;
- We benutten inzichten verkregen uit input van ervaringsdeskundigen om nieuwe aangrijpingspunten voor effectieve preventie te ontwikkelen⁷.

4.2. Samenwerking in de keten

Door de ontwikkelingen in het sociaal domein van de laatste jaren wordt aan de samenwerking binnen de keten andere eisen gesteld. Samenwerking in de keten is van groot belang om onze doelen te kunnen bereiken.

Als gemeenten willen we stimuleren dat uitvoerende partners meer en beter samenwerken om grotere efficiëntie te verkrijgen, en overlap en witte vlekken in preventie activiteiten te voorkomen. Dit om uitwerking te geven aan de missie en visie en te komen tot een gezamenlijk resultaat. In de regio zijn vraagstukken aan de orde die betrekking hebben op schaalniveau, bekostiging, administratieve lastendruk, sturing en verantwoording ("tellen en vertellen") en ruimte voor innovatie.

5. Beëindigen Gemeenschappelijk regeling per 2019

Een van de opgaven uit het beleidskader Maatschappelijke Zorg is de ontwikkeling van een nieuwe financieringssysteem als gevolg van de afbouw van de rol en verantwoordelijkheden van de centrum gemeente. In de nieuwe visie op maatschappelijke zorg is gekozen voor ondersteuning dichtbij, op maat, en in de eigen leefomgeving.

Voor een aantal gemeenten⁸ is deze ontwikkeling mede een aanleiding om hun deelname aan de GR GGZ in de huidige vorm te (willen) stoppen. Ook omdat zij vanaf 2019 zelf met aanbieders (huidige of mogelijk ook nieuwe partijen) afspraken willen maken op lokaal/subregionaal niveau.. Daarnaast is geconstateerd dat GR GGZ is verouderd en dient te worden herzien. In dit licht bezien is het beëindigen van de GR dan ook een logische stap. Aan het PHO zal worden gevraagd deze conclusie te bekrachtigen.

Beëindiging van de GR dient zorgvuldig te gebeuren. Subsidies in het kader van de GR GGZ kunnen worden afgebouwd. De Algemene Wet Bestuursrecht verplicht de subsidieverleners dan wel om hiervoor een redelijke termijn in acht te nemen. Als we de GR in tact laten tot 2019 kunnen we de tweede helft 2017 en 2018 benutten om nieuwe afspraken te maken met huidige en/of nieuwe (lokale)aanbieders over de wijze van financiering en het schaalniveau (lokaal/subregionaal) waarop we met elkaar verder willen en wat dit betekent voor de subsidieverlening aan de uitvoerende partners, ook met betrekking tot de administratieve lastendruk. Beëindiging van de GR per 2019 geeft

⁷ Te denken valt bijvoorbeeld aan het onderwijs waar signalering versterkt kan worden, maar ook aan normalisatie (aandacht voor geestelijke gezondheid is "normaal") bijv. door lesboekje "De Zebra".

⁸ De gemeenten Alphen aan den Rijn en Nieuwkoop hebben het beëindigen van de huidige GR GGZ per 2019 al formeel besloten en hebben de gemeente Leiden gevraagd daartoe tijdig actie te ondernemen.

alle partijen de mogelijkheid het proces van vernieuwing, doorontwikkeling en verbinding GGZ met de Verslavingszorg zorgvuldig te doorlopen.

Preventie is een belangrijk onderdeel van het Uitvoeringsprogramma van het Regionale Beleidskader Maatschappelijk Zorg. Voor de uitwerking zijn diverse werkgroepen ingesteld, waaronder o.a. de werkgroep Innovatie, Hulp en Ondersteuning en Preventie GGZ en Verslavingszorg. Vanuit de raakvlakken tussen beide werkgroepen ligt het voor de hand de werkgroepen samen te voegen. Advisering en afstemming ten aanzien van de lokale /subregionale uitvoeringsopgave Preventie GGZ en Verslavingszorg wordt dan onderdeel van de werkgroep Innovatie, Herstel en Ondersteuning.

6. Beslispunten en vervolg

Uit de voorgaande hoofdstukken zijn de volgende beslispunten te herleiden.

1. Akkoord te gaan met de geformuleerde missie en visie en de leidende principes voor de preventie opgave (respectievelijk par. 3.1 en 4.1 van deze notitie)
2. In te stemmen om bij de verdere uitwerking gebruik te maken van het model Positieve Gezondheid van Huber (bijlage 1).
3. In te stemmen met het beëindigen van de GR GGZ per 2019.
4. De ambtelijke werkgroep Preventie GGZ en VZ HR de opdracht te geven:
 - a) tot het voorbereiden van de beëindiging van de GR per 2019, zodat de separate besluitvorming door de deelnemende gemeenten hierover zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval tijdig plaats kan vinden.
 - b) de advisering en afstemming ten aanzien van de lokale/subregionale uitvoeringsopgave Preventie GGZ en Verslavingszorg onder te brengen in de werkgroep innovatie, Herstel en Ondersteuning van de Projectorganisatie Maatschappelijke zorg.

6.1. Planning vervolg

Wanneer	Wat
Juli/ aug 2017	Na besluitvorming PHO Maatschappij (5/7 en 30/8) de subsidiepartners informeren over het opheffen van de GR-GGZ subsidies per 2019
v.a. 2 ^e helft 2017 ev	- voorbereiden van de beëindiging van de GR per 2019 t.b.v. de separate besluitvorming door de deelnemende gemeenten. - de taken m.b.t. advisering en afstemming ten aanzien van de uitvoeringsopgave preventie onderbrengen in de werkgroep Innovatie, Herstel en Ondersteuning. - Deelnemende gemeenten verkennen zelf de lokale/subregionale mogelijkheden binnen de preventieopgave GGZ/VZ
Uiterlijk 1 ^e kwartaal 2018	- separate besluitvorming van de deelnemende gemeenten opheffen GR-GGZ subsidies per 2019 en een eerste advies over wat op (lokaal/subregionaal) wenselijk is ten aanzien van preventie GGZ en VZ

Bijlage 1: Uitwerking uitvoeringsopgave naar het model positieve gezondheid

Machteld Huber introduceerde het concept positieve gezondheid in Nederland in 2012⁹. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. In deze visie is gezondheid niet langer meer strikt het domein van de zorgprofessionals, maar van ons allemaal. Het gaat immers om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te kunnen gaan en waarbij naast een eventuele beperking juist ook kracht wordt gehaald uit die leefgebieden waarop nog wel evenwicht wordt gevoeld. Daarmee biedt dit gezondheidsconcept een nieuwe benadering van gezondheid en is een alternatief dat kan bestaan naast de oude definitie van de World Health Organisation (WHO).

In een eerdere fase van de ontwikkeling van dit instrument sprak Huber in de volgende termen over positieve gezondheid¹⁰: “Het gaat er nu meer om via *veerkracht* je lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden terug te vinden, ook na tegenslagen.” Vanuit preventie gedacht, betekent dit dat het versterken van de veerkracht (weerbaarheid) ook bij zal dragen aan het voorkomen van het ontstaan, verergeren van of terugvallen in ernstige psychische problemen en/of verslavingsproblemen.

Zes dimensies van gezondheid

Huber onderscheidt in haar concept zes gezondheidsdimensies om het ‘gezondheidswelzijn’ te meten. Hieronder de medisch/academische vertaling; later is deze omgezet in een zelfmeetinstrument, met termen meer op het individu gericht.¹¹

- **lichaamsfuncties:**
medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
- **mentale functies en -beleving:**
cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht
- **spiritueel/existentiële dimensie:**
zingeving/meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie
- **kwaliteit van leven:**
kwaliteit van leven/welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
- **sociaal maatschappelijke participatie:**
sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk
- **dagelijks functioneren:**
basis Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy.

⁹ <http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>

¹⁰ <https://zorgenz.nl/nieuws/machteld-huber-verovert-met-positieve-gezondheid-de-zorg/>

¹¹ In dit document worden beiden gebruikt.



De inspanningen die bij moeten dragen aan onze missie en die passen bij onze visie zijn geclusterd volgens deze zes dimensies van positieve gezondheid (zie par 4). Dit zijn de uitgangspunten voor de opgave aan de partners.

In de volgende tabellen is elke dimensie uitgewerkt aan de hand van de volgende thema's:

- wat willen we bereiken (effecten)?
- wat gaan we daar voor doen (prestaties)?
- met welke interventies (acties)?

Dimensie 1: lichaamsfuncties

Omschrijving
Bij deze dimensie gaat het in de wetenschappelijke benadering om medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie. Vertaald naar een individu gaat het om de volgende aspecten: - je gezond voelen - fitheid - klachten en pijn - slapen - eten - conditie - bewegen
Wat willen we bereiken
Inwoners hebben een goede lichamelijke conditie en inwoners met GGZ problematiek en/of verslavingsproblematiek hebben een betere lichamelijke gezondheid en verbeteren daarmee hun dagelijks functioneren.
Wat gaan we daar voor doen
• Aanmoedigen van sport/bewegen/lichamelijke activering • Meer aandacht voor relatie tussen medicatiegebruik en bewegingsprogramma's • Aandacht voor een gezonde leefstijl vanuit de thema's 'lekker in je vel zitten, niet starten met genotmiddelengebruik w.o. roken en alcoholgebruik'. • Gezond eten en koken • Slaap hygiëne en multimedia • Lekker in je lijf (GGD) • Samenwerken met reguliere sportverenigingen om bewegen meer toegankelijk te maken voor mensen met psychische- en/of verslavingsproblematiek • Samenwerken met wijkteams en jongerenwerk om ontspanning en zingevende activiteiten meet toegankelijk te maken voor mensen met psychische- en/of verslavingsproblematiek • Bevorderen van de aandacht voor psychosomatische klachten en verslavingsproblematiek door het vroegtijdig signaleren door professionals hiervan, waarbij de professional de verwijsslijnen kent en inzet bij redenen tot zorg.
Voorbeelden van interventies/acties
Lichamelijk welbevinden • bewegingscoach • beweegmaatjes/vrijwilligers • bij behandeling ook sociale activering • aandacht voor huiselijk geweld • 'straatdokter' verbinden aan (opnemen in?) wijkteams • aandacht voor relatie tussen fysieke gezondheid en psychisch welbevinden Psychisch welbevinden: • Maatwerk in sociaal maatschappelijk participeren → bespreken/aanbieden 'gezonde uitlaatkleppen' • leren 'kanaliseren' • vroeginterventie scholen (VIS) en GIZ (gezamenlijke inventarisatie zorgbehoeften (GGD))

Dimensie 2: mentaal welbevinden

Omschrijving	
Bij deze dimensie gaat het in de wetenschappelijke benadering om cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde en zelfrespect, gevoel controle te hebben, ('manageability'), zelfmanagement en eigen regie, veerkracht ('resilience'), je situatie begrijpen ('comprehensibility'). Vertaald naar een individu gaat het om de volgende aspecten: - onthouden - concentreren - communiceren - vrolijk zijn - jezelf accepteren - omgaan met verandering - gevoel van controle	
Wat willen we bereiken	Inwoners voelen zich mentaal sterk en zijn in staat uitdagingen aan te gaan of tegenslagen op te vangen. Bij inwoners met GGZ en/of verslavingsproblematiek werken we aan het versterken van mentale kracht.
Wat gaan we daar voor doen	• Versterken van het sociaal netwerk van cliënten • Bevorderen van ontmoeting (zelfhulpgroepen en lotgenotengroepen?) in een veilige omgeving (van inloophuis tot en met wijkcentra en sportvereniging) • Versterken van zelfmanagement en de eigen regie • Acceptatie in de wijk, sociale omgeving, school en werk vergroten door in te zetten op destigmatisering en normalisatie • Herstelgericht werken en aandacht voor structuur • Werken aan acceptatie van je persoonlijke "zijn" en het hebben van "zelfinzicht" • Zorgen voor laagdrempelige beschikbaarheid specialistische zorg • Aandacht voor bejegening door hulpverleners (serieus genomen worden en respectvolle benadering)
Voorbeelden van interventies/acties	• inzetten van ervaringsdeskundigen • zoeken naar flexibiliteit in indicatie. Bandbreedte model • pilot 'Meedoen in Meerburg' (GGZ in de wijk) als voorbeeld • betrekken van sociale omgeving/naasten bij hersteltraject (?)

Dimensie 3: zingeving

Omschrijving
Bij deze dimensie gaat het in de wetenschappelijke benadering om zingeving, 'meaningfulness', doelen of idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie. Vertaald naar een individu gaat het om de volgende aspecten: - zinvol leven - levenslust - idealen willen bereiken - vertrouwen hebben - accepteren - dankbaarheid - blijven leren
Wat willen we bereiken
Inwoners in het algemeen, en inwoners met GGZ en/of verslavingsproblematiek hebben een positief beeld van hun toekomst.
Wat gaan we daar voor doen
• Aandacht voor en het activeren van iemands kracht en talent en waar hij/zij gelukkig van wordt (Piëzo) centraal staat • Aandacht voor drijfveren (levensovertuiging/religie etc.): We richten ons op het scherp krijgen "waarvoor iemand 's ochtends zijn/haar bed uitkomt", als aangrijpingspunt bij behandeling/begeleiding • Stimuleren van het kunnen ontwikkelen en vormgeven van zingevende activiteiten • Aandacht voor de mogelijkheden om iemand als ervaringsdeskundige in te zetten • Werken met cliënten aan het formuleren van en werken aan een helder toekomstperspectief in doelen op de korte- en lange termijn • Aandacht voor mogelijkheden voor participatie door (vrijwilligers-)werk
Voorbeelden van interventies/acties
• Piëzo methodiek • (gespreks)trainingen over betekenisvol leven .. • sollicitatievaardigheden • 'herken je talenten'

Dimensie 4: kwaliteit van leven

Omschrijving	
Bij deze dimensie gaat het in de wetenschappelijke benadering om basis algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen, gezondheidsvaardigheden. Vertaald naar een individu gaat het om de volgende aspecten: - genieten - gelukkig zijn - lekker in je vel zitten - balans - je veilig voelen - hoe je woont/prettig wonen - rondkomen met je geld	
Wat willen we bereiken	Inwoners in het algemeen, en inwoners met GGZ en/of verslavingsproblematiek hebben voelen zich goed en zijn tevreden met hun dagelijks leven.
Wat gaan we daar voor doen	• bevorderen van de aandacht voor geestelijk welbevinden in het brede domein waaronder ook op school (incl. goede signalering), binnen het jongerenwerk of in sportclubs • werken aan normalisatie door voorlichting op scholen en in wijken over geestelijke gezondheid door het bespreekbaar maken van begeleiding en/of hulp zoeken bij vragen of nood • inzetten op het versterken van het sociaal netwerk • zorgen voor toegankelijkheid van passend wijkaanbod en wijkontmoetingsfuncties • versterken zelfmanagement en eigen regie • bevorderen van het tot stand brengen van voldoende geschikte woonruimte en integrale aanpak/ondersteuning op leefgebieden (schulden, werk, sociaal) in de thuissituatie • vergroten acceptatie in de wijk (steun en informatiepunten?) • werken met ervaringsdeskundigen en zien hier een belangrijke rol voor deze inzet weggelegd.
Voorbeelden van interventies/acties	• omgaan met geld • persoonlijke verzorging • 'Een huishouden op rolletjes' • versterken sociaal netwerk

Dimensie 5: sociaal maatschappelijk participeren, meedoen!

Omschrijving
Bij deze dimensie gaat het in de wetenschappelijke benadering om sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk. Vertaald naar een individu gaat het om de volgende aspecten: - sociale contacten hebben - serieus genomen worden - samen leuke dingen doen - steun van anderen - erbij horen - zinvolle dingen doen - interesse in de maatschappij
Wat willen we bereiken
Inwoners in het algemeen, en specifiek inwoners met GGZ en/of verslavingsproblematiek hebben het gevoel dat ze er bij horen en meedoen.
Wat gaan we daar voor doen
• We leveren maatwerk bij ondersteuning en sluiten daarbij aan bij persoonlijke behoeften • We betrekken de input, kennis en inzet van ervaringsdeskundigen • We bevorderen voorlichting op scholen; in de scholen dient er ook aandacht voor geestelijke gezondheid; de aanpak van pestgedrag, destigmatisering of het bespreken van de negatieve effecten van verslaafd zijn • We werken aan meer begrip en ondersteuning in sociale omgeving • Versterken sociaal netwerk, familie, maatjesprojecten • We werken breed in de samenleving aan normalisatie en de-stigmatisering t.a.v. GGZ (en VZ) problematiek •
Voorbeelden van interventies/acties
• voorlichting op scholen/buurthuizen/(sport)verenigingen • maatjesprojecten • project samenwerking arbeidsparticipatie GGZ doelgroep Holland Rijnland

Dimensie 6: dagelijks functioneren

Omschrijving
Bij deze dimensie gaat het in de wetenschappelijke benadering om sociale en communicatieve vaardigheden, sociale contacten, betekenisvolle relaties, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid en betekenisvol werk. Vertaald naar een individu gaat het om de volgende aspecten: - zorgen voor jezelf - je grenzen kennen - kennis van gezondheid - omgaan met tijd - omgaan met geld - kunnen werken - hulp kunnen vragen
Wat willen we bereiken
Inwoners in het algemeen, en specifiek inwoners met GGZ en/of verslavingsproblematiek hebben de vaardigheden om voor zichzelf te zorgen.
Wat gaan we daar voor doen
• Organiseren en inzetten van ondersteuningsprogramma's met inzet van ervaringsdeskundigen • Werken aan herkenning en erkenning van zowel de onder- als de bovengrens van je kunnen • Zorgen voor toegankelijke kennis/informatie over hulpaanbod en participatiemogelijkheden • We richten ons op kinderen in risico situaties, trans-generatiele problematiek (KOP/KVO) • bevorderen de aandacht voor (mentale) weerbaarheid en verzorgen weerbaarheidstrainingen • zorgen voor voorlichting op scholen, waarbij er een combinatie dient te zijn van themagericht werken op de GGZ vraagstukken en het bespreken van de effecten van genotmiddelen gebruik. • verbeteren kennis over en verbeteren daarmee van de herkenning van (vroeg) signalen • zorgen voor verbeteren van de samenwerking en communicatie in de keten; 1G1P benadering om daarmee het vertrouwen in hulpverleners te behouden en terugval of onttrekken aan zorg te voorkomen • vergroten deskundigheid bijv bij SWT, JGT, HA, Politie, Onderwijs MW etc • aandacht en begrip voor herstelprogramma's na detox (het is dan niet klaar; het herstel begint pas: ook bekostigingsvraagstuk)
Voorbeelden van interventies/acties
• trainingen 'hulp vragen is dood gewoon', 'Nee durven zeggen', be • training 'begrijpen van stoornissen en verslaving' • herstelprogramma's na detox