

EEN VERANDERKUNDIG PERSPECTIEF OP

DE SAMENWERKING TUSSEN GHZ EN GGZ VOOR BEWONERS MET PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

JORIS KUPPENS & FLEUR TROMP MEESTERS

Een meervoudige
zorgvraag vraagt
om een meervoudige
aanpak, op alle lagen

12 JANUARI 2026

TEN HAVE CHANGE
MANAGEMENT



In de samenwerking tussen GHZ en GGZ-organisaties lijkt het alsof twee disciplines dezelfde puzzel proberen te leggen, maar elk met een andere gebruiksaanwijzing: men kijkt naar hetzelfde, maar spreekt niet altijd dezelfde taal



INHOUD

Hoofdboodschap van dit onderzoek	04
1. Inleiding	08
1.1 Wat is het voorliggende vraagstuk?	08
1.2 Wat is de toegevoegde waarde van dit onderzoek?	13
1.3 Aanleiding, scope en onderzoeksvragen	13
1.4 Leeswijzer	15
2. Veranderkrachtdiagnose	17
2.1 Korte toelichting Veranderkracht	17
2.2 Onderzoeksmethoden	18
2.3 Diagnose totaalbeeld	20
2.3.1 Context	24
2.3.2 Rationale	25
2.3.3 Effect	26
2.3.4 Focus	28
2.3.5 Energie	32
2.3.6 Verbinding	34
3. De werkende elementen van succesvoorbeelden	37
4. Verkennen van de onderliggende oorzaak	41
5. Veranderaanpak	44
5.1 Veranderaanpak op korte termijn: doorbreken, oplossen en forceren	45
5.2 Veranderaanpak lange(re) termijn: duurzaam faciliteren en opbouwen	51
6. Reflectie TEN HAVE Change Management	56
6.1. Veranderkundige reflectie	56
6.1.1 Positionering van eerdere interventies	56
6.1.2 Het is een transitie	57
6.2 Psychologische reflectie	58
6.3 Organisatiekundige reflectie	61
6.3.1 Doel en middel is niet congruent	61
6.3.2 Kolom-overstijgend organiseren	61
7. Dankwoord	64
8. Bijlagen	66
A. Kengetallen doelgroep	66
B. Informatie TEN HAVE Change Management	68
C. Toelichting Veranderkracht	69
D. Deelnemende partijen onderzoek	71
E. Referentielijst	73



HOOFDBOODSCHAP VAN DIT ONDERZOEK

De zorg voor mensen met zowel een verstandelijke beperking als psychische problematiek staat onder druk. Dit onderzoek richt zich hoofdzakelijk op de Wlz VG7 (+) en de GGZ-Wonen 5 doelgroep. Deze doelgroep valt vaak tussen wal en schip doordat de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg als gescheiden domeinen opereren. Verschillen in visie, cultuur, financiering en wetgeving zorgen voor versnippering en ontoereikende zorg. Het gevolg: versnippering, suboptimale resultaten en een hoge belasting van zorgprofessionals en omgeving.

De doelgroep is – op basis van objectieve kengetallen – relatief klein in aantallen maar groot in impact. Dit document benadrukt de noodzaak van een integrale benadering en duurzame samenwerking tussen beide sectoren. Een meervoudige zorgvraag vraagt om een meervoudige aanpak, op alle lagen én over de grenzen van organisaties heen. Wat in algemene zin opvalt is dat er tot op heden hoofdzakelijk enkelvoudig wordt gekeken vanuit ofwel gehandicaptenzorg ofwel geestelijke gezondheidszorg. Waar het in grote mate aan schort is het kunnen beantwoorden van een integrale vraag met een integrale oplossing. Hier liggen allerlei redenen aan ten grondslag.

De scheiding tussen gehandicaptenzorg ofwel geestelijke gezondheidszorg na de Tweede Wereld oorlog had een logische aanleiding, namelijk: het beter kunnen afstemmen van de zorg op de specifieke behoeften van beide doelgroepen (gehandicaptenzorg, gericht op mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking vs. geestelijke gezondheidszorg, gericht op psychische stoornissen en psychiatrische problemen). De ongewenste effecten van deze scheiding weerspiegelen in het voorliggende vraagstuk. Beide domeinen hebben hun eigen culturen en beeldvorming over cliëntdoelgroepen, hebben hun eigen professionele taal en opleiding, kennen verschillende wetten over gedwongen zorg en daarbij dwingt de huidige Wet langdurige zorg-indicatiestelling tot de vraag wat de voorliggende problematiek is. Deze scheiding moet op onderdelen hersteld worden om een integrale oplossing te kunnen bieden, want de meervoudige vraag blijft bestaan. Zolang een structurele doorbraak uitblijft zal de omvang en urgentie van dit toenemen. Dit resulteert in een 'draaikolk' die de problematiek vergroot, waardoor de neiging voor partijen om zich te committeren aan een structurele verandering kleiner wordt.

HET ONDERZOEK GEEFT ANTWOORD OP DE DRIE ONDERZOEKSVRAGEN:

- 1. Hoe werken organisaties in de GHZ momenteel samen met de GGZ (en andersom) in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een intramurale setting? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?**
- 2. Welke aanpakken of interventies zijn effectief gebleken om de samenwerking te verbeteren, en wat lag hieraan ten grondslag?**
- 3. Op basis van bovenstaande: wat zijn duurzame veranderinterventies om de samenwerking tussen de GHZ en GGZ voor deze doelgroep te verbeteren?**



Dit onderzoek biedt een veranderkundig perspectief met concrete handvatten in plaats van een herhaling van bekende knelpunten. Daarmee biedt dit onderzoek inzicht in de reden 'waarom' samenwerking stroef verloopt en gaat met name in op 'hoe' dit methodisch en systematisch aan te pakken. De analyse toont aan dat er nog geen gedeelde visie of urgentiebesef is, dat verantwoordelijkheden vaak worden doorgeschoven en dat professionals zich regelmatig handelingsverlegen voelen. Leiderschap, kennis en passende structuren om het vraagstuk op te pakken ontbreken vaak, wat leidt tot ongerichte en onvoldoende verbonden samenwerking. Van succesvolle samenwerkingen leren wij dat zes elementen cruciaal zijn. Deze elementen samengevoegd met veranderkundige inzichten vormen de bouwstenen voor een effectieve aanpak.

De conclusie is helder, het is een écht vraagstuk: het gaat namelijk over een kwetsbare groep mensen waarvan de huidige situatie onwenselijk en onhoudbaar is. Er spelen verschillende belangen die niet alleen vanuit de individuele zorgorganisaties vanzelf doorbroken worden. Dit vraagt om het oplossen van deze spanning een niveau hoger. Dit betekent dat er regie op het vraagstuk moet komen waarbij sector overstijgend gedacht en gehandeld wordt. Eventueel 'verlies' van eigen identiteit en/of financiële uitdagingen op korte termijn moet in balans gebracht worden met het langere termijn perspectief. Alleen door leiderschap te tonen en buiten de eigen kaders te denken, kunnen betrokken partijen de zorg voor deze kwetsbare doelgroep fundamenteel verbeteren. Een doordachte veranderaanpak en het systematisch daarop sturen en waar nodig bijsturen gaan daarbij helpen, het ijkpunt hierin moet telkens zijn of het beoogde effect voor deze groep cliënten behaald wordt.

De potentie om de samenwerking tussen GHZ en GGZ voor cliënten met zeer complexe problematiek (VG7 en GGZ-Wonen 5) substantieel te verbeteren is groot. De beweging stokt nu vooral op gedeelde visie, eigenaarschap en regie. Deze samenvatting doet een ondubbelzinnige oproep aan bestuurders, beleidsmakers en professionals: stop met het opstarten van nog meer onderzoek en organiseer vooral het doen—gericht, gezamenlijk en zichtbaar. De potentie is er.

De concrete aanbevelingen uit dit onderzoek richten zich op meerdere factoren en worden uitgesplitst in aanbevelingen op korte en lange termijn. Daarnaast stelt dit onderzoek een zestal gewetensvragen aan de orde om, naast concrete acties, ook in te zoomen op de onderliggende oorzaak van dit vraagstuk.

De aanbevelingen voor de korte termijn (doorbreken, oplossen en forceren) zijn onder andere de volgende. Richt een landelijke regietafel met bindende toekomstagenda in waarin branches, beroepsverenigingen, ZN, VWS en kenniscentra gezamenlijk koers, ambitie en leidende principes vaststellen, eigenaarschap expliciteren en kolom-overstijgende (financiële)prikkels activeren om samenwerking tussen GHZ en GGZ te versnellen. Bouw parallel aan structurele kennisopbouw via gezamenlijke scholing en een versterkte kennisinfrastructuur, en start pilots of een 'vrijplaats' waarin professionals integraal samenwerken vanuit de cliëntvraag. Succes vraagt daarnaast zichtbaar leiderschap, vertegenwoordigers met mandaat en onderling vertrouwen, en een lerende praktijk met geïntegreerde teams en gezamenlijke casuïstiekbesprekingen.

De langetermijnmaatregelen vragen om het blijvend uitdragen van urgentie en het creëren van meer uitvoeringsruimte door wet- en regelgeving en financieringslijnen zo aan te passen dat integrale GHZ-GGZ-zorg wordt gefaciliteerd. Daarnaast is het nodig om de positie van Wlz-zorg binnen GGZ-organisaties beter te borgen, toe te werken naar integrale indicatiestelling met multidisciplinaire beoordeling en het bekostigingssysteem zo in te richten dat afstemming, indirecte tijd, kennisdeling en preventie worden beloond. Beleidsmatig moet integraliteit worden verankerd via onder meer verplichte screening en periodieke herdiagnostiek, terwijl opleidingen en



expertiseontwikkeling structureel moeten worden vernieuwd met meer domeinoverstijgend leren. Daarnaast vraagt dit om de ontwikkeling van hybride woonzorgvoorzieningen met stabiele, gemengde teams om passend wonen en zorg duurzaam te organiseren.

Tot slot, de potentie om de gezondheidszorg voor deze doelgroep te verbeteren is groot, het vraagt bovenal om organisatie-overstijgend te denken en doen en is het vooral zaak om alle bekende feiten en maatregelen om te zetten naar actie in plaats van onderzoek.

1. INLEIDING



1. INLEIDING

1.1 WAT IS HET VOORLIGGENDE VRAAGSTUK?

Mensen in Nederland met een zorgbehoefte die zowel vanuit de gehandicaptenzorg (hierna, GHZ) als geestelijke gezondheidszorg (hierna, GGZ) voorzien zouden moeten worden, ontvangen vaak niet de juiste hulp en zorg¹. Dit onderzoek richt zich met name op de langdurige zorg – gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (hierna, Wlz). In de GHZ richt dit onderzoek zich op de VG7 doelgroep², en in de GGZ gaat dit om de GGZ-Wonen 5 doelgroep³. Vanuit het GHZ perspectief gaat het om de VG7 doelgroep waarbij psychische problematiek optreedt en vanuit het GGZ perspectief over de Wonen 5 doelgroep waarbij sprake is van een verstandelijke beperking. Het VG7 zorgprofiel en de GGZ-Wonen 5 overlappen in grote mate met elkaar; het gaat in beide gevallen over mensen met complexe zorg- en ondersteuningsvragen in combinatie met zeer ernstig probleemgedrag. Het Trimbos-instituut laat zien dat de zorg tekortschiet wanneer zorg uit beide sectoren tegelijk nodig is. Vanuit beide perspectieven is meermaals erkend dat dat GHZ en GGZ in de zorg voor deze doelgroep vaak langs elkaar heen werken en elkaars perspectief niet volledig meenemen⁴.

In 2021 heeft bureau HHM in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna, VWS) een probleemanalyse van de doelgroep VG7 geschreven⁵. De doelgroep met zorgprofiel VG7 wordt hierin beschreven als mensen met een lichte tot ernstige verstandelijke beperking die daarnaast vaak kampen met psychische problemen, syndromen, hechtingsproblemen of verslaving. Dit samenspel van problemen vergroot de kwetsbaarheid, stress en moeite met zelfregulatie en het begrijpen van de omgeving. Hierdoor ontstaat vaak ernstig en complex probleemgedrag, dat meestal nauw samenhangt met de context en de manier waarop de omgeving reageert. Problemen beginnen vaak al op jonge leeftijd en sociale en emotionele ontwikkeling blijft achter. Te hoge of juist te lage verwachtingen van naasten en professionals kunnen probleemgedrag uitlokken of versterken. Het gedrag kan naar binnen of naar buiten gericht zijn, en een gevoel van onveiligheid, onbegrip of een te beheersmatige aanpak kan escalatie veroorzaken. Hoewel de VG7 doelgroep zeer divers is, zijn er geen duidelijke subgroepen te onderscheiden. Wel beïnvloeden factoren zoals de ernst van de beperking, bijkomende problematiek, eerdere mislukte hulpverleningstrajecten en betrokkenheid van politie of justitie de complexiteit van de situatie. Ook de omgeving speelt een grote rol bij het ontstaan, voortbestaan en beheersbaar houden van probleemgedrag.

Het zorgprofiel GGZ-Wonen 5 is gericht voor cliënten die zeer ernstige psychiatrische aandoeningen hebben en daarnaast een blijvende behoefte hebben aan intensieve begeleiding, verzorging, structuur en beveiliging⁶. Kenmerkend voor deze doelgroep is dat zij 24 uur per dag zorg en/of toezicht in de nabijheid nodig hebben, omdat

- 1 Trimbos-instituut. (2025). Perspectief in de langdurige ggz: Studie naar het beleid en de praktijk in Nederland. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/03/11/perspectief-in-de-langdurige-ggz>
- 2 Verstandelijke handicap, wonen met zeer intensieve begeleiding en gedragsregulering zorgprofiel
- 3 Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding
- 4 Trimbos-instituut. (2022). *Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 5 Jansen, P., Pansier, L., van de Belt, A., & Jenneboer, L. (2021). Probleemanalyse VG7 Onderzoek naar onderliggende signalen en knelpunten. Bureau HHM. https://www.eerstekamer.nl/overig/20211119/probleemanalyse_vg7/document
- 6 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (n.d.). GGZ Wonen | Psychische klachten. Regelhulp. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/psychische-klachten/ggz-wonen>



zij zelf niet op relevante momenten adequaat hulp kunnen inroepen of escalatie niet voorkomen kan worden⁷. Naast psychiatrische stoornissen is er vaak sprake van gedragsproblematiek, verminderde regiecapaciteit, of complexe multiproblematiek (zoals lichamelijke beperkingen, cognitieve stoornissen, sociale uitsluiting) waardoor de zorgvraag breed en intens is⁸. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat een majeur aantal van de GGZ cliënten (ook) een verstandelijke beperking lijkt te hebben: uit promotieonderzoek van Nieuwenhuis (2022) blijkt dat in de gespecialiseerde ggz een groot deel van de patiënten een (licht) verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid heeft. Gemiddeld gaat het om circa 40% van de cliënten, maar in de meest intensieve en langdurige behandelsettings (long-stayafdelingen) loopt dit op tot bijna 67%. Deze bevinding ondersteunt de veronderstelling dat ook binnen de doelgroep GGZ-Wonen 5 – langdurige zorg – vaak sprake is van een licht verstandelijke beperking naast ernstige psychiatrische problematiek^{9 10}.

De doelgroep waarop dit onderzoek zich primair richt is de VG7 in de gehandicaptenzorg en de W5 indicatie in de GGZ. Desalniettemin worden er in de rapportage ook uitstapjes naar andere vormen van zorg gemaakt, omdat gedurende het onderzoek de verwevenheid met andere vormen van zorg aan de orde kwamen. Bijvoorbeeld omdat enkele respondenten aangaven dat mensen met een (lichte) verstandelijke beperking soms ook psychiatrische ondersteuning nodig hebben of, er mensen in de GGZ behandeld worden vanuit de zorgverzekeringswet (hierna, Zvw) waarvan te laat werd vastgesteld dat zij ook (licht) verstandelijk beperkt zijn. En er mensen in de verslavingszorg zijn opgenomen die in veelvoorkomende gevallen óók licht verstandelijk beperkt zijn en/of psychiatrische problematiek hebben. Dit is niet vreemd, uit diverse onderzoeken worden namelijk de volgende conclusies getrokken: Het Landelijk Kenniscentrum LVB stelt dat in Nederland 1,1 miljoen mensen een LVB hebben en “geschat wordt dat 30–50% van de mensen met een licht-verstandelijke beperking óók psychische problemen heeft¹¹” en TNO-trendanalyse VG-zorg beschrijft een toename van complexe co-morbiditeit (psychische stoornis in combinatie met verslaving en LVB) in zowel de VG- en GGZ-sectoren¹².

Het is goed om hier de juiste cijfers te kennen om de context van de Wlz zorg binnen de GGZ en GHZ te schetsen. De totale groep personen met een Wlz-indicatie bestond 1 oktober 2025 uit ca. 380.000 mensen.

Gehandicaptenzorg

Binnen deze groep van 380.000 mensen bevindt zich een subgroep van ca. 125.000 met een GHZ zorgzwaartepakket. Circa 15% daarvan bestaat uit personen met een VG-7 zorgprofiel, namelijk 19.135 personen¹³. Als gekeken wordt naar de financieringsstromen dan valt op dat ca. 84% van de gehandicaptenzorg in Nederland wordt gefinancierd via de Wlz, alle financieringsvormen tezamen hebben – in euro's – een omvang van 14.864

7 Kamer der Staten-Generaal. (2018). Wlz-GGZ zorgprofielen. Tweede Kamer. <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2018D43914>

8 Jongebreur, W., Onstenk, A., & Zoutenbier, M. (2023, 14 november). Langdurig Klinisch Wonen: Een onderzoek naar een woonvoorziening met beveiliging voor mensen die nu nergens voor langere tijd terecht kunnen [Eindrapport]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid. <https://cms.denederlandseggz.nl/assets/common/Rapport-Langdurig-klinisch-wonen-2023.pdf>

9 Nieuwenhuis, J. G. (2022). A Blind Spot? Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients in specialized mental health care in the Netherlands: prevalence and associations (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam).

10 Webredactie GZ-psychologie. (2022, 22 september). Screening op LVB kan langdurige afhankelijkheid van ggz voorkomen. GZ-psychologie. <https://www.gzpsychologie.nl/screening-op-lvb-kan-langdurige-afhankelijkheid-van-ggz-voorkomen/>

11 Landelijk Kenniscentrum LVB. *LVB in cijfers - Landelijk Kenniscentrum LVB*. Geraadpleegd op 19 november, 2025. <https://kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/lvb-in-cijfers/>

12 Van Staalduinen, W., ten Voorde, F. (2011). Trendanalyse. TNO. https://www.tno.nl/media/2162/trendanalyse_verstandelijk_gehandicaptenzorg.pdf

13 <https://ciz.databank.nl>

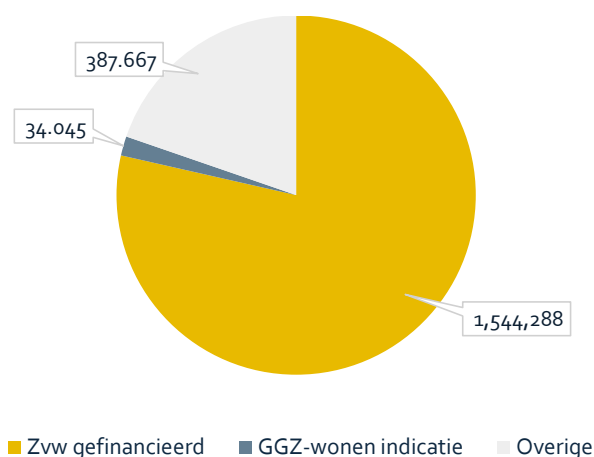


miljoen en daarvan is 12.530 miljoen Wlz gerelateerd¹⁴. Er is geen objectief aantal gevonden voor de totale cliëntpopulatie in de gehandicaptenzorg¹⁵. Wel kan op basis van de financieringsverdeling gesteld worden dat de Wlz populatie in de gehandicaptenzorg het overgrote deel (ca. 85%) van de hele sector betreft. Dit ligt aanzienlijk anders in de GGZ.

Geestelijke gezondheidszorg

Volgens de CIZ-databank hebben in het 4e kwartaal van 2025 34.045 personen een GGZ-wonen indicatie.¹⁶ Daarbinnen ontvangen 1190 personen in het 4e kwartaal van 2025 zorg op basis van de GGZ-Wonen 5 indicatie¹⁷. Om dit in perspectief te plaatsen wordt nu de totale GGZ-sector geduid. Het Trimbos schrijft op haar website het volgende: "bijna 2 miljoen volwassen Nederlanders (1.966.000) hebben in de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt van zorg (AGZ¹⁸, GGZ of beide) vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen¹⁹. Het Trimbos stelt daarnaast het volgende: "In 2024 hebben naar schatting 1.544.288 cliënten een vorm van Zvw-ggz zorg ontvangen". Dit betekent dat de omvang van de GGZ-wonen ca. 1,75% is van de totale GGZ omvang, namelijk ca. 35.000 ten opzichte van ca. 2 miljoen volwassenen. En dat Zvw gefinancierde zorg in aantal cliënten circa 44 keer groter dan de Wlz-gefinancierde groep is. Binnen de GGZ-wonen groep van ca. 34.045 personen betreft het in 3,4% van de gevallen de zorg voor GGZ Wonen-5 (1190).

TOTAAL GGZ 1.966.000 PERSONEN



Figuur 1: omvang totale GGZ t.o.v. GGZ-wonen

- 14 Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). Uitgaven gezondheids- en welzijnszorg; zorgtypes en financiering (tabel 86026NED). StatLine. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/86026NED/table>
- 15 Hiermee wordt bedoeld: de totale populatie in Nederland die zorg ontvangen gerelateerd aan hun beperking vanuit de Zvw, Wlz, Jeugdwet en/of Wmo.
- 16 WLZ-indicatie. (n.d.). De Staat Van Volksgezondheid En Zorg. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/zorg-met-verblijf-indicatie>
- 17 <https://ciz.databank.nl/>
- 18 Zorggebruik vanwege psychische problemen of alcohol-of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden bij de Algemene Gezondheidszorg (AGZ): Huisartsenzorg (inclusief praktijkondersteuner GGZ of GGZ-verpleegkundige in de huisartsenpraktijk) en overige zorg, namelijk bedrijfsarts of ARBO-arts, maatschappelijk werker, instelling voor thuiszorg of wijkverpleging, fysiotherapeut of haptonoom, medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de AGZ.
- 19 <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/zorggebruik/zorggebruik-in-de-afgelopen-12-maanden/#meercijfersAGZ>

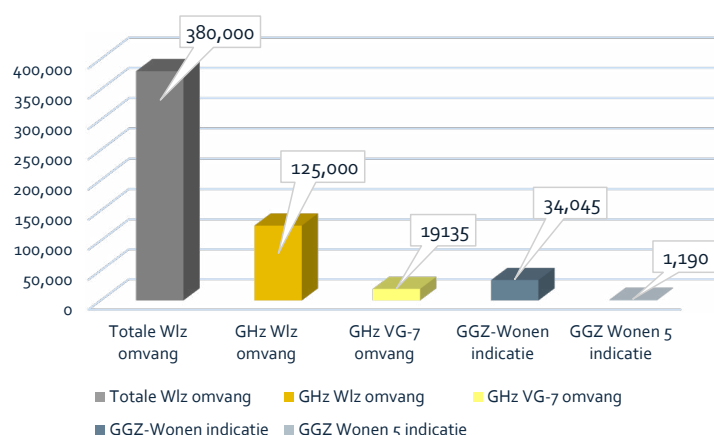


Om beide sectoren kort te vergelijken het volgende: deze cijfers betekenen dat de totale omvang VG-7 (19.135) 16 keer groter is dan de Wonen-5 doelgroep (1190). Kijkend naar de omvang Wlz per sector dan valt op dat 15% van de GHZ de zorg voor de VG-7 doelgroep betreft. En dat 3,4% in de GGZ de zorg voor mensen met een Wonen-5 indicatie betreft. Het contrast tussen beide sectoren is het grootst wanneer gekeken wordt naar de totale omvang van de sector. Dan valt op dat slechts 0,5% van de totale GGZ betrekking heeft op Wonen 5.

Er is geen objectief aantal gevonden van het aantal mensen in de totale gehandicaptenzorg. Gegeven het feit dat 84% van de financiering van de gehandicaptenzorg Wlz zorg betreft kan wel gesteld worden dat de procentuele omvang van de VG-7 doelgroep fors groter is binnen de GHZ dan de Wonen-5 doelgroep binnen de GGZ.

Doordat de doelgroep zich verspreidt over meerdere sectoren en de cijfers niet altijd up-to-date zijn maakt dit het moeilijk om feitelijk vast te stellen hoe groot de doelgroep daadwerkelijk is. Hierover kunnen slechts aannames worden gedaan, bijvoorbeeld de aanname dat de omvang in de praktijk vele malen groter is dan wat de cijfers laten zien. Wat wel objectief vast te stellen is dat er 19.135 VG7 cliënten in de GHZ zorg ontvangen ten opzichte van 1190 GGZ-Wonen 5 cliënten in de GGZ.

VERHOUDING OMVANG WLZ PER GHZ VG EN GGZ WONEN



Figuur 2: verhouding omvang Wlz per sector

Kortom, diverse bronnen laten zien dat er kennelijk een doelgroep is die zich lijkt te verspreiden over twee (dominante) zorgdomeinen, GHZ en GGZ, en dat tekortkomingen in het zorgsysteem resulteren in een situatie dat deze doelgroep regelmatig tussen wal en schip valt. Instellingen weten niet goed waar ze thuishoren en schuiven hen soms door. Dit verergert mogelijk de problematiek; gedrag en signalen van personen worden niet herkend en adequaat behandeld, wat mogelijk leidt tot herhaaldelijk negatieve ervaringen met zorgverlening. Daarnaast zijn deze mensen verspreid over verschillende zorgdomeinen, terwijl de beschikbare woonzorgcapaciteit daar – in veel gevallen – niet op aansluit.



In elk geval is helder dat het essentieel is dat GHZ en GGZ beter zouden moeten samenwerken om deze doelgroep van goede zorg te voorzien. Tot op heden blijkt dit gecompliceerd om te realiseren, ondanks de diverse onderzoeksrapporten die de afgelopen jaren zijn verschenen (Trimbos, 2022; Trimbos, 2024) die ingaan op de oorzaken, belemmerende oorzaken, en mogelijke oplossingsrichtingen.

De GHZ en GGZ zijn twee aparte werelden, met elk hun eigen manier van werken, een andere manier van zorgprofiel bekostiging, kennis en perspectief. Toch hebben beide sectoren elkaar hard nodig om mensen met een complexe zorgvraag tijdig de juiste ondersteuning te bieden. Uit recent onderzoek²⁰ van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) blijkt echter dat het voor zorgkantoren juist voor deze groep steeds lastiger wordt om aan hun zorgplicht te voldoen. De belangrijkste conclusies uit dat rapport zijn:

- 1. Zorgkantoren en zorgaanbieders hebben moeite om snel een passende plek te vinden voor deze mensen. Dat komt doordat het niet altijd duidelijk is of de zorg vooral moet gaan over een (licht) verstandelijke beperking, over psychiatrische behandeling, of over een combinatie van beide.**
- 2. De omstandigheden waarin de zorg wordt gegeven zijn heel belangrijk voor het welzijn en de levenskwaliteit van de persoon. Maar wat die omstandigheden precies moeten zijn, is vaak nog onduidelijk bij de start van de zorg.**

Mensen met een complexe(re) zorgvraag hebben immers vaak ondersteuning nodig die zich niet laat ordenen vanuit één hokje. De zorgvraag gaat over meerdere sectoren heen, terwijl het zorgaanbod vaak eendimensionaal wordt beredeneerd^{21 22}. Doordat de zorg- en ondersteuningsbehoefte vanaf de start veelal niet integraal wordt gezien, blijft passende zorg en ondersteuning uit. Volgens geïnterviewden uit de praktijk leidt dat – vroeg of laat – tot een verergering van de problematiek en daarmee de zorgvraag. Een bron die deze stelling direct kwantitatief onderbouwd is niet gevonden, er is slechts een trend waargenomen in de TNO-trendanalyse VG-zorg die een toename van complexe co-morbiditeit (psychische stoornis in combinatie met verslaving en LVB) in zowel de VG- en GGZ-sectoren beschrijft²³.

In het Rapport van het Trimbos-instituut uit 2021 vanuit het GHZ-perspectief wordt er over de samenwerking met de GGZ aangegeven dat “vrijwel alle instellingen (91%) op ad-hoc basis (extern) samenwerken in de zorg voor bewoners met psychiatrische problematiek. Meestal met een AVG-polikliniek of met een GGZ-instelling (inclusief PAAZ, APZ)”. De belangrijkste verbeterpunten liggen in een gelijkwaardiger en meer structurele samenwerking. Samengevat: het gebrek aan integrale zorg leidt tot meer zorg én het lukt tot op heden niet om de toenemende problematiek structureel aan te pakken.

20 Onderzoek: invulling zorgplicht voor cliënten op snijvlak gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. (2024). Nederlandse Zorgautoriteit. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_775336_22/1/

21 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 2 oktober). Zienswijze invulling zorgprofiel ggz-Wonen 5. Regelhulp. <https://www.regelhulp.nl/actueel/nieuws/2023/10/2/zienswijze-zorgprofiel-ggz-wlz>

22 Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2024). Hoor mij nou! – Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren en Leren bij mensen met complexe zorgvragen. Den Haag: RVS.

23 Van Staalduinen, W., ten Voorde, F. (2011).Trendanalyse. TNO. https://www.tno.nl/media/2162/trendanalyse_verstandelijk_gehandicaptenzorg.pdf



1.2 WAT IS DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN DIT ONDERZOEK?

Over het voorliggend vraagstuk is een veelvoud van boeken, diverse onderzoeken en publicaties geschreven, onder andere door het Trimbos^{24 25}. Er zijn ook diverse bijeenkomsten (denk hierbij aan o.a. kennissessies van platform EVB+, Congres Psychiatrie in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, *Where Mental Health Care and Disability Care Meet: Research as way to improve Daily practice* en projecten (Doorbraakproject LVB) georganiseerd. Daarbij rijst de (legitieme) vraag: wat voegt dit onderzoek toe?

Dit onderzoek onderscheidt zich door de focus op het veranderkundige perspectief: wat is er nodig om tot een doorbraak te komen? De voorgestelde acties en maatregelen zijn gestoeld op en onderbouwd vanuit veranderkundige expertise, ervaring en onderliggend wetenschappelijk onderzoek. We geven aan waar het aan schort, wat de benodigde interventies zijn en welke rollen wij in dit proces weggelegd zien voor specifieke partijen.

Dit betekent ook dat dit onderzoek niet ingaat op de obstakels tussen de GHZ en GGZ om tot een samenwerking te komen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan harde aspecten zoals de verschillende wet -en regelgeving en financiering en ook zachte(re) aspecten zoals verschillende perspectieven op dezelfde doelgroep, verschillende opleidingsachtergronden en een andere professionele taal. Deze zijn immers jaren geleden al beschreven én, nog belangrijker, bij nagenoeg elke professional bekend. Dit onderzoek wil juist duiden wat ervoor nodig is om wél tot grootschalige doorbraken te komen.

Gegeven de toename van zorg en de uitdagingen om dit betaalbaar te organiseren zullen samenwerkingsverbanden in de komende periode in toenemende mate van belang zijn. Dit speelt niet alleen in de gezondheidszorg maar ook in o.a. gebiedsontwikkeling, woningbouw en energietransitie. Dit onderzoek is daarom ook relevant voor diverse andere gewenste vormen van samenwerking in onze samenleving.

1.3 AANLEIDING, SCOPE EN ONDERZOEKSVRAGEN

Dit onderzoek is een onderdeel van de bestuurlijke afspraken complexe zorg binnen de Toekomstagenda Gehandicaptenzorg. Eén van de prioriteiten binnen dit traject is 'Zorg en ondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek'.

24 Van Rooijen, S., Knispel, A., Van Hoof, F., Kroon, H., Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sonja van Rooijen, Aafje Knispel, Frank van Hoof, & Hans Kroon. (2016). *Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen: Verkenning van praktijkvoorbeelden*. Trimbos-instituut, Utrecht. <https://www.trimbos.nl/docs/af1497-samenwerking-ggz-en-sociaal-domein-voor-mensen-met-ernstige-psychische-aandoeningen.pdf>

25 Lempens, A., Zwanenburg, B., Bransen, E., Kroon, H., Planije M. (2023). *Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek*. Trimbos-instituut, Utrecht. <https://www.trimbos.nl/kennisbank/af2010-samenwerking-en-kennisdeling-tussen-de-verstandelijk-gehandicaptenzorg-en-ggz-bij-bewoners-met-psychiatrische-problematiek/>



Binnen dit onderdeel zijn de volgende vijf ambities geformuleerd:

1. Een gezamenlijke visie op de zorgbehoeften van de GHZ VG7(+) en GGZ-Wonen 5 doelgroep;
2. Samenwerking: De GHZ en GGZ gebruiken elkaars expertise wanneer nodig, op de plek die voor de cliënt passend is. Hier zijn bestuurlijke afspraken over gemaakt tussen VGN en de Nederlandse ggz;
3. De GHZ en GGZ leren van elkaar;
4. In opleidingen is voldoende aandacht voor mensen met multiproblematiek, kennis en expertise wordt vergroot in beide sectoren;
5. Op 'meer' plekken is het mogelijk om zorg van beide sectoren te ontvangen.

Met de opbrengsten van dit onderzoek leveren wij een bijdrage aan de realisatie van de eerste drie ambities. Adviseurs van het organisatieadviesbureau TEN HAVE Change Management (hierna: THCM - voor meer informatie zie bijlage B) zijn eind 2024 met de VGN en De Nederlandse ggz over dit vraagstuk in gesprek gegaan. Vanuit onze veranderkundige expertise en sterke verbinding met onderzoek en wetenschap hebben wij de ambitie om een bijdrage te leveren aan dit vraagstuk. In dit gesprek is besloten dat THCM in 2025 een *Veranderkrachtonderzoek* uitvoert, met als doel om op antwoorden op de samenwerkingsvraag te komen.

Doel van dit onderzoek was inzicht te verkrijgen in de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking tussen de GHZ en GGZ in de zorg voor bewoners met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in de intramurale setting, om vanuit daar met passende veranderinterventies te komen om dit vraagstuk aan te pakken. De scope van dit onderzoek gaat over de veranderkundige en organisatiekundige aangrijpingspunten voor een doordachte verandering. En gaat daarmee niet op een medisch inhoudelijk perspectief.

De kern van het vraagstuk is: wat maakt dat een doordachte duurzame samenwerking tussen de GHZ en GGZ onvoldoende van de grond komt, terwijl de objectieve belemmerende oorzaken al meermaals zijn vastgesteld. En welke interventies zijn nodig om tot een doorbraak te komen?

Daarbij gelden de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe werken organisaties in de GHZ momenteel samen met de GGZ (en andersom) in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een intramurale setting? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierin?
2. Welke aanpakken of interventies zijn effectief gebleken om de samenwerking te verbeteren, en wat lag hieraan ten grondslag?
3. Op basis van bovenstaande: wat zijn duurzame veranderinterventies om de samenwerking tussen de GHZ en GGZ voor deze doelgroep te verbeteren?

Deze rapportage is geschreven voor bestuurders, managers en beleidsmakers en voor alle andere betrokkenen die vanuit hun rol een bijdrage kunnen leveren aan het samenwerkingsvraagstuk tussen de GHZ en de GGZ.



1.4 LEESWIJZER

In hoofdstuk 2 wordt gestart met de veranderdiagnose, een diagnose die gesteld is op basis van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op zes werkende elementen die in de huidige succesvoorbeelden hebben geleid tot een doorbraak binnen de huidige systeemgrenzen (wet- en regelgeving en financiën). In hoofdstuk 4 is het tijd voor een intermezzo, veel van de verkregen informatie uit de interviews is immers niet nieuw en daarmee rijst de vraag: is er wel voldoende oprechte wil om de problematiek écht aan te pakken? Tot slot, worden in hoofdstuk 5 aanbevelingen gedaan op verschillende niveaus: van landelijke regie en gezamenlijke visie tot regionale samenwerking, scholing en aanpassing van wet- en regelgeving. In hoofdstuk 6 wordt afgesloten met een reflectie. In de rapportage wordt telkens gesproken over de samenwerking tussen de GHZ en GGZ, hiermee wordt bedoeld; de samenwerking tussen GHZ en GGZ ten behoeve van een integraal aanbod voor de VG7 en Wonen-5 doelgroep.

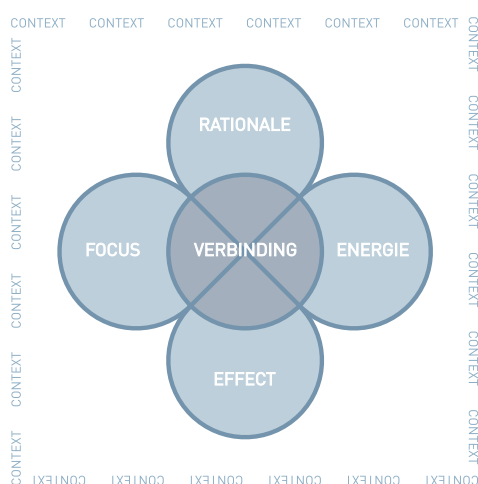
2. VERANDERKRACHT- DIAGNOSE



2. VERANDERKRACHTDIAGNOSE

In dit hoofdstuk wordt gestart met het totaalbeeld van de diagnose aan de hand van het Veranderkrachtmodel. Dit model wordt toegelicht in de eerste paragraaf. Vervolgens wordt een beknopte toelichting gegeven op de totstandkoming van deze diagnose. Afsluitend wordt dieper ingegaan op de afzonderlijke factoren.

2.1 KORTE TOELICHTING VERANDERKRACHT



Figuur 3: het Veranderkrachtmodel

Op basis van langjarig onderzoek heeft TEN HAVE Change Management het 'Veranderkrachtmodel' (figuur 3) ontwikkeld. Dit model bevat vijf factoren die het succes bepalen van elk soort verandering. De effectieve combinatie van die vijf factoren heet: Veranderkracht²⁶: een verandering valt of staat met de aanwezige Veranderkracht.

Veranderkracht bestaat uit een combinatie van een verandervisie ('wat wil je bereiken') en verandercapaciteit ('hoe ga je dat bereiken'). De verandervisie is de verticale as van rationale en effect en de verandercapaciteit is de horizontale as van focus en energie. Een integraal veranderproces brengt de verbinding aan tussen de beoogde visie en benodigde capaciteit. Dit maakt het mogelijk om de verandering op consistente wijze te implementeren en (bij) te sturen op de realisatie van de veranderdoelen.

De factoren uit het Veranderkrachtmodel betekenen het volgende:

- Rationale:** Het idee achter de verandering (het 'waarom'), en moet zowel logisch als aansprekend zijn. Ook wel: is mijn veranderverhaal duidelijk en aansprekend?
- Effect:** De (on)gewenste gevolgen van de verandering in termen van resultaten, kosten, opbrengsten, gevoelens, emoties en percepties. Ook wel: ben ik mij bewust van alle consequenties van de verandering?
- Focus:** De 'harde' en 'zachte' kaders die de verandering moeten ondersteunen, zoals structuren, systemen, organisatiewaarden en taakomschrijvingen van medewerkers. Ook wel: wordt het gewenste gedrag gestimuleerd door de kaders die er zijn?
- Energie:** De kennis, vaardigheden, ervaring en motivatie van medewerkers én beschikbaarheid van tijd, geld en andere middelen om de verandering te realiseren. Ook wel: heb ik mensen en middelen goed toegewezen?
- Verbinding:** De integrale sturing en vormgeving van het veranderproces en de mate waarin de betrokkenen onderling in contact zijn met elkaar en verbinding zoeken. Ook wel: heb ik een goed proces ingericht, zodat ik op de verandering kan sturen?

Meer achtergrond en informatie over Veranderkracht is terug te vinden in [bijlage C](#).

26 Ten Have, S., ten Have, W., Huijsmans, A-B., & van der Eng, N. (2013). Veranderkracht: Succesvol doelen realiseren. *Mediawerf*.



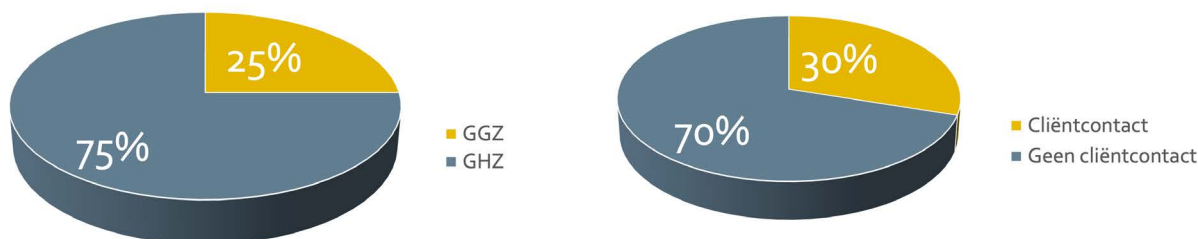
2.2 ONDERZOEKSMETHODEN

Om tot de diagnose te komen, heeft een kwantitatief onderzoek én een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden onder diverse GHZ en GGZ-organisaties. In [bijlage D](#) worden de deelnemende organisaties weergegeven.

Kwantitatief onderzoek

Dit onderzoek is gestart met een kwantitatieve analyse om een algemeen beeld van het vraagstuk te verkrijgen. Hiervoor is een digitale vragenlijst uitgezet bij diverse GHZ- en GGZ-instellingen. Uiteindelijk hebben 46 GHZ-organisaties en 20 GGZ-organisaties een bijdrage geleverd. De antwoorden op de vragenlijst zijn vervolgens gekwantificeerd en geven een algemeen inzicht in de antwoorden op de volgende vragen: 1) wat goed gaat en wat minder goed gaat in de samenwerking tussen GHZ en GGZ, 2) wat daarvan de oorzaken of problemen zijn, en 3) welke mogelijkheden er zijn om de samenwerking te verbeteren. Inzicht in de uitkomsten van dit onderzoek zijn zichtbaar in bijlage E.

De respons op de meting is relatief hoog: 107 ingevulde (en bruikbare) vragenlijsten (28%). Hierin valt op dat 75% van de ingevulde vragenlijsten uit de GHZ komen en dat 70% van de respondenten geen direct cliëntcontact heeft (figuur 2).



Figuur 4: Respondenten

Kwalitatief onderzoek

Op basis van de uitkomsten van het kwantitatief onderzoek zijn verdiepende gesprekken gevoerd met verschillende betrokkenen, zoals medewerkers van de GHZ- en GGZ-instellingen, zorgkantoren en andere partijen zoals VWS en NZa. In deze gesprekken werd verdiept op goede en minder goede voorbeelden van samenwerking, met als doel te onderzoeken wat daarbij helpt of juist niet en wat we daarvan kunnen leren. Na de interviews met een bredere groep stakeholders zijn er enkele verdiepende gesprekken gevoerd met betrokkenen bij huidige succesvoorbeelden, om met hen de werkende elementen van deze voorbeelden verder te verkennen en van duiding te voorzien.

Er zijn interviews gehouden bij vijf GHZ-organisaties en bij zes GGZ-organisaties. De meeste interviews zijn gehouden in de vorm van een groepsgebesprek van ca. drie personen. In totaal zijn er ongeveer 50 personen geïnterviewd.



Alvorens ingegaan wordt op het totaalbeeld van de diagnose worden enkele quotes die aansluiten bij veelgehoorde opmerkingen uit de interviews geordend langs de factoren van het veranderkrachtmodel.

CONTEXT

"er wordt zoveel onderzocht en geschreven, ik kan het niet bijhouden"

"wij zijn gewoon begonnen doordat we de juiste mensen bij elkaar wisten te brengen en wij zoeken zelf wel een weg binnen de grenzen van het systeem"

FOCUS

"onze (GGZ) organisatie richt zich eigenlijk niet op deze doelgroep"

"het is onhandig dat de WZD en de WVGGZ verschillen, dat leidt tot verschillende beleidskaders"

"wij (GHZ organisatie) zijn terughoudend voor deze doelgroep omdat we er financieel op leeg kunnen lopen"

"ik merk dat wij – als zorgprofessionals – elkaar echt wel weten te vinden als de nood aan de man is, dat ontstaat nu vaak uit veelvoorkomende crisissituaties"

"er zijn zoveel obstakels aan te wijzen dat er altijd wel een reden te vinden is waarom samenwerken echt lastig is"

RATIONALE

"ik zie wel in dat dit een heikel vraagstuk is"

"het is eigenlijk bizar dat wij dit in Nederland niet goed weten te organiseren"

ENERGIE

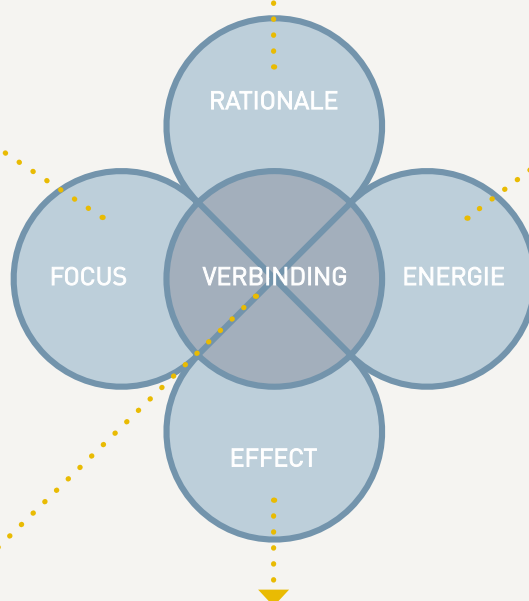
"men vindt het lastig om zich te bekwamen in een andere doelgroep"

"wij lopen nu al over, ik zie niet in hoe we deze doelgroep er ook nog bij zouden kunnen nemen"

"onze mensen vinden het lastig hoe ze om moeten gaan met een cliënt die bijvoorbeeld in een psychose raakt"

"wij (GHZ organisatie) zijn hierin echt afhankelijk van psychiaters die ons hierbij ondersteunen, tot op heden kunnen we daar nog onvoldoende op bouwen"

"wij (GHZ én GGZ organisaties) beschikken niet over de juiste woonvoorzieningen"



VERBINDING

"in onze regio hebben we met de ene partij hele fijne samenwerkingsverbanden en met de andere juist niet, vaak zit het simpelweg in vertrouwen"

"ik heb niet het idee dat mijn organisatie nu druk is met een gestructureerde aanpak"

EFFECT

"ik heb mijn handen al vol genoeg dus ik ben nu vooral op zoek naar oplossingen waar ik snel mee geholpen ben"

"we hebben in het verleden een dergelijke samenwerking opgezet maar die is gestrand toen er nieuwe mensen bij kwamen"

Figuur 5: Enkele Quotes uit interviews, deze komen terug in de toelichting per factor vanaf paragraaf 2.3.1



2.3 DIAGNOSE TOTAALBEELD

Op basis van kwantitatief en kwalitatief onderzoek is een totaalbeeld van de veranderdiagnose opgesteld. Hieronder wordt de hoofdboodschap weergegeven. Vanaf paragraaf 2.3.1. wordt dieper ingegaan op elke factor en de onderliggende aandachtspunten. Wat allereerst opvalt in de data is dat nagenoeg alle organisaties (ongeacht GHZ of GGZ) redelijk positief scoren op de factoren. Gemiddeld scoren ze op de verschillende elementen een cijfer tussen de 3.4 en 4.4 (op een schaal van 1 t/m 5). Uit de uitkomsten blijkt dat veel overeenkomende vraagstukken en uitdagingen dwars door alle organisaties heen bestaan, met mogelijk dezelfde onderliggende, verklarende factoren. Men geeft dus enerzijds aan dat zij redelijk positief zijn over de benodigde veranderkracht binnen hun eigen organisatie. Anderzijds wordt ook aangegeven dat een structurele duurzame samenwerking uitblijft. Op basis hiervan kan de voorzichtige conclusie getrokken worden dat organisaties naar elkaar wijzen als reden voor het onvoldoende komen tot een duurzame samenwerking. In onderstaande alinea's wordt de hoofdconclusie per factor beschreven. In de onderliggende paragrafen wordt elke factor grondiger toegelicht.

Context

Na de Tweede Wereldoorlog is er een apart zorgsysteem voor mensen met een verstandelijke handicap ontwikkeld, dat bestaat uit "middelen en inspanningen die voorzien in behoeften die specifiek zijn voor mensen met een verstandelijke handicap en hun omgeving"²⁷. De scheiding tussen de GHZ en de GGZ wordt vaak verklaard vanuit de wens om zorg te organiseren rond de specifieke behoeften van mensen met psychiatrische problematiek enerzijds en mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking anderzijds¹⁹. De ongewenste effecten van deze scheiding komen tot uitdrukking in het voorliggende vraagstuk. Beide domeinen hebben logischerwijs hun eigen culturen en beeldvorming over cliëntdoelgroepen, hebben hun eigen professionele taal en opleiding, kennen verschillende wetten over gedwongen zorg. Daarnaast dwingt de huidige Wlz-indicatiestelling tot één antwoord op de vraag: wat is voorliggende problematiek. In een onderzoek uit 2019 wordt beschreven dat er in de praktijk een duidelijke kloof en verschillende paradigma's bestaan tussen de GHZ en GGZ²⁸. Tijdens het congres 'Psychiatrie in de gehandicaptenzorg' van VGN op 27 mei 2021^{29 30} werd het volgende geconcludeerd: "de scheiding van de psychiatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg is een historische fout geweest. Gelukkig bewegen beide sectoren meer en meer naar elkaar toe in het belang van de cliënten, maar er is nog veel te winnen".

Een meervoudige zorgbehoefte vraagt om een meervoudige aanpak, op alle lagen én over de grenzen van organisaties heen. Wat in algemene zin opvalt uit de interviews is dat organisaties tot op heden hoofdzakelijk vanuit één perspectief kijken naar de zorgbehoefte. Waar het volgens de respondenten in grote mate aan schort is het kunnen beantwoorden van een integrale vraag met een integrale oplossing. Deze scheiding moet op onderdelen hersteld worden om een integrale oplossing te kunnen bieden, want de meervoudige vraag blijft bestaan.

27 Beltman, H. (2001). Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000. s.n

28 Wieland, J., Denayer, A., & Van Amelsvoort, T. A. M. J. (2019). Geestelijke gezondheidszorg voor mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking. Tijdschrift voor Psychiatrie, 61(11), 819-824.

29 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (27 mei, 2021). VGN-congres: Psychiatrie en gehandicaptenzorg buigen empathisch naar elkaar toe. VGN. <https://www.vgn.nl/nieuws/vgn-congres-psychiatrie-en-gehandicaptenzorg-buigen-empathisch-naar-elkaar-toe>

30 (H)erkennen van psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. (27 mei 2021). Congres psychiatrie in de gehandicaptenzorg. https://www.vgn.nl/system/files/2021-07/E-Magazine%20Congres%20Psychiatrie%20in%20de%20GHZ_1.pdf



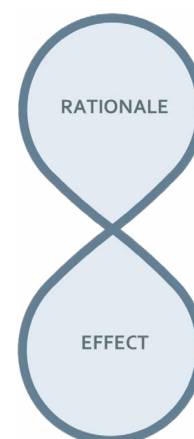
Op basis van de kwantitatieve analyse en het kwalitatieve onderzoek worden onderstaande hoofdconclusies getrokken. Deze worden nader per factor van het Veranderkrachtmodel uitgewerkt vanaf paragraaf 2.3.1.

RATIONALE

Het valt op dat er een gebrek is aan één gezamenlijke visie – over de domeinen heen – op deze doelgroep. De urgentie om tot één visie te komen is daarnaast sterker voor de GHZ dan voor de GGZ. Over het algemeen begrijpt men waarom verandering nodig is om voor deze doelgroep het verschil te maken. Alleen is het waarom niet aansprekend, omdat men aangeeft afhankelijk te zijn van andere organisaties waarin zij onvoldoende vertrouwen hebben dat ze zich gezamenlijk committeren aan deze doelgroep. Daarmee is de verandering ‘onaansprekend’.

EFFECT

Het valt op dat het beoogde effect van een verbeterde samenwerking tussen GHZ en GGZ ondoordacht is. Men geeft aan onvoldoende beeld te hebben wat de verandering voor hen gaat betekenen, hoe zij eraan kunnen bijdragen en op welke resultaten gestuurd gaat worden. Daarmee is de verandering ‘onaantrekkelijk’.



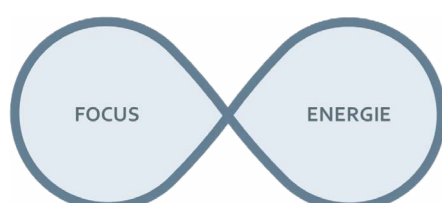
Figuur 6: Verandervisie

FOCUS

Hierin valt op dat het organiseren van een verbeterde integrale samenwerking voor deze doelgroep voor veel organisatie geen strategische prioriteit lijkt te hebben, dat de organisaties hier gezamenlijk onvoldoende voor ingericht zijn. Dat de kaders waarbinnen men nu werkt contraproductief werken voor het realiseren van de verandering, denk hierbij aan wetgeving, indicatiestelling en financiële stuurmechanismen. Dit leidt ertoe dat de verandering ongericht is. Respondenten geven aan niet te weten hoe ze deze verandering – samen met andere organisaties – moeten gaan realiseren/uitvoeren/aanpakken (focus). Dit betekent dat de verandering ‘ongericht’ is.

ENERGIE

Het valt op dat men aangeeft dat er weliswaar sprake is van draagvlak voor dit vraagstuk, maar er is een groot gemis aan integrale kennis over beide domeinen (GHZ en GGZ) heen. Men voelt handelingsverlegenheid, zowel binnen de GHZ als GGZ. Dit leidt tot een houding waarin men aangeeft niet te weten hoe zij dit kunnen waarmaken. Ook geeft men aan dat er onvoldoende sprake is van leiderschap – over de domeinen heen – die organisaties en medewerkers begeleiden en meenemen in dit vraagstuk (energie). Dit betekent dat er sprake is van ‘onvermogen’ om de verandering te realiseren.



Figuur 7: Verandercapaciteit



VERBINDING

Tot slot moeten de verandervisie en de verandercapaciteit worden verbonden vanuit een overkoepelende veranderagenda en zichtbare sturing op deze verandering.

Hierin valt op dat men aangeeft het gevoel te hebben dat niemand echt het overzicht heeft over de problematiek en daarmee ook niet over de aanpak om dit gezamenlijk op te lossen. Op meta niveau (landelijk) lijkt niemand zich echt verantwoordelijk te voelen, en is er een gebrek aan regie en inzicht over de status van de verandering op landelijk niveau. Dit betekent dat de verandering 'ongecoördineerd' is.



Figuur 8: Verbinding

Samengevat: er is sprake van een onvolledige verandervisie, onvoldoende verandercapaciteit en er is geen sturing op het vraagstuk. De diagnose van de verandering laat zich het best typeren als onaansprekend, onaantrekkelijk, ongericht en ontoereikend waardoor het als geheel ongecoördineerd is en plaats vindt in een context die ongereguleerd is. Dit wordt weergegeven in de figuur op de volgende pagina.



Weergave totaaldiagnose - enkele kern-constateringen per factor

CONTEXT

ONGEREGULEERD

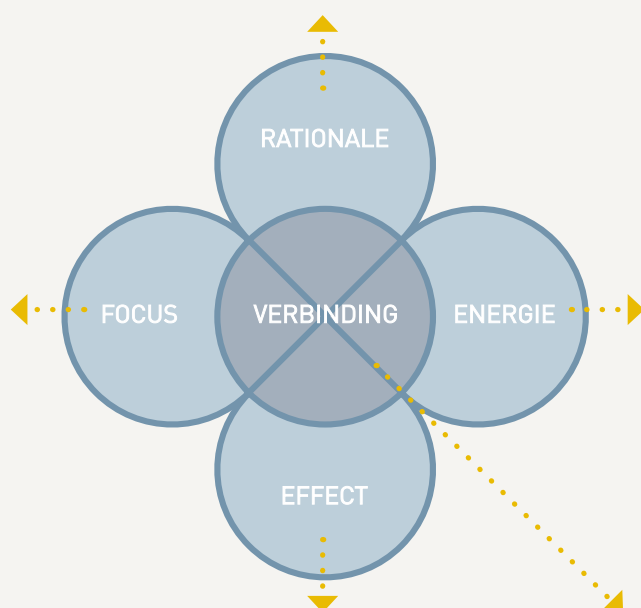
1. Niemand is ervan en er spelen afwijkende belangen,
2. Men wijst naar elkaar,
3. Information overload

ONAANSPREKEND

1. Het probleem is niet nieuw, er is bewustzijn dat er iets moet veranderen
2. Behoeftte aan gemeenschappelijke visie
3. Gevoel van ongelijk urgentiebesef
4. Risico op future shock

ONGERICHT

1. Behoeftte aan prioriteitstelling
2. Onvoldoende bekrachtigende kaders
3. Fundamentele waardeverschillen,
4. Behoeftte aan een gemeenschappelijke organisatie(vorm)



ONTOEREIKEND

1. Er is wel draagvlak
2. Behoeftte aan integrale kennis en kunde
3. Structurele tijd en middelen schaarste
4. Behoeftte aan leiderschap
5. Onvoldoende passende woonvoorzieningen

ONAANTREKKELIJK

1. Behoeftte aan perspectief
2. Behoeftte aan een gemeenschappelijk beeld
3. Vanuit de eigen ervaring genoeg redenen om niet in beweging te komen
4. Behoeftte aan inzicht in resultaat en activiteiten

ONGECOÖRDINEERD

1. Behoeftte aan landelijke regie en overleg
2. Behoeftte aan eigenaarschap,
3. Synergievoordelen worden niet benut

Figuur 9: Totaaldiagnose

In de volgende paragrafen worden de kern-constateringen per factor geduid. De toelichtingen per factor zijn gebaseerd op de kwantitatieve data en interviews en geven de rode draden uit de gesprekken weer. Dat wil zeggen dat een opmerking, door één enkele respondent, niet is meegenomen. In de uitgewerkte tekst wordt op enkele plekken ook een veranderkundige duiding gegeven. In hoofdstuk 6 volgt een uitgebreidere reflectie vanuit drie perspectieven. In de rapportage wordt telkens gesproken over de samenwerking tussen de GHZ en GGZ, hiermee wordt bedoeld; de samenwerking tussen GHZ en GGZ ten behoeve van een integraal aanbod voor de VG7 en Wonen-5 doelgroep.



2.3.1 CONTEXT

1. Niemand is ervan en er spelen afwijkende belangen

In het geval van de benodigde samenwerking zijn er heel veel stakeholders betrokken met dezelfde, maar soms ook afwijkende belangen. Er is binnen dit stakeholderveld géén partij waarvan gezegd kan worden; zij zijn eigenaar van dit vraagstuk. Met andere woorden: het vraagstuk is van iedereen en daarmee in de praktijk ook van niemand. Al deze verschillende stakeholders kennen vervolgens ook weer een eigen dynamiek en context (wet- en regelgeving en financiering) die andere verwachtingen en eisen stelt. Hierdoor ontstaat een lappendeken van overeenkomende en afwijkende belangen zonder dat écht helder is wie ervan is. Het oplossen van het daadwerkelijke probleem gaat hierdoor te traag terwijl er voldoende onderzoek is uitgevoerd naar de belemmerende factoren in deze samenwerking. Tegelijkertijd lukt het op kleinere schaal wel om stappen voorwaarts te maken: *“we zijn gewoon begonnen doordat we de juiste mensen bij elkaar wisten te brengen en wij zoeken zelf wel een weg binnen de grenzen van het systeem”*. Meer inzicht in de werkbare elementen van succesvoorbeelden staan in hoofdstuk 3.

2. Men wijst naar elkaar

Doordat een duurzame oplossing complex is én veel stakeholders betreft (*“wij kunnen dit niet alleen en hebben hier écht anderen voor nodig die niet in beweging willen komen”*) heeft men de neiging om de probleemoplossing buiten zichzelf te plaatsen. Dit wordt onderstreept door een opvallende kwantitatieve bevinding; op basis van de data blijkt dat respondenten de eigen organisatie capabel genoeg achten om deze duurzame samenwerking te realiseren. Met andere woorden, het probleem ligt bij de ander, niet bij ons (in psychologische termen: *externalisatie*). Zodra de meerderheid van de stakeholders deze positie inneemt leidt dit logischerwijs tot onvoldoende daadkracht en het uitblijven van (structurele) verandering. Dit resulteert in een situatie dat iedereen naar elkaar wijst en er per saldo onvoldoende daadkracht is om ‘uit de rij te stappen’. Het is logisch verklaarbaar menselijk gedrag om een oorzaak voor een probleem in eerste instantie bij de ander te leggen. Wij mensen zijn namelijk geneigd om onze eigen sociale systemen – en de bijbehorende normen, regels en sociale structuren ervan (cultuur) – als legitiem te zien en te verdedigen, zelfs wanneer we worden geconfronteerd met informatie die het tegenovergestelde suggereert (*system justification*³¹). Positieve effecten op het vraagstuk schrijven we aan onszelf toe, terwijl we negatieve effecten eerder aan de ander toeschrijven. Dit wordt ook geconstateerd op basis van de interviews, in nagenoeg ieder gesprek wordt in eerste instantie gesproken over andere instanties, zoals VWS, NZa of Zorgkantoren óf er wordt gerefereerd aan de wens dat een collega organisatie (hetzij GHZ of GGZ) over de brug moet komen om de eerste stap te zetten. Slechts in een enkel gesprek werd in beginsel naar het functioneren van de eigen organisatie gekeken.

31 Onderzoek uit 2011 Concludeerde vanuit het perspectief van system justification is aangetoond dat mensen gemotiveerde psychologische processen uitvoeren die de status quo versterken en ondersteunen.
Kay, A. C., & Friesen, J. (2011). On social stability and social change: Understanding when system justification does and does not occur. *Current Directions in Psychological Science*, 20(6), 360–364.



3. Information overload

In de vele gesprekken viel op dat men een *information overload* van onderzoeken en adviezen ervaart; *“er wordt zoveel onderzocht en geschreven, ik kan het niet bijhouden”*. Hier wordt overwegend op twee manieren op gereageerd; ofwel men laat het aan zich voorbijgaan (kop in het zand) óf men is geneigd selectief te zijn in de zaken waaraan zij zelf aandacht schenken. Betrokkenen zijn gericht op hun eigen ‘eilandje’ en zien niet altijd de bredere context en de complexiteit van het vraagstuk. Tegelijkertijd heeft men wel behoefte aan overzicht en sturing.

Samengevat: de context van het vraagstuk laat zich duiden als een veelkoppig probleem (‘wicked problem’) waarbij aspecten als cultuur, wet- en regelgeving meespelen en op elkaar inspelen.

2.3.2 RATIONALE

De Rationale gaat over het ‘waarom’ van de verandering: dit moet logisch én aansprekend zijn. We noemen de rationale ook wel het ‘grote verhaal’ van de verandering. Over het algemeen kan de rationale getypeerd worden als ‘onaansprekend’. Hierin vallen de onderstaande punten op.

1. Het probleem is niet nieuw, er is bewustzijn dat er iets moet veranderen

Alle betrokkenen zijn doordrongen van het feit dat er voor deze specifieke doelgroep een structurele oplossing geboden moet worden. Wat regelmatig terugkwam in gesprekken was een soortgelijke uitspraak als deze: *“ik zie wel in dat dit een heikel vraagstuk is”* en *“het is eigenlijk bizar dat we dit in Nederland niet goed weten te organiseren”*. Kortom, dat het een probleem is, dat staat buiten kijf. De respondenten geven aan dat met name het ‘grote verhaal’ achter de samenwerking, het waarom, helder is. Ook is het voor de meesten helder wat de samenwerking moet gaan opleveren. Daarnaast vindt men het verbeteren van de samenwerking passen bij de ontwikkelingen die op dit moment in het zorglandschap spelen (95% van de respondenten).

2. Behoefte aan een gemeenschappelijke visie

Het belangrijkste knelpunt is het ontbreken van een gezamenlijke en breed gedragen visie over de verschillende sectoren heen. Uit het kwantitatieve onderzoek blijkt dat 98% van de respondenten (en dat geldt voor zowel GHZ als GGZ) begrijpt ‘waarom’ de samenwerking verbeterd zou moeten worden. Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat er een overkoepelende gemeenschappelijke visie gemist wordt, ondanks de inspanningen tot nu toe. Daarbij zijn er ook professionals die aangeven dat ze niet gaan wachten op een visie ‘van bovenaf’, omdat het uiteindelijk toch van hen ‘op de werkvloer’ moet komen.

3. Gevoel van ongelijk urgentiebesef

De respondenten van de vragenlijst geven aan dat er binnen de eigen organisatie voldoende urgentie ervaren wordt. De urgentie om beter te gaan samenwerken wordt breed onderkend, met name binnen de GHZ-organisaties. Hierin valt op dat de ervaren urgentie in de GHZ veelal hoger ligt dan in de GGZ. In de data geeft 94% van de GHZ respondenten aan dat het belangrijk is om ‘nu’ te starten met beter samenwerken ten opzichte van 80% van de GGZ-respondenten. Een kleinere groep (4%) van de GGZ-respondenten geeft aan het juist zeer oneens te zijn met de stelling: ik vind het belangrijk dat we nu starten met beter samenwerken. Het contrast over de ervaren urgentie tussen GHZ en GGZ komt in de interviews sterker naar voren. Zo geven de GHZ geïnterviewden aan dat *“de GGZ is meer in staat om de deuren gesloten te houden”*. En dat levert het gevoel op dat er sprake is van een ongelijk



urgentiebesef. Tegelijkertijd zijn er geen GGZ geïnterviewden die aangeven dat ze het gevoel hebben dat de GHZ organisatie(s) geen urgentie zien.

Veranderkundig is bekend dat een samenwerking idealiter start met een nagenoeg gelijk vertrekpunt (urgentie of ambitie vanuit een gemeenschappelijke (probleem)analyse)³². Elke samenwerking kent immers gevolgen voor de eigen autonomie, dus daar waar men 'water bij de wijn moet doen' dient dit wel op te wegen tegen ieders einddoel ('hebben we het ervoor over, is de nood voor onze organisatie dan wel hoog genoeg?')³³.

4. Risico op *future shock*

In enkele gesprekken bleek de opgave om tot een duurzame samenwerking te komen te groots en meeslepend, zo gaven meerdere geïnterviewden aan dat er zoveel (gevoelsmatig teveel) bij komt kijken om het te laten slagen. Dit werkt verlamdend en contraproductief. Denk hierbij aan kennisdeling, gemengde woonvoorzieningen, integrale indicatiestelling en een cultuurverandering. Dit noemen we ook wel *future shock*³⁴; het beeld van de geschetste toekomst en daarmee verbonden verandering is zo overweldigend dat het te veel is voor de 'ontvangers'.

Samengevat, de rationale is gedeeltelijk op orde; dát er iets moet veranderen is voor de betrokkenen in dit onderzoek wel helder. Maar er wordt niet volledig voldaan aan de voorwaarde van een sterke rationale. Er is immers een fundamenteel gemis aan een gezamenlijk urgentiebesef dat leidt tot een gezamenlijke visie. Hierdoor is de beoogde verandering onaansprekend. Dit kan een gevolg zijn van inactief leiderschap, een strategische onthouding en een gevoel van navelstaren ('disoriented'). Daarnaast is sprake van een verkeerde rationale, omdat deze door enkelen als *future shock* (te groots en meeslepend) wordt ervaren ('disagreement').

2.3.3 EFFECT

Bij Effect staat niet het 'grote verhaal' centraal, maar juist het 'kleine verhaal'. Voor de groep of het individu moet de vraag '*what's in it for me?*' – in termen van resultaten, kosten, opbrengsten, gevoelens en percepties – zo concreet mogelijk worden beantwoord. Over het algemeen kan de rationale getypeerd worden als 'onaantrekkelijk'. Hierin vallen de volgende punten op.

1. Behoefte aan (lange termijn) perspectief

Voor elke succesvolle verandering geldt dat men perspectief moet zien "*what's in it for me*"³⁵. In het voorliggende vraagstuk valt op dat het veelal ontbreekt aan perspectief voor organisaties en (zorg)professionals. Organisaties zien in eerste instantie vooral obstakels om dit voor elkaar te krijgen (bijvoorbeeld, het gebrek aan capaciteit, het gebrek aan voorzieningen en, het gebrek aan kennis en kunde) waardoor de inspanningen op korte termijn het afleggen tegen positieve effecten op langere termijn. Zolang er geen persoonlijk voordeel wordt gezien, is de kans zeer klein dat men 'instapt in een verandering' en verantwoordelijkheid neemt. Ook valt op dat men – mede gevoed door de werkdruk – op zoek is naar een korte termijn oplossing "*ik heb mijn handen al vol genoeg dus ben*

32 Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

33 Huxham, C. & Vangen, S. (2005). *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London/New York: Routledge.

34 ten Have, W., & ten Have, S. (2004). *Het boek verandering: Over het doordacht werken aan de organisatie* (1e druk). Boom Uitgevers.

35 ten Have, S., ten Have, W., Huijsmans, A.-B., & van der Eng, N. (2013). *Veranderkracht: Succesvol doelen realiseren*. Mediawerf.



nu vooral op zoek naar oplossingen waar ik snel mee geholpen ben". Die is vaak niet voorhanden waardoor men geneigd is om zich terug te trekken.

2. Behoeftte aan gemeenschappelijk beeld

Hoewel de Wlz doelgroep in veel gevallen behandeling krijgt, speelt op sectorniveau een fundamenteel verschil tussen het GHZ en GGZ perspectief. Uit de gesprekken blijkt dat de GHZ (sector breed) meer in het teken staat van begeleiding en de GGZ sector meer in het teken staat van behandelen. Beide sectoren bieden beide aspecten (begeleiden en behandelen), maar er is een duidelijk accentverschil. Dit leidt tot een andere professionele houding ten opzichte van dezelfde doelgroep en zorgt er ook voor dat professionals een andere taal spreken. Geïnterviewden geven aan dat (zorg)professionals (vanuit beide perspectieven) in eerste instantie de oprechte wil moeten hebben om de andere wereld écht te *willen* begrijpen: *"je moet er echt voor openstaan om te willen leren en al je aannames en gewoonten los te laten"*. Wat hierin opvalt is dat men aangeeft dat dit een (te) hoge directe inspanning is voor de verandering waarvan de uitkomst nog ongewis is. Hierin lijkt sprake van de '*egocentric bias*³⁶', de neiging om jezelf als het middelpunt van situaties te zien en onvoldoende bereid te zijn om vanuit het andere perspectief te kijken.

3. Vanuit de eigen ervaring genoeg redenen om niet in beweging te komen

Tevens zijn er voor betrokkenen ook genoeg aangrijpingspunten om te beargumenteren dat een duurzame oplossing (te) complex is waardoor men niet in beweging hoeft te komen. Denk hierbij aan uitspraken van geïnterviewden als *"hiervoor moet het zorglandschap op de schop en dat gaat toch niet gebeuren"* of *"wij hebben het al druk genoeg, dus dit kunnen we er niet bij hebben"*. Dit versterkt de toch al aanwezige *status quo bias*: in beginsel hebben mensen een sterke voorkeur om de huidige situatie te behouden. Dit werd in enkele gevallen ook onderbouwd door eerdere ervaringen: *"we hebben in het verleden een dergelijke samenwerking opgezet maar die is gestrand toen er nieuwe mensen bij kwamen"*.

Het doordringen geloof dat de lange termijn positieve effecten écht de moeite waard zijn én dat men hierin een langdurige duurzame samenwerking met diverse partijen kan realiseren is gering. Hierdoor wordt het korte termijn comfort, hoe oncomfortabel wellicht ook, geprefereerd. Kort gezegd; het vertrouwen in lange termijn positieve effecten legt het af tegen het behoud van de huidige situatie (het korte termijn 'comfort')³⁷. Het vinden van redenen waarom het niet gaat werken wordt versterkt door onze neiging om meer aandacht te schenken aan negatieve dan aan positieve informatie (*negativity bias*) en men is bovendien geneigd om een voorkeur te hebben voor deze informatie, omdat die de eigen mening versterkt (*confirmation bias*)³⁸.

4. Behoeftte aan inzicht in resultaat en activiteiten

Binnen het eigen team of de afdeling leeft het gevoel dat de juiste dingen worden gedaan om beter te kunnen samenwerken, dit geldt voor zowel de data uit de GHZ als GGZ-organisaties. Wanneer activiteiten echter niet bijdragen, wordt nog niet altijd tijdig ingegrepen (70% van de respondenten). Organisaties hebben vooral een been bij te trekken in het bijhouden en vastleggen van resultaten bij veranderingen), 85% van de respondenten geeft namelijk aan dat dit niet goed gebeurt. Er valt winst te behalen in het sturen op, communiceren over, en monitoren van de (tussentijdse) resultaten. Een overgrote meerderheid (ca. 70%) geeft namelijk aan dat dit niet gebeurt.

36 Ross, L., Greene, D., & House, P. (1977). The 'false consensus effect': An egocentric bias in social perception and attribution processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(3), 279-301.

37 Tversky, A., & Kahneman, D. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263-291.

38 Vernooij, C. (2017). De irrationele organisatie: Over de psychologische mechanismen die organisatieverandering in de weg staan. Vakmedianet.



Hierdoor kan het gevoel ontstaan dat de verandering er niet is of geen positieve effecten heeft waardoor het vertrouwen in het welslagen ervan (mogelijk onterecht) kleiner is.

Samengevat: de factor effect is onvoldoende aanwezig, hetgeen leidt tot een ondoordachte verandering. Wat sterk opvalt is dat er een structureel gebrek is aan persoonlijk voordeel voor organisaties ('disbenefited'). Anderzijds valt op dat men hoofdzakelijk de te hoge directe kosten van de verandering ziet (korte termijn denken) waarvan men niet kan overzien óf deze op langere termijn opwegen tegen de voordelen (disadvantaged). Men beoordeelt de benodigde verandering niet als voldoende perspectiefrijk vanuit het eigen standpunt. Opgeteld leidt dit tot de conclusie dat men geen perspectief ziet, het een te grote inspanning is en er genoeg redenen zijn om niet in beweging te (hoeven) komen. Daarmee is de beoogde verandering onaantrekkelijk.

2.3.4 FOCUS

Focus gaat over de 'harde' en 'zachte' kaders die de beweegrichting van de organisatie en daarmee de verandering moeten bekrachtigen. Het gaat hier bijvoorbeeld over strategische keuzes, structuren en systemen, maar ook organisatiewaarden en taakomschrijvingen van medewerkers. Over het algemeen kan focus getypeerd worden als 'ongericht'. Hierin valt het volgende op.

1. Behoeftte aan prioriteitstelling

Er is op twee manieren een gebrek aan prioriteitstelling, enerzijds gaat dit over de strategische keuzes van organisaties en anderzijds gaat dit over wat operationeel prioriteit heeft om tot een structurele samenwerking te komen.

Wat opvalt is dat het structureel aangaan van een samenwerking tussen de GHZ en GGZ-organisaties onvoldoende aansluit bij de strategische keuzes van de organisaties. In de meeste gevallen bestaat de zogenaamde *core business* vaak niet uit deze doelgroep. Diverse GHZ-organisaties hebben aangegeven dat zij ervaren dat de GGZ-organisaties deze doelgroep op hun bord schuiven, hetgeen zou impliceren dat de GGZ niet vindt dat 'zij ervan zijn'. Tegelijkertijd zijn er GHZ-organisaties die aangeven zeer voorzichtig te zijn met de omvang van deze doelgroep in hun totale cliëntenpopulatie, omdat dit mogelijk financiële risico's tot gevolg heeft. Men geeft aan dat de benodigde middelen die toegekend worden op basis van de indicatiestelling vaak niet toereikend zijn. *"Wij (GHZ organisatie) zijn terughoudend voor deze doelgroep omdat we er financieel op leeg kunnen lopen"*. Men geeft aan dat GHZ-organisaties ervoor moeten waken dat andere doelgroepen voldoende financieel evenwicht moeten kunnen bieden alvorens de voorliggende doelgroep te kunnen voorzien in hun zorgvraag.

Anderzijds valt op dat er ook een gebrek is aan operationele prioriteitstelling, 50% van de respondenten geeft aan dat het voor hen niet helder is wat er als eerste aangepakt moet worden om bij te kunnen dragen aan de verbeterde samenwerking. Hieruit kan geconcludeerd worden dat hier, in de verschillende organisaties, ook geen prioriteit aan wordt gegeven. Kortom, in bredere zin is er een gebrek aan prioriteitstelling.



2. Onvoldoende bekrachtigende kaders

Elke organisatie kent richtinggevendende kaders en grenzen. Denk hierbij aan harde elementen, zoals strategie, structuur, processen en beleid, maar ook zachte kaders zoals waarden, voorbeeldgedrag en een informele organisatie. Dit zijn allemaal randvoorwaardelijke elementen die een verandering stimuleren en dragen. Bijvoorbeeld, op het moment dat een lange termijn doelstelling niet strookt met de ingerichte beoordelingscyclus van een organisatie, is de kans klein dat deze gerealiseerd wordt.

Daarmee rijst de vraag: zijn alle randvoorwaardelijke omstandigheden (*prevailing circumstances*)³⁹ voldoende op orde om een samenwerking tussen de GHZ en GGZ voor deze doelgroep te realiseren? Enkele geïnterviewden gaven hierin het volgende aan: *“er zijn zoveel obstakels aan te wijzen dat er altijd wel een reden te vinden waarom samenwerken echt lastig is”*. Deze opvatting lijkt te suggereren dat het ook ontbreekt aan een echte wil. Dat betekent dat des te belangrijker is dat er wordt voldaan aan de voorwaarde dat er meer dan voldoende bekrachtigende kaders zijn, hier is echter nog een wereld in te winnen.

Ten aanzien van de structuur en sturing op dit vraagstuk is breed bekend dat de verantwoordelijkheden onvoldoende duidelijk zijn. Het is écht onduidelijk wie van dit vraagstuk is. Zowel op landelijk niveau als tussen organisaties. Verantwoordelijkheden zijn onvoldoende duidelijk (wie is dossierhouder, wie declareert wat?) wat bureaucratie, vertraging en afschuiving kan veroorzaken. Circa 40% van de respondenten geeft aan dat hun eigen organisatie nu onvoldoende is georganiseerd om tot een duurzame oplossing te komen.

Nagenoeg alle geïnterviewden geven aan dat de huidige manier van indicatiestelling niet optimaal aansluit om de zorg voor deze doelgroep te verzorgen. Zo wordt gesteld dat in een indicatiestelling geforceerd gekeken naar wat er voorliggend is, GHZ of GGZ problematiek. Zoals gesteld is het veranderkundig gezien van belang dat de organisatorische randvoorwaarden (denk aan beleid, systemen, protocollen e.d.) de beoogde verandering (meer integraal samenwerken) bekrachtigen in plaats van belemmeren. Het feit dat op voorhand al bepaald moet worden via welke ingang een cliënt toegang krijgt tot langdurige zorg impliceert het uitsluiten van een ‘meervoudige ingang’ en draagt derhalve niet bij een oplossing voor het vraagstuk.

In elke organisatie en bij elk vraagstuk is de vraag: waar wordt hier op gestuurd? En is dit in lijn met het beoogde doel? Hierin valt op dat men aangeeft dat in de GGZ vooral gestuurd wordt op het reduceren van behandelingen en het verkorten van de wachtlijst. *“Onze (GGZ) organisatie richt zich eigenlijk niet op deze doelgroep”*.

Om deze paragraaf kracht bij te zetten worden de cijfers, zoals getoond in de inleiding kort aangestipt: “bijna 2 miljoen volwassen Nederlanders (1.966.000) hebben in de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt van zorg (AGZ, GGZ of beide) vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen. In 2024 hebben naar schatting 1.544.288 cliënten een vorm van Zvw-ggz zorg ontvangen⁴⁰. Ten opzichte van ca. 35.000 mensen vanuit de langdurige zorg (Wlz)⁴¹.

Binnen deze ca. 35.000 zijn er (Q4 2025) 1190 met een GGZ-Wonen 5 profiel⁴². Dit betekent dat de omvang van de langdurige zorg in de GGZ ca. 1,8% is van de totale GGZ omvang en dat de groep Zvw gefinancierde zorg ca. 44 keer

39 ten Have, S., van der Eng, N., & ten Have, W. (2012). Disfuncties in veranderende organisaties. *Holland Management Review*, 144, 34–43.

40 <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/zorggebruik/zorggebruik-in-de-afgelopen-12-maanden/#meercijfersAGZ>

41 Kerncijfers ggz | Nederlandse Zorgautoriteit. (2025, November 13). *Nederlandse Zorgautoriteit*. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

42 <https://ciz.databank.nl>



groter dan de Wlz-gefinancierde groep. En dat de GGZ-Wonen 5 ca. 0,5% van de totale GGZ betreft. Daarentegen bestaat de totale groep die VG zorg ontvangt in het 4e kwartaal van 2025u uit 124.775 personen, ca. 15% daarvan bestaat uit de VG7 doelgroep, namelijk 19.135 personen³⁵. Dus de totale omvang VG7 (19.135) is 16x groter dan de Wonen 5 doelgroep (1190). In procentueel perspectief is er ook een groot verschil ten opzichte van de totale omvang van de sector, te weten 0,5% Wonen 5 ten opzichte van totaal GGZ en 15% VG7 ten opzichte van totaal VG.

Terug naar de vraag waarmee deze alinea begon; waar wordt op gestuurd? Het lijkt voor de hand liggend dat organisaties daarop sturen waar de grootste focus op ligt, in dit geval de zorg via het Zvw financieringssysteem. Dit systeem belooft het snel behandelen en doorsturen van cliënten waarbij indirecte tijd niet declarabel is. Dat botst met de behoeften van deze doelgroep, die juist meer tijd, herhaling en continuïteit nodig heeft. Ook het vinden van passende woonplekken vraagt veel, maar onbetaalde, inzet. De sturingslijnen in GGZ-organisaties zullen hoogstwaarschijnlijk primair gericht zijn op de grootste populatie waaraan zorg wordt geleverd en wanneer dit Zvw zorg is, dan zal de prioriteit eerder liggen bij 'wachlijstmanagement' en het sluiten van dossiers. Enerzijds is het voor GGZ-organisaties niet aantrekkelijk om cliënten met een Zvw financiering (die mogelijk in aanmerking komen voor een Wlz indicatie) in bredere zin te begeleiden middels extra afstemming, overleg, het goed organiseren van de omgeving en eventuele woonsituatie. Deze financiering is immers ook niet gericht op langdurige(re) begeleiding. En anderzijds is het voor GGZ-organisaties lastig om te sturen op twee verschillende werelden, namelijk Zvw financiering en Wlz financiering waarbij de eerste het overgrote merendeel betreft. Hiermee ligt het risico op de loer dat cliënten waarvan de zorg via de Zvw wordt gefinancierd onvoldoende voorzien worden in hun totaalbehoefte en anderzijds dat organisaties (vanuit hun sturing op Zvw financiering) óók met dezelfde bril kijken naar de (financiële sturing) in de Wlz zorg.

Een ander voorbeeld van belemmerende wet- en regelgeving betreft de verschillende wetgeving en kleuring over zorg en dwang (Wvvggz en Wzd). *“Het is onhandig dat de Wzd en Wvvggz verschillen, dat leidt tot verschillende beleidskaders”*. De Wvvggz regelt verplichte zorg voor mensen met een psychiatrische problematiek met nadruk op maatschappelijke veiligheid en zelfregie, terwijl de Wzd de rechten bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening regelt. Dit betekent dat organisaties – ook op juridische terreinen – overeenstemming moeten vinden over de werkwijze die zij hier – samen – in kiezen.

In elk verandervraagstuk bieden externe kaders zoals wetgeving en financiering het frame waardoor mensen kijken naar het vraagstuk. Doordat deze kaders de samenwerking niet stimuleren, maar juist belemmeren krijgen betrokkenen vrijwel automatisch het idee dat het verbeteren van de samenwerking geen échte prioriteit heeft. Dit is wat we noemen het *'framing effect'*: we zijn geneigd beïnvloed te worden door de manier waarop informatie aan ons wordt gepresenteerd en als deze informatie (wetgeving, beleidskaders, stuurinformatie e.d.) de beoogde verandering niet bekrachtigd kan men concluderen dat het kennelijk toch niet belangrijk genoeg is.

3. Fundamentele waardeverschillen

Naast 'harde' elementen die de samenwerking belemmeren zijn er ook knelpunten op zachtere elementen, denk hierbij aan waarden, normen en opvattingen. Geïnterviewden geven aan dat in de praktijk werkculturen, werkwijzen, verwachtingen en communicatie botsen. Deze worden veelal gevoed door uiteenlopende perspectieven op dezelfde doelgroep. Volgens de respondenten kent de GGZ een primaire focus op behandeling en richt zich op het individu. Er wordt hierbij niet gesteld dat de GGZ geen oog heeft voor de context van een cliënt (denk bijvoorbeeld aan systeemtherapie en systeembenadering), maar er wordt vooral geduid dat de GGZ voornamelijk naar het individu kijkt en in mindere mate naar de context. De GHZ heeft een primaire focus op begeleiding en richt



zich in grotere mate op de context van een cliënt. Oftewel geïnterviewden geven aan dat de GGZ en GHZ werken vanuit andere zorgvisies: in de gesprekken wordt aangegeven dat men ervaart dat binnen de GGZ de primaire focus vooral op het individu ligt en diens ziektemodel ('wat kan iemand niet?'), terwijl in de GHZ vaker wordt gekeken naar de context en de mogelijkheden ('wat kan wél?'), aldus de geïnterviewden. Hierdoor ontstaat er discussie over welke zorg dezelfde cliënt zou moeten ontvangen.

Meerdere geïnterviewden, voornamelijk uit de GHZ, geven aan dat de GGZ gekenmerkt wordt door fundamentele opvattingen over 'wat is onze cliëntsfeer'. Geïnterviewden geven aan dat mensen met een IQ tussen de 70 en 85 veelal niet worden gezien als "*passend voor de GGZ*". Hoewel de GGZ deze groep niet mag excluderen, wordt dit in de praktijk wel zo ervaren. Volgens de Zvw heeft iedereen recht op geestelijke gezondheidszorg als er sprake is van een psychiatrische problematiek (zoals depressie, angst, psychose, etc.), maar dat betekent ook dat wanneer deze stoornis niet of moeilijk vastgesteld wordt, de GGZ deze doelgroep (met een laag IQ) betitelt als 'deze cliënt hoort niet bij ons maar bij de GHZ'. Daar waar de geïnterviewden uit de GGZ aangeven de doelgroep als "*te weinig behandelbaar*" te beschouwen, wordt vanuit GHZ perspectief soms geoordeeld dat deze doelgroep een 'te hoog IQ heeft voor langdurige zorg'. Het DNA van de GGZ wordt door respondenten uit de GHZ gezien als 'elitair'; er wordt aangegeven dat zij ervaren dat de GGZ 'haar neus ophaalt voor deze doelgroep'. Daarmee ontstaat het gevoel dat de GGZ deze doelgroep op het bord van de GHZ schuift. Het is van belang om elkaars waarden, normen en opvattingen over 'passende zorg' te willen begrijpen én de meerwaarde te zien in de combinatie van beide. Zolang professionals het één superieur vinden ten opzichte van het andere zal een duurzame samenwerking stagneren.

4. Behoeftte aan een gemeenschappelijke organisatie(vorm)

Respondenten geven aan dat er winst te behalen is in de manier waarop de organisaties zijn ingericht en hoe met elkaar wordt samengewerkt. Circa 30% van de GGZ-organisaties geeft aan dat de huidige manier van organiseren niet bijdraagt aan het verbeteren van de samenwerking. Dit geldt ook voor 32% van de GHZ respondenten. Daar waar respondenten aangeven wél te kunnen samenwerken op basis van hun eigen organisatie (-inrichting) valt op dat zij tegelijkertijd aangeven dat ze beter moeten gaan samenwerken (98% GHZ respondenten en 96% van de GGZ-organisaties). Over het algemeen valt in de interviews op dat zowel GHZ als GGZ geïnterviewden vinden dat de bestaande organisaties niet adequaat zijn ingericht om een duurzame samenwerking aan te gaan. In de zorg is veelal sprake van intentiegerichte samenwerking (we delen informatie en kennis). En dat is fundamenteel anders dan resultaatgerichte samenwerking (we hebben elkaar nodig om samen tot resultaten te komen). In dit geval blijkt dat 'de organisatie' niet voldoende in staat is om een resultaatgerichte samenwerking 'te organiseren'. Tegelijkertijd moet ook gezegd worden dat zorgprofessionals – meestal op basis van crisissituaties – elkaar weten te vinden "*ik merk dat wij – als zorgprofessionals elkaar echt wel weten te vinden als de nood aan de man is*". Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat dit te beperkt is om te spreken over een structurele organisatie(vorm) met andere woorden; hier is behoefte aan.

Samengevat: er is sprake van een 'ongerichte verandering'. Dit is zichtbaar door het ontbreken van voorbeeldgedrag, niet aansluitende wet- en regelgeving, onvoldoende aansluitende organisatiewaarden. Dat betekent dat de organisaties hun vizier en aanwezige energie en middelen anders hebben gericht hetgeen de indruk wekt dat dit vraagstuk geen prioriteit heeft ('distracted'). Tevens is er sprake van het gebrek aan ondersteunende waarden en richtinggevende kaders en ineffectieve diep verankerde percepties over deze doelgroep. Kortom, de verandering sluit niet of onvoldoende aan bij de 'prevailing circumstances' waardoor men onvoldoende incentives heeft om zich op deze doelgroep te richten, de prioriteiten liggen duidelijk elders ('disapproved').



2.3.5 ENERGIE

Energie is het vermogen om te veranderen, ook wel de brandstof genoemd. De organisatie moet willen én kunnen veranderen. Dit kan met behulp van support van leidinggevendenden, de (aanwezige en benodigde) kennis, ervaring en motivatie van medewerkers én beschikbaarheid van tijd, geld en andere middelen. Over het algemeen kan de factor getypeerd worden als 'onvermogen'. Hierin valt het volgende op:

1. Er is wel draagvlak

Er is over het algemeen draagvlak voor het verbeteren van de samenwerking, men acht de eigen collega's hiervoor welwillend én bekwaam. Het merendeel van de respondenten (86%) geeft aan dat er binnen het eigen team en/of afdeling voldoende steun is voor het realiseren van een verbeterde samenwerking en 91% van de respondenten geeft aan dat het eigen team en/of afdeling hieraan wil bijdragen. Het valt op dat er geen significant verschil is tussen het GHZ en GGZ perspectief. Tegelijkertijd valt in de interviews op dat men juist twijfels heeft bij de welwillendheid vanuit het andere domein, dit speelt met name vanuit het perspectief van de GHZ naar de GGZ. Dit wordt onderstreept door de kwantitatieve bevinding; men acht de eigen organisatie wél in staat tot structurele samenwerking, maar verlangt hierin stappen van de ander. Dit is een patstelling over en weer. Men houdt elkaar hierdoor gevangen, hetgeen wordt versterkt door wat in de psychologie 'groupthink'⁴³ wordt genoemd: leden van een hechte groep streven naar eensgezindheid, waarbij ze kritisch denken over alternatieve ideeën van andere groepen.

2. Behoeftte aan integrale kennis en kunde

Allereerst valt op dat (zorg)professionals wel bereidwillig zijn, maar zich niet altijd bekwaam voelen om een andere doelgroep te bedienen. Het woord 'handelingsverlegenheid' kwam in deze context vaak naar voren. *"Men vindt het lastig om zich te bekwamen in deze doelgroep"* of *"onze mensen in de gehandicaptenzorg vinden het lastig hoe ze om moeten gaan met een cliënt die bijvoorbeeld in een psychose raakt"*. Dit speelt vanuit beide perspectieven, vanuit de GHZ vindt men het onder andere ingewikkeld wanneer een cliënt psychotisch wordt en vanuit de GGZ vindt men het lastig om bijvoorbeeld passende behandeling voor een persoon met een IQ onder de 80 te bieden. Veranderkundig wordt dit ook wel gezien als 'mensen willen wel maar kunnen niet' ('capabilities gap') en op het moment dat hier niet in wordt voorzien, ontstaat vaak een cynische, hulpeloze houding tegenover veranderingen – vaak gevoed door eerdere negatieve ervaringen. Op die manier kunnen domeinen elkaar 'gevangenhouden'. Een geïntegreerd aanbod op 'multiproblematiek' vraagt daarom ook een geïntegreerde aanpak en taal.

Wat opvalt is dat in de data ca. 20% van de respondenten aangeeft dat zij hun eigen team en/of afdeling in generieke zin vaardig en bekwaam achten om deze samenwerking te realiseren (79% GHZ vs. 77% GGZ). Uit de interviews blijkt echter een groter gemis aan kennis en kunde en dat hier winst te behalen valt. Geïnterviewden geven aan dat er te weinig wederzijdse kennis en scholing is: GHZ mist vaak expertise over psychiatrie, GGZ over de (licht) verstandelijk beperkte doelgroep. In de GGZ is er vaak weinig aandacht voor mensen met een licht verstandelijke beperking, mede omdat dit onderwerp nauwelijks aan bod komt in de opleidingen. Het omgekeerde geldt in de gehandicaptenzorg (GHZ): daar is nog te weinig kennis en aandacht voor psychiatrie en verslaving. Het gebrek aan meervoudige kennis over deze doelgroep leidt er ook toe dat de GGZ soms mist dat een cliënt ook een LVB heeft en de GHZ soms mist dat een cliënt naast een LVB ook PTSS heeft. Doordat vanuit beide kanten gekeken wordt vanuit het eigen (professionele) perspectief, wordt het totale plaatje gemist. Het gevolg is dat mensen te laat adequaat behandeld/begeleid worden en/of mensen óók een verslaving opbouwen (triple-problematiek) waardoor

43 Janis, I. L. (1972). Victims of groupthink: A psychological study of foreign-policy decisions and fiascoes. Houghton Mifflin.



het totale 'probleem' als een draaikolk verder 'escaleert'. Een verwijzing naar het eeuwenoud verhaal is hier op zijn plaats. Het verhaal van vier blinde mannen en de olifant vertelt het verhaal van een groep blinde mannen die nooit eerder met een olifant in aanraking zijn gekomen en die door het dier aan te raken proberen te begrijpen en zich voor te stellen hoe het is. Iedere blinde man voelt een ander deel van het lichaam van het dier, maar slechts één deel, zoals de flank of een slagtang. Vervolgens beschrijven zij het dier op basis van hun beperkte ervaring, en hun beschrijvingen van de olifant verschillen van elkaar. In sommige versies beginnen zij te vermoeden dat de ander oneerlijk is, en het komt tot een handgemeen. De moraal van het verhaal is dat mensen geneigd zijn aanspraak te maken op de absolute waarheid op basis van hun beperkte, (subjectieve) ervaring, terwijl zij de beperkte, subjectieve ervaringen van anderen – die evenzeer waar kunnen zijn – negeren⁴⁴.

Het versterken van professionals in termen van kennis en kunde over het andere domein is essentieel. De inzet van bijvoorbeeld psychiaters in de GHZ of orthopedagogen in de GGZ is nog maar mondjesmaat vertegenwoordigd terwijl organisaties hier wel afhankelijk van zijn: *"wij (GHZ organisatie) zijn hierin echt afhankelijk van psychiaters die ons hierbij ondersteunen, tot op heden kunnen we daar nog onvoldoende op bouwen, ook omdat dit vaak freelancers zijn die zich minder voor de langere termijn willen committeren"*. Daarnaast zijn de benodigde expertises voor een meervoudige aanpak ongelijksoortig verdeeld, in Nederland kennen we ca. 285 Artsen Verstandelijk Gehandicapten en daarentegen ca. 4.112 psychiaters (peildatum 1 oktober 2025⁴⁵). Volgens het CBS zijn er ca. 25 psychiaters (werknemers en zelfstandigen) werkzaam in de gehandicaptenzorg⁴⁶. Een groot contrast met de GGZ. Om het beeld compleet te maken is ook van belang te kijken naar het aantal gedragswetenschappers in de gehandicaptenzorg, volgens het CBS zijn de volgende BIG-geregistreerde aantallen bekend: circa 895 GZ-psychologen (inclusief klinisch (neuro)psychologen, combinaties met psychotherapie, etc.) en circa 405 orthopedagogen (incl. combinatiefuncties)⁴⁶.

3. Structurele tijd en middelen schaarse

Daarnaast is het gebrek aan structurele tijd en middelen veel genoemd. In het kwantitatieve onderzoek valt op dat slechts 9% van de respondenten het 'zeer eens' is met de stelling; wij hebben genoeg middelen beschikbaar. Meerdere geïnterviewden, die zelf cliëntcontact hebben, geven aan het nu al druk genoeg te hebben: *"wij lopen nu al over, ik zie niet in hoe we deze doelgroep er ook nog bij zouden kunnen nemen"*. Uit de gesprekken blijkt echter ook dat men erkent dat de huidige caseload toe blijft nemen zolang er geen duurzame oplossing is. Oftewel men ziet in dat een structurele oplossing essentieel is om de huidige caseload te minimaliseren. Tegelijkertijd blijft men vastzitten in de huidige patronen. Een duurzame oplossing vraagt (tijdelijk) meer tijd, energie en middelen. En men geeft aan dat ze die tijd en middelen nu onvoldoende vrij kunnen spelen. Daardoor neemt het probleem juist toe. Dit kan het beste getypeerd worden als een negatieve spiraal die door alle betrokken partijen doorbroken moet worden om het verschil te kunnen maken voor deze kwetsbare doelgroep.

4. Behoeft aan leiderschap

Enkele uitzonderingen daargelaten, valt op dat er zowel op organisatie als individueel niveau een gebrek is aan ondersteunend leiderschap. Ten aanzien van het 'organisatieniveau' is er een gebrek aan een gremium dat zich verantwoordelijk voelt en/of is voor dit vraagstuk én hierop kan sturen. Tevens is er een gebrek aan leiderschap op individueel niveau, welke prominente functionarissen vanuit én de GHZ en GGZ staan op om sector overstijgend écht een doorbraak voor deze doelgroep te realiseren?

⁴⁴ Het verhaal: 'four blind men and a elephant' vindt haar oorsprong in het oude India en heeft zich van daaruit wijd verspreid

⁴⁵ BIG Register peildatum 1 oktober 2025: <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers/basisberoep-en-specialisme>

⁴⁶ <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84776NED>



5. Onvoldoende passende woonvoorzieningen

Uit de interviews blijkt nog een andere vorm van middelen waar het aan schort, namelijk passende en langdurige woonvoorzieningen. Beide domeinen hebben, omwille van andere redenen, onvoldoende passende woonvoorzieningen. Zo wordt door de geïnterviewden uit de GHZ gesteld dat deze doelgroep onvoldoende geschikt is voor een kleinschalige woonvoorziening in de wijk en dat is juist waar de GHZ veelal over beschikt. De GGZ en diens grotere instellingsterreinen zijn tevens afgebouwd in het kader van extramuralisering. Daarnaast hebben diverse GGZ-instellingen de verkoop van vastgoed onderdeel gemaakt van hun strategische plannen om financieel gezond te worden of te blijven. Hierdoor ontbreekt het aan passende langdurige woonvoorzieningen; *“wij (GHZ en GGZ-organisaties) beschikken niet over de juiste woonvoorzieningen”*.

Samengevat, de factor energie is onvoldoende op orde. De benodigde energie is immers ontoereikend. Er is enerzijds sprake van een gevoeld onvermogen door de aanwezige capabilities gap, het feit dat de benodigde kennis beperkt aanwezig is en er te weinig ondersteunend leiderschap is. Het benodigde verandervermogen is ‘uitgeschakeld’ (disabled). Anderzijds is er sprake van onvoldoende geloof dat de andere organisatie structureel in staat is om de verandering te realiseren. Hierin houdt men elkaar veelal gevangen in overtuigingen waarom het ook niet zou kunnen slagen. Dit zorgt ervoor dat de benodigde verandering onvoldoende wordt omarmd, oftewel er is sprake van een lage veranderbereidheid (disengaged).

2.3.6 VERBINDING

Verbinding staat voor de inrichting en sturing van de organisatieverandering. De andere factoren: Rationale, Effect, Focus en Energie, worden door deze factor met elkaar verbonden. Alle initiatieven rondom de verandering (behorend bij de factoren) moeten onderling een logische samenhang vertonen, zodat inspanningen leiden tot het gewenste resultaat. Over het algemeen kan de factor verbinding getypeerd worden als ‘ongecoördineerd’. Hierin valt het volgende op:

1. Behoefte aan landelijke regie en overleg

Het realiseren van een verandering is gebaat bij het hebben van ‘een verkeerstoren’: een centrale plek die voorziet in verbinding, overzicht heeft en regie voert over de verandering, de verandering in perspectief zet ten opzichte van andere initiatieven én de communicatie over de verandering structureert. Wanneer een verandering binnen één organisatie speelt is het denkbaar om hier een (tijdelijk) regieteam (of soortgelijk) voor op te richten. Op organisatieniveau valt in de meting op dat 75% van de respondenten vindt dat er binnen de eigen organisatie onvoldoende wordt gecommuniceerd over dit vraagstuk. Ook geeft 82% van respondenten aan dat de verandering onvoldoende is afgestemd op andere veranderingen in de organisatie. Tevens is er een gebrek aan verbinding op landelijk niveau. In de interviews werd duidelijk dat het schort aan een gedeelde visie en structureel overleg op landelijk niveau over de sectoren heen. Er is nog geen gezamenlijke, gedeelde visie op samenwerking of doelgroep benadering. Deze is cruciaal om met elkaar in verbinding te zijn op dit vraagstuk. Wie hiervoor aan de lat staat is onduidelijk, en naar alle waarschijnlijkheid een onderdeel van het probleem. Tegelijkertijd vindt men elkaar regionaal soms wel maar is dit vaak ook broos: *“in onze regio hebben we met de ene partij hele fijne samenwerkingsverbanden en met de andere juist niet, vaak zit het simpelweg in vertrouwen”*.



2. Behoeftte aan eigenaarschap

Wat opvalt uit de gesprekken is het gebrek aan eigenaarschap. Het lijkt alsof betrokken organisaties en instanties naar elkaar wijzen. Om een verandering te realiseren is gezamenlijk eigenaarschap nodig van zorgkantoren, NZa en zorgorganisaties. Er is behoefte aan een gestructureerde aanpak van dit vraagstuk, daarmee wordt bedoeld: het agenderen van dit vraagstuk bij alle betrokken partijen, het bouwen aan een gezamenlijke visie op deze doelgroep, het faciliteren van een gezamenlijke taal tussen de GHZ en GGZ en het enthousiasmeren van organisaties om buiten de kaders van de eigen organisatie(onderdelen) te blijven denken. Met andere woorden: wie is hiervan? En wie neemt de regie hierin?

3. Synergievoordelen worden niet benut

Zoals eerder gesteld moet een integrale zorgbehoefte ook voorzien kunnen worden van een integraal aanbod. Hierin zijn – in theorie – de zienswijzen van GHZ en GGZ complementair aan elkaar. Wat opvalt is dat deze synergievoordelen voor de cliënt niet worden benut, 17,9% van de respondenten geeft aan dat dit – op organisatieniveau – wel voldoende gebeurt. Uit de interviews blijkt dat het benutten van synergievoordelen (door de complementariteit tussen beide domeinen te gebruiken) meestal gebeurt op basis van crisissituaties, maar nog onvoldoende structureel is georganiseerd; *“ik heb niet het idee dat mijn organisatie nu druk is met een gestructureerde aanpak”*. Dit lijkt mogelijk versterkt door onverenigbare overtuigingen over deze doelgroep, het ontbreken van een collectieve ambitie en het te sterk denken in hokjes vanuit de verschillende perspectieven op zorg.

Samengevat, de factor verbinding is onvoldoende op orde. Het ontbreekt aan een veranderplan met doelstellingen en prioriteiten en sturing hierop. Hierdoor worden synergievoordelen tussen de domeinen onvoldoende benut ('disconnected'). Daarnaast speelt dat er een fundamenteel gemis is aan verenigbare overtuigingen, collectieve ambitie en een integraal perspectief op deze doelgroep. De beoogde verandering is hiermee 'ongecoördineerd'.

3. DE WERKENDE ELEMENTEN VAN SUCCESSVOORBEELDEN



3. DE WERKENDE ELEMENTEN VAN SUCCESVOORBEELDEN

De diagnose in hoofdstuk 2 biedt houvast voor een gedegen veranderkundige aanpak. Gedurende het onderzoek werd in diverse gesprekken ook gewezen op enkele succesvoorbeelden. Het is immers niet zo dat er helemaal geen progressie geboekt wordt om deze doelgroep beter te bedienen. Alvorens ingegaan wordt op de voorgestelde veranderaanpak worden de werkende elementen uit deze succesvoorbeelden uitgelicht en toegelicht. Deze werkende elementen bieden aanvullende praktijkkleuring aan de voorgestelde veranderaanpak.

Uit de diverse gesprekken met medewerkers van succesvolle samenwerkingsverbanden zijn reeds enkele werkende elementen gedestilleerd. Deze zijn samen te vatten in de volgende zes elementen, en daarnaast te koppelen aan de factoren van het Veranderkrachtmodel. De toelichting op het Veranderkrachtmodel is te lezen in hoofdstuk 2.1. De zes succesvoorbeelden zijn in chronologische volgorde geordend en waar nodig van een veranderkundige duiding voorzien.

Een gedeelde urgentie (*rationale*)

Het ervaren van een gedeelde urgentie blijkt een succesfactor voor een meer gestructureerde samenwerking. Men ontdekt deze gedeelde urgentie veelal doordat zorgprofessionals op basis van crisissituaties met elkaar in contact treden. Op het moment dat dit vaak genoeg aan de orde is treedt bewustwording over een gedeelde urgentie op. Deze urgentie speelt dermate hoog op waardoor men over de verschillen tussen de GHZ en GGZ heen kan kijken. In één gesprek zei iemand: *“je voelt de pijn dat dit niet lukt!”*. Deze frustratie – gevoed door beide partijen – is vervolgens hoog genoeg om tot actie over te gaan. In veel gevallen valt ook op dat de GHZ-organisaties aangeven dat zij eerder deze urgentie voelen en dat een samenwerking wél structureel van de grond komt zodra de GGZ deze urgentie ook voelt. Bijvoorbeeld doordat GGZ-organisaties inzien dat zij met een grote populatie LVB te maken hebben, hetgeen zich liet zien door een hoog percentage recidiverende cliënten. De urgentie moet gespiegeld vertegenwoordigd zijn.

Integrale voorvechters (*energie*)

Voor alle succesvoorbeelden valt op dat – naast gedeelde urgentie – échte voorvechters cruciaal zijn om het verschil te maken. Deze voorvechters zijn nodig op zowel het niveau van professionals als bestuurders. Het karakter van deze voorvechters laat zich typeren als mensen die heilige huisjes écht ter discussie stellen en zeer stellig vinden dat de huidige gang van zaken simpelweg géén optie (meer) is. Ook valt op dat deze voorvechters over de muren van hun eigen organisatie heen kijken en redeneren vanuit het bredere plaatje, zij laten het ‘enkelvoudige’ perspectief (bijvoorbeeld kijken vanuit de GHZ óf GGZ) los. Zij tonen veel begrip voor elkaar en hebben de oprechte wil om ‘de andere wereld’ te willen begrijpen. Daarnaast geeft men aan dat je deze voorvechters nodig hebt vanuit zowel GHZ en GGZ. Het is een rol die gespiegeld aanwezig moet zijn. In de werkende samenwerking valt op dat deze voorvechters ook betiteld kunnen worden als ‘oliamannetjes’; betrokkenen die boven en/of tussen de partijen staan en hen weten te verbinden op het collectieve belang. Deze voorvechters moeten bovendien een groot onderling vertrouwen hebben. Veranderingen brengen onvermijdelijk uitdagende en spannende momenten met zich mee. Juist dan is het essentieel dat zij op elkaar kunnen rekenen en elkaar blijven steunen. Twijfel hierover kan de inzet, betrokkenheid en het gevoel van zekerheid verminderen, wat de samenwerking in gevaar kan brengen.



Vrijplaats (focus)

Zoals ook al in de diagnose gesteld, zijn de staande organisaties veelal onvoldoende in staat om een structurele samenwerking te realiseren. Ten dele komt dit doordat een organisatie context inherent is aan bepaalde opvattingen en waarden. Het bewust creëren van een nieuwe vrije context, veelal verwoord in de gesprekken als 'vrijplaats', is van belang. Deze nieuwe context biedt een nieuw kader waarbinnen professionals tot elkaar kunnen komen om elkaar te begrijpen zonder dat het één bovenliggend is ten opzichte van het ander; "*zorgprofessionals vinden elkaar echt wel, maar moeten vaker de ruimte krijgen vanuit hun organisaties*". Dit wordt ook onderstreept door onderzoek; gedragsverandering is gebaat bij context verandering⁴⁷. Nieuwe of veranderde context helpt bij gedragsverandering – doordat de oude contextuele cues die automatische gewoonten *triggeren* wegvallen, waardoor het gedrag minder automatisch is en meer doelgericht gestuurd kan worden. Deze nieuwe context wordt idealiter geladen door mensen, middelen en werkwijzen die op alle aspecten gezamenlijk en gelijkwaardig ingevuld worden. Concreet betekent dit bijvoorbeeld ook dat er vanuit alle betrokken vakgebieden (denk aan; juristen, HR-adviseurs etc.) professionals vanuit beide organisaties aansluiten; op alle vakgebieden moet er een GHZ en een GGZ-counterpart aansluiten. Hiermee ontstaat als het ware een gespiegelde organisatie. Dit is met name van belang in de opstartfase van de zogenoemde vrijplaats waarna deze betrokkenheid zal afnemen. Deze professionals van beide organisaties hebben een nieuwsgierige houding en worden continu uitgedaagd om eigenaarschap te nemen. Het is aan de zorgprofessional om deze nieuwe context te ontwikkelen en uitdagingen en knelpunten op te lossen.

De oprechte wil om elkaars werelden te begrijpen (effect)

Geïnterviewden gaven aan dat het cruciaal is dat professionals (niet alleen in de zorg maar ook vanuit bijvoorbeeld ondersteunende diensten) de oprechte wil hebben om elkaars werelden te begrijpen. Ze gaven aan dat om überhaupt te komen tot een integraal aanbod – passende bij de integrale vraag – professionals allereerst gezamenlijk een integraal perspectief op deze doelgroep moeten ontwikkelen. Dit kan ook door gaandeweg in verbinding te blijven over hetgeen goed en minder goed gaat, bijvoorbeeld door middel van een 'leer-logboek' waar frequent casuïstiek en vraagstukken in werden opgeschreven.

Dit vergt een andere kijk naar het 'in control' zijn: niet door te *controleren*, maar door samen te *leren*. In alle gevallen blijkt dat het loslaten van de eigen overtuiging én het oprecht openstaan om het perspectief van de ander te begrijpen van groot belang zijn. Hierin geldt ook dat het niet enkel gaat over 'het begrijpen van de ander' maar ook over een gelijkwaardigheidsbeginsel tussen beide werelden; beide perspectieven zijn even belangrijk. Wat hierin veranderkundig bekend is dat organisaties van elkaar moeten begrijpen wat de *pains* en *gains* zijn. In elke verandering staat er immers iets voor iemand op het spel. Wat staat er voor organisatie X en Y op het spel en hoe kan de één steun en perspectief bieden aan de ander? Hierdoor kan men comfort aan elkaar bieden. In een voorbeeld werd duidelijk dat dit plaatsvindt door middel van het bespreken en doorexerceren van casuïstiek. Een kijkje in elkaars vakgebied: waar loop je tegenaan? Wat is een mogelijk knelpunt? Maar ook: welke kansen biedt de samenwerking?

47 Wood, W., Tam, L., Guerrero Witt, M. (2005). Changing Circumstances, Disrupting Habits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 918-933.



Deze basishouding (elkaar willen begrijpen én gelijkwaardig zijn) voedt het gedrag dat in een succesvolle samenwerking genormeerd zal moeten worden. Zodra iemand te dominant vanuit één perspectief acteert wordt dit door anderen teruggeduwd, omdat het niet strookt met het hoger gelegen doel. Dit kan geduid worden vanuit het sociale psychologisch perspectief ten aanzien van cultuurvorming; namelijk onderliggende (onbewuste) gedragsafstemming in een (nieuwe) sociale context. Deze (nieuwe) sociale context vraagt om het loslaten van de eigen professionele overtuiging en een open blik voorbij het eigen vakgebied. Dat is niet voor iedereen even eenvoudig, want in hetgeen losgelaten moet worden ligt vaak een belangrijk deel van de professionele identiteit.

Indicatieloos werken (*focus*)

Zoals geschetst in de veranderdiagnose ondersteunt de huidige manier van indicatiestelling niet bij het vormen van een integrale aanpak. In een indicatiestelling wordt geforceerd gekeken naar wat er voorliggend is, GHZ of GGZ. Door dit frame is men geneigd om vanuit dit perspectief naar de zorgbehoefte te kijken. In één succesvoorbeeld werd expliciet benoemd dat het een enorme meerwaarde heeft om de intake te verrichten met één medewerker GHZ samen met één medewerker GGZ, zodat ze (elkaars) blinde vlekken voor een mogelijke opname konden bespreken. In de succesvoorbeelden geeft men aan dat ze achter de schermen de indicaties verdeeld hebben, bijvoorbeeld; “we hebben een woonvoorziening met 16 plekken, 8 op GHZ-indicatie en 8 op GGZ-indicatie”. Wie vervolgens precies in welke indicatie past wordt losgelaten én men gaat niet de discussie aan over welke aandoening voorliggend is”. Dit is dus een andere vorm dan pleiten voor indicaties, passend voor mensen met een dubbele of meervoudige problematiek.

Sturen vanuit beelden en een hechte verbinding (*verbinding*)

In elk (nieuw) samenwerkingsverband gaat niet alles zonder slag of stoot. Er zijn altijd obstakels die overwonnen moeten worden. In een aantal gevallen valt op dat zij niet sturen vanuit geoperationaliseerde doelstellingen maar vanuit beelden. Bijvoorbeeld een foto van een cliënt die symbool staat voor de pijnlijke problematiek dat de integrale zorg tekortschiet. Deze beelden roepen emotie op ('dit écht niet meer') en zorgt voor het 'hercontracteren' op de hoger gelegen missie, dat is namelijk het punt waarop men elkaar (opnieuw) vindt. Deze vorm van sturing via storytelling en waarden lijkt veel dieper te reiken dan managementdoelstellingen en zorgt tegelijkertijd voor een gezamenlijk perspectief. Gezamenlijk veranderen waarin organisaties afhankelijk zijn van elkaar vergt een hele sterke verbinding en sturing op het vraagstuk, zodat de effecten van keuzes ook tijdig inzichtelijk zijn en waar nodig worden heroverwogen. Hierin valt op dat het sturen vanuit beelden (foto's) zorgt voor een hechte verbinding en samenwerkingen over een 'dood punt heen helpen' als het moeilijk wordt en ze daarmee effectiever zijn dan 'managementdoelstellingen'.

Vertaling naar veranderaanpak

Bovenstaande zes elementen komen terug in hoofdstuk 5 - veranderaanpak. Deze worden bewust geplaatst in een bredere aanpak, omdat opvalt dat de succesvoorbeelden geen van allen doordacht van start zijn gegaan. Het is in meerdere mate een aanpak van '*trial and error*' wat niet negatief hoeft te zijn, maar het is wel een aanpak die inefficiënt en ongericht kan zijn. Dit voorliggende vraagstuk is complex en vraagt daarom om een doordachte en systematische (verander)aanpak. Alvorens in te zoomen op de veranderaanpak wordt een zestal fundamentele gewetensvragen gepositioneerd.

4. VERKENNEN VAN DE ONDERLIGGENDE OORZAAK



4. VERKENNEN VAN DE ONDERLIGGENDE OORZAAK

In dit hoofdstuk stellen de onderzoekers een zestal gewetensvragen die geadresseerd moeten worden om – naast veranderkundige aangrijpingspunten – óók te verdiepen in de meest fundamentele onderliggende oorzaak. De veronderstelling is namelijk dat nagenoeg alle bovenstaande inhoudelijke aspecten in de veranderdiagnose niet nieuw zijn. Deze zijn immers in de afgelopen jaren – vanuit meerdere bronnen – aangereikt. Denk hierbij aan het Trimbos onderzoek⁴⁸ uit 2022 waaruit vijf aspecten⁴⁹ werden geduid als belemmerend voor een structurele samenwerking. Deze vijf aspecten – aangevuld met verrijkende onderwerpen – komen ook allemaal aan de orde in dit onderzoek. En dan rijst de vraag: als deze feiten al geruime tijd op tafel liggen, waar schort het dan aan om een doordachte verandering te realiseren? Wat is nu écht het probleem?

Of anders geformuleerd; wat maakt dat voorgaande interventies (bijeenkomsten, onderzoeken, rapportages e.d.) onvoldoende effect hebben gehad? Het antwoord op die vraag is per definitie meervoudig anders zou het ook geen complex vraagstuk zijn. Zijn deze interventies te vrijblijvend geweest? Komt het doordat dit vraagstuk van iedereen is en mede daardoor juist van niemand? Zijn de huidige stimuli onvoldoende gericht waardoor een slagvaardige beweegreden uitblijft? Of misschien wel alle drie of iets anders?

Juist het feit dat veel objectieve informatie al beschikbaar is maar grootschalige impact uitblijft wijst erop dat het waardevol is om te verdiepen in 'the root cause': de onderliggende oorzaak. Dit is de meest fundamentele, onderliggende oorzaak die, als je die wegneemt of structureel aanpast, voorkomt dat het probleem opnieuw optreedt (of de kans daarop sterk verlaagt), in plaats van alleen het symptoom te bestrijden. Deze onderliggende oorzaak kan verbonden worden aan het concept van *single- double- triple-loop-learning*⁵⁰. Het eerste niveau, *single-loop-learning*, gaat over de vraag: "doen we de dingen goed?" *Double-loop-learning* gaat een niveau dieper: "doen we de juiste dingen?" *Triple-loop-learning* gaat weer een laag dieper en reflecteert op het leer- en besluitvormingsproces zelf. Hoe we bepalen wat 'juist' is, wie beslist, welke waarden leidend zijn, hoe macht en structuren het leren beïnvloeden en herontwerpt zo nodig die meta-regels: "hoe willen we als systeem leren en sturen?"

En als we als systeem onvoldoende doorbraak realiseren, wat is hiervan de onderliggende oorzaak? Met andere woorden, naast de antwoorden op de vragen: doen we de dingen goed? Doen we de juiste dingen? Is het van belang om antwoord op de volgende vraag te kunnen formuleren: wat is de meest fundamentele, onderliggende oorzaak die ervoor zorgt dat er tot op heden onvoldoende impact op het samenwerkingsvraagstuk voor deze kwetsbare doelgroep is gemaakt?

48 Lempens, A., Zwanenburg, B., Bransen, E., Kroon, H., Planije M. (2023). *Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek*. Trimbos-instituut, Utrecht. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/05/AF2010_Samenwerking-en-kennisdeling_vg-en-ggz_aug-2022.pdf

49 Knelpunten door schotten in wetgeving & financiering, indicatiestelling, tekort aan opname- en behandelcapaciteit, Aanbod GHZ - GGZ sluit niet op elkaar aan, Verschillen in visie en cultuur en Personeel.

50 Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. Jossey-Bass. Argyris & Schön zijn de grondleggers van single- en double-loop learning. In de jaren 90 is hier door diverse auteurs waaronder Joop Swieringa & André Wierdsma (1992) gekoppeld aan 'de lerende organisatie' in hun boek: *Becoming a Learning Organization: Beyond the Learning Curve*.



En dat brengt ons op enkele belangrijke gewetensvragen. Los van alle aanbevelingen die uit dit onderzoek volgen is het allereerst van cruciaal belang dat op de juiste bestuurlijke tafels een zestal gewetensvragen indringend worden besproken om met elkaar vast te stellen waarom een grootschalige impact niet van de grond is gekomen terwijl dit vraagstuk daar wel om vraagt. Dit zijn vragen die helpen om de onderliggende oorzaak (*'the root cause'*) bloot te leggen. Deze antwoorden zullen inzicht geven in de reden waarom structurele impact uitblijft terwijl de feiten al geruime tijd op tafel liggen.

De volgende gewetensvragen worden door de onderzoekers voorgesteld omdat deze (mede) scherpe input geven om het vertrekpunt van de verandering (de rationale) te voorzien van betekenis:

1. Wat is nu écht het probleem en van wie is het en is er commitment?
2. Waardoor kan dit probleem opnieuw ontstaan, zelfs als iedereen "perfect" werkt?
3. Willen we dat nu ook écht gezamenlijk oppakken en wie voert regie?
4. Welke aanname/regel/incentive stuurt het gedrag dat dit probleem logisch en herhaalbaar maakt?
5. Welke structurele wijziging zou, als we die morgen doorvoeren, dit probleem aantoonbaar minder waarschijnlijk maken?
6. Hebben we écht de ambitie om het op te pakken en zijn we daarbij bereid om zelf iets in te leveren?

Een volmondig 'ja' op de laatste vraag is een cruciale randvoorwaarde voor alles wat hierna in dit rapport zal volgen. Als het antwoord ja is, dan vraagt dit leiderschap, durven en doen om alle aanbevelingen echt ter harte te nemen.

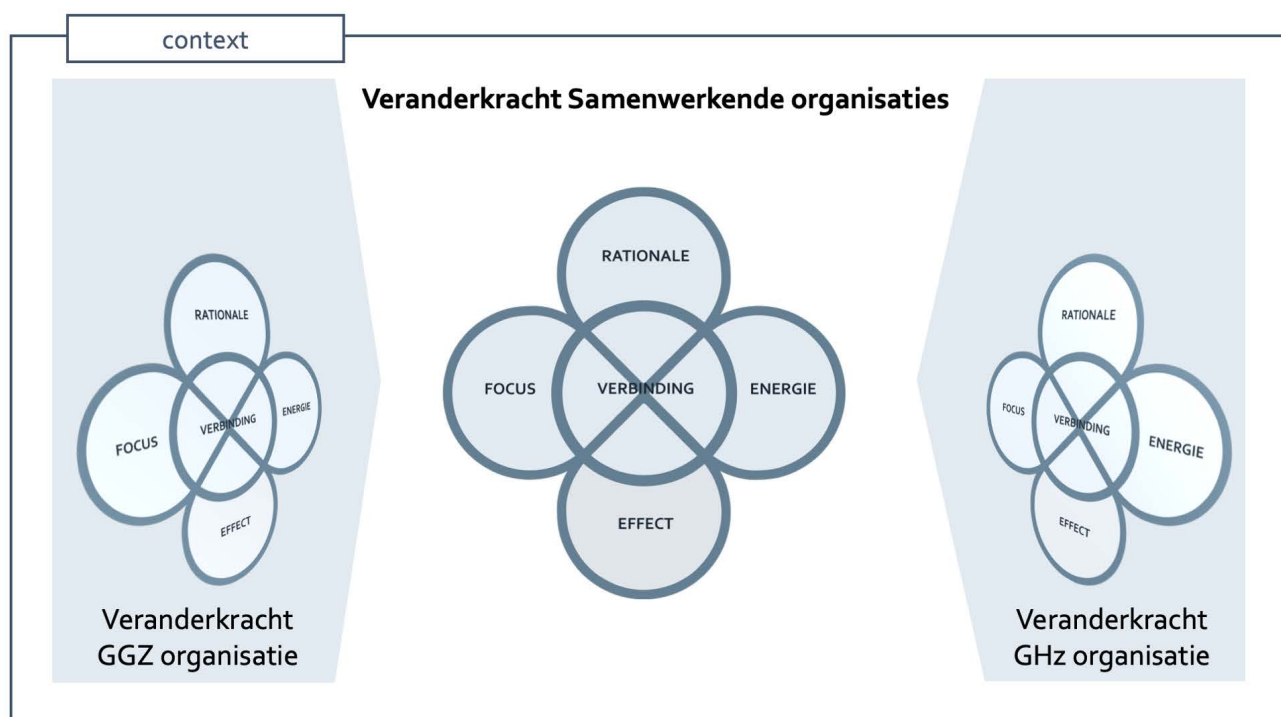
5. VERANDERAANPAK



5. VERANDERAANPAK

Het Veranderkrachtmodel wordt enerzijds gebruikt voor de diagnose en anderzijds om te ordenen in wat er moet gebeuren; de veranderaanpak. In de veranderaanpak wordt een onderscheid gemaakt tussen lange termijn en korte termijn interventies, omdat er zowel aangrijpingspunten in het hier en nu liggen én er onderwerpen zijn die een meer lange adem vereisen. Ook wordt (waar mogelijk) per interventie aangeduid welke partij de 'logische' regisseur zou kunnen zijn, zodat het eigenaarschap op deze verandering ook expliciet kan worden belegd.

Het voorliggende vraagstuk kan getypeerd worden als een transitie (zie hierover hoofdstuk 6): 'het gaat er niet zozeer om verandering te realiseren in organisaties, maar om het vormgeven van vraagstukken in de ketens en netwerken waarvan deze onderdeel uitmaken'. Organisaties zijn dus van elkaar afhankelijk. Met andere woorden: de benodigde veranderkracht van de samenwerkende organisaties is de resultante van de veranderkracht van afzonderlijke organisaties die bekrachtigd worden op de verandering vanuit hun context (derde partijen) én de besturing op de verandering binnen de samenwerkende organisaties. En dit is ook exact waarom 'samen veranderen' een fragiel proces is; er is immers altijd wel een argument aan te wijzen waarom het organisatiebelang niet strookt met het belang van de samenwerkende organisaties waardoor het geheel wordt *gesuboptimaliseerd*. Oftewel; organisaties die blijven denken vanuit hun eigen onderdeel verkleinen de potentiële kracht van het geheel.



Figuur 10: De veranderkracht van het geheel is afhankelijk van en wordt beïnvloed door de veranderkracht van de afzonderlijke organisaties



5.1 VERANDERAANPAK OP KORTE TERMIJN: DOORBREKEN, OPLOSSEN EN FORCEREN

VERANDERAANPAK STAP 1. VERBINDING: WERKEN AAN EEN STERKE VERBINDING - IMAGINEREN

De eerste veranderaanpak, die in dit vraagstuk nodig is, is verbinden. Dit is de aanpak die een oplossing biedt als er op allerlei gebieden veel gebeurt, maar het ontbreekt aan samenhang en consistentie vanuit een gekozen richting. In een transitie (de derde orde verandering) is het borgen van een sterke verbinding tussen de branches en samenwerkende organisaties des te belangrijker omdat er geen 'panklaar' routeboekje ligt hoe organisaties samen van A naar B komen.

Inrichting landelijk regietafel én toekomstagenda

Zoals eerder gesteld vraagt een integraal vraagstuk ook een integrale(re) benadering. Dat er sturing op dit vraagstuk nodig is om verandering te 'forceren' is helder. Om alle volgende interventies uit te voeren is het eerste advies om een landelijk regieorgaan in te richten, waarin alle betrokken partijen (zoals VGN, De Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS samen regievoeren op dit vraagstuk. Zij staan aan de lat om gezamenlijk toekomstbeelden te schetsen en een visie te ontwikkelen, die de beweegrichting op landelijk niveau schetst. Deze partijen moeten allereerst werken aan een collectieve ambitie, de uitgangspunten of leidende principes voor de samenwerking én het gemeenschappelijk psychologisch contract⁵¹. Zij hebben ook een voorvechters-rol om de collectieve ambitie te vertalen naar een koers, kaders en uitgangspunten voor de aangesloten organisaties. Eén belangrijk uitgangspunt hierin is de erkenning van de VB/GGZ-doelgroep in beide sectoren en het commitment dat het te allen tijde voorkomen moet worden dat mensen tussen wal en schip vallen. Tevens staan zij aan de lat voor het ontwikkelen van een gezamenlijk gedragen en geïntegreerde toekomstagenda tussen Ghz en GGZ, samen met kenniscentra (CCE, LKC-LVB, Phrenos, Trimbos e.a.) en beroepsorganisaties. Dit is geen vrijblijvende toekomstagenda, maar een bindende agenda die een structurele samenwerking 'forceert' en faciliteert. Hierin moet ook worden vastgesteld 'wie ervan is', oftewel: wie vervult de functie van de 'verkeerstoren bij Schiphol' voor het noodzakelijke overzicht op dit vraagstuk, wie zorgt dat landelijke initiatieven worden gecoördineerd en gesynchroniseerd en wie ziet erop na dat alle (landelijk) betrokken partijen hun 'deel' van de beoogde verandering serieus nemen en er bij het achterblijven van de beoogde resultaten bijgestuurd gaat worden?

De regietafel moet voorzien in *kolom-overstijgende prikkels*

Om dit vraagstuk op te lossen is het cruciaal om verbinding over de sectoren heen te creëren, in hoofdstuk 6 wordt dit ook wel 'kolom-overstijgend' genoemd. Om tot samenwerking over de sectoren heen te komen moet er wel voldoende prikkel zijn om die samenwerking op te zoeken. Deze is er vaak niet vanwege 'wij-zij' die ontstaat door de sterke identificatie met de eigen 'eenheid/specialisme/doelgroep'. Dit vraagt het wegnemen van blokkades (denk ook financieel) en het stimuleren van verbinding (op visie op de doelgroep), of iets anders wat bijdraagt tot een intrinsieke sociale groep. Positieve financiële prikkels, maar ook voorbeelden van cliënten die geholpen zijn door de verbeterde samenwerking, kunnen samenwerking stimuleren. Het is van belang dat de regietafel een set aan kolom-overstijgende prikkels in werking kan stellen.

51 Het psychologisch contract is het geheel van ongeschreven, subjectieve verwachtingen en wederzijdse verplichtingen tussen een partijen over wat ieder van de ander mag verwachten binnen de arbeidsrelatie. Het gaat om niet-formeel vastgelegde afspraken, maar wat men denkt dat overeengekomen is. Het is psychologisch omdat het berust op percepties en interpretaties van beide partijen. Denise Rousseau (1989): "The individual's beliefs regarding the terms and conditions of a reciprocal exchange agreement between that person and another party." Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2(2), 121-139. <https://doi.org/10.1007/BF01384942>



Landelijk en regionale stakeholderanalyse

Het valt op dat belangrijke spelers in een samenwerkingsverband vaak onvoldoende inzicht hebben in het complete stakeholderveld en bijbehorende belangen, laat staan dat hier proactief sturing aan gegeven wordt. Complexe samenwerkingsverbanden zoals deze tussen de GHZ en GGZ stagneren in de brij van belangen en politieke bewegingen en zonder echte resultaten; dit is een gemiste kans⁵².

Succesvolle samenwerkingsverbanden houden er daarom rekening mee dat er tijd uitgetrokken wordt om een goede stakeholderanalyse van potentieel betrokken organisaties en actoren te maken. Juist in transities waar organisaties afhankelijk van elkaar zijn en niemand exact weet hoe het toekomstplaatje eruitziet, moet zorg worden gedragen dat iedere deelnemende organisatie zijn eigen *pains* en *gains* begrijpt en deze belangen transparant kan inbrengen in de samenwerking. Er staat namelijk altijd iets voor een organisatie 'op het spel' en men kan deze kaarten niet tegen de borst houden, omdat hiermee het geheel wordt gesuboptimaliseerd.

Communicatie en ambassadeurs

Ontwikkel een brede communicatiestrategie die inzet op gedeelde visie, inclusie en gezamenlijke verantwoordelijkheid tussen professionals in Ghz en GGZ. Communicatie moet niet 'meer werk' betekenen, maar ondersteunen bij de noodzakelijke stap om te komen tot een integrale manier van denken en doen. Vanuit de regietafel moeten ambassadeurs voor verandering worden aangesteld. Het inzetten van ambassadeurs of 'kartrekkers' kan helpen om het draagvlak voor de samenwerking te bevorderen. Effectieve ambassadeurs moeten hierin ten minste voldoen aan twee cruciale voorwaarden: ze moeten legitimiteit hebben naar de 'achterban' waar de verandering gedragen moet gaan worden én zij moeten in staat zijn om vanuit het geheel te redeneren in plaats van vanuit hun eigen perspectief. Deze interventie kan opgepakt worden door de regietafel.

VERANDERAANPAK STAP 2. RATIONALE: WERKEN AAN EEN STERKE BEWEEGREDEN - IMAGINEREN

Imagineren richt zich op het collectieve voorstellingsvermogen. Het is van groot belang dat er een verhaal ontwikkeld wordt waarlangs organisaties doelgericht en doelbewust kunnen werken. Bij een dergelijk majeur vraagstuk hangt er veel van deze stap af, omdat op bestaande visies, routines, modellen en metaforen onvoldoende vertrouwd kan worden. Soms zijn deze zelfs belemmerend omdat deze sterk gebouwd zijn op een enkelvoudig perspectief.

Op basis van een gezamenlijk gevoelde urgentie een collectieve ambitie ontwikkelen voor de langere termijn

Elke succesvolle verandering kent een sterke ambitie en/of urgentie. In een duurzaam samenwerkingsverband wordt de – in dit geval – urgentie door alle partijen erkend. De urgentie moet een gedeelde urgentie van GHZ en GGZ zijn, het kan niet alleen van één kant komen. Eén van de elementen die in deze voorbeelden hebben geleid tot succes is dat alle betrokken partijen een gedeelde urgentie voelden. In geen van de gevallen moest de een overtuigd worden door de ander. Een gedeelde urgentie is daarmee een succesfactor voor een duurzame oplossing. Zoals opgemerkt in de werkende elementen van de succesvoorbeelden helpt het om de problematiek schrijnend in beeld te brengen. Eén van de voorbeelden is het gebruik maken van een foto van een bekende cliënt die stelselmatig niet wordt voorzien in zijn zorgvraag waardoor telkens het bewustzijn en urgentie werd aangewakkerd. Dit betekent, gezien de verkregen informatie in de analyse, dat met name de urgentie vanuit de

52 Tenhaeff, G., & van Rossum, L. (2022, januari-maart). Samen veranderen: Een spel dat je in de vingers moet krijgen. Holland Management Review (HMR), 201. <https://www.hmr.nl/artikel/samen-veranderen-een-spel-dat-je-in-de-vingers-moet-krijgen/>



GGZ veel sterker aangewakkerd moet worden om tot een gelijk vertrekpunt te komen. Dit is een logische rol voor zowel de samenwerkende branches als voor de Nederlandse ggz in het bijzonder. Zoals eerder aangegeven zijn er wel degelijk goede voorbeelden van samenwerkingsconstructies die – binnen het huidige systeem – laten zien dat het wel kan. Deze interventie ligt primair bij de individuele organisaties, mogelijk gevoed en ondersteund door het zorgkantoor die moet voorzien in de regionale matching van zorgvraag en -aanbod.

Start klein en houd het grote voor ogen

Gezien de veelheid aan onderwerpen en het bijbehorende risico dat er te veel tegelijk wordt aangeraakt, is het van groot belang dat er hele gerichte en scherpe veranderdoelen worden geformuleerd. Oftewel; voorkom te grootse meeslepende plannen. Dit wordt onderstreept door de succesvoorbeelden in het land. Deze laten zien dat men in staat is om klein en overzichtelijk (pragmatisch) te beginnen, zonder het grote doel uit het oog te verliezen. Uit één succesvoorbeeld kwam duidelijk naar voren dat beide organisaties en professionals er 'blanco' ingingen; 'niemand weet precies wat we gaan tegenkomen, maar laten we klein beginnen en goed in contact blijven'. Dit is een aandachtspunt per individuele organisatie(s) die integraal (willen) gaan samenwerken.

Zorgen voor inspiratie, gezamenlijke visie en taal ontwikkelen

Vanuit de brancheorganisaties en zorgkantoren is het zaak om fors te investeren in het creëren van een collectief voorstellingsvermogen, zodat (zorg)professionals meer mogelijkheden zien naast de hoeveelheid obstakels. De obstakels krijgen anders van nature meer aandacht en dat werkt contraproductief. Daarom moet er op een niveau hoger, zoals bijvoorbeeld op het niveau van de branches, gezorgd worden voor het scheppen van een stimulerend, vruchtbaar (streef)beeld waarin óók aandacht is voor het kwetsbare gesprek over wat men vreest te verliezen. Dit kan in de vorm van congressen en lezingen waarin naast 'informatie zenden' ruimschoots aandacht is voor het ontwikkelen van een 'gezamenlijke visie' en taal. Het is aan te raden om de ambassadeurs vanuit beide domeinen hier een primaire rol te in te geven. Zij moeten aan hun 'achterban' kunnen laten zien dat het redeneren vanuit eigen belang het geheel *suboptimaliseert*. Om tot echte doorbraken te komen is het ook aan te raden om de gewetensvragen in paragraaf 4.1 hier expliciet een plek in te geven: Wat is nu écht het probleem en van wie is het? Willen we dat nu ook écht gezamenlijk oppakken? Hebben we écht de ambitie om het op te pakken en zijn we daarbij bereid om zelf iets in te leveren?

Het risico ligt namelijk op de loer dat dezelfde *loop* telkens terugkomt; ja, we moeten iets met dit vraagstuk, dus we organiseren een congres en vervolgens bespreken we de – wel aanwezige – onderstroom niet. Dan blijft voortgang achterwege en wordt het volgende congres opgetuigd. Deze *loop* leidt tot cynisme en is een energieverspilling zolang het échte gesprek niet gevoerd wordt en er geen prioritaire keuzes worden gemaakt (zie: factor focus).

VERANDERAANPAK STAP 3. EFFECT: MAAK DE VERANDERING CONCREET VOOR BETROKKENEN - MATERIALISEREN

Dit staat voor het omzetten van de rationale in consequenties en betekenis voor betrokkenen. Deze stap richt zich erop mensen te stimuleren deel te nemen. Het kleine verhaal voor het individu, team of afdeling staan hierin centraal: 'what's in it for me' en hoe kan ik hieraan bijdragen?

Collectieve doelstellingen formuleren

Hoewel een verbindende, gezamenlijke visie voor een samenwerkingsverband van groot belang is, wordt over het algemeen te weinig aandacht besteed aan het doorleven van concreet te behalen resultaten. Zoals aangeven in



paragraaf 2.3.2 zijn bestuurders en managers zich bewust van de noodzaak voor een structurele oplossing voor deze specifieke doelgroep. Dit vertalen naar een gezamenlijke *business case* lijkt echter onvoldoende te worden gedaan en de benodigde middelen zijn te laag. De *business case* wordt onvoldoende doorleefd en de opbrengsten vallen dan vaak tegen. Met het concretiseren en grondig doorleven van de beoogde gezamenlijke en individuele resultaten start het samenwerkingsverband op een goede manier. De resultaten en afspraken moeten zo duidelijk mogelijk op tafel liggen, zodat elk van de partijen volmondig kan instemmen en zich eraan kan verbinden. Samenwerking wordt zo geen doel op zich, maar blijft een strategische interventie om kritieke doelen te bereiken. Het is daarom aan te bevelen om de gezamenlijke korte- en lange termijn doelen en resultaten te formuleren, deze te doorleven én de benodigde individuele resultaten van de deelnemende organisaties te delen en te begrijpen. Waar nodig moeten korte termijn 'verliezen' gecompenseerd worden, zodat er voor iedereen een goed perspectief is om 'in te stappen'. Het is ook een afspraak om af te spreken dat een samenwerking wordt opgezet zonder harde (korte termijn) resultaten af te spreken en het te monitoren en pas na x-periode (bijvoorbeeld 2 jaar) toe te werken naar resultaatafspraken. Dit kan essentieel zijn om gevoelde ruimte in te bouwen waarin geleerd mag worden.

Gerichte voorlichting bieden

Omdat beide domeinen nu hoofdzakelijk binnen hun eigen organisatiegrenzen denken is het verstandig om in kolom-overstijgend verband te werken aan collectiviteit. De GHZ en GGZ (al dan niet via de brancheorganisaties en/of zorgkantoren) zouden samen gerichte voorlichtingen kunnen verzorgen over dit vraagstuk en over de gevolgen op het moment dat er niet wordt ingegrepen. Dit is nodig om tegenwicht te bieden aan percepties, misvattingen en negatieve opvattingen over de benodigde verandering. Hierbij het is van belang dat beide partijen onrust en ongenoegen signaleren en daarop reageren. Deze interventie moet ervoor zorgen dat (zorg)professionals concrete handvatten krijgen over hoe zij kunnen bijdragen aan dit vraagstuk. Het gezegde *onbekend maakt onbemind* is hier simpelweg aan de orde. Zowel professionals vanuit de GHZ en GGZ geven aan handelingsverlegenheid te hebben voor cliënten met problematiek waar zij minder bekend mee zijn. Dit is volstrekt begrijpelijk en dat maakt dat zij hierin ondersteund moeten worden. Meer hierover in de interventies ten aanzien van de factor energie (stap 5).

Perspectief bieden

Het is van groot belang dat (zorg)professionals een persoonlijk voordeel én perspectief zien in dit vraagstuk. Wat opvalt in de interviews is dat (logischerwijs) diegene die ziet dat het wél kan positiever is over de slagingskansen en het persoonlijke voordeel van de verandering. Dit wordt ook wel het '*mere exposure effect*'⁵³ genoemd; we prefereren het bekende, dus hoe vaker je ziet dat iets wel kan, des te meer je gelooft dat het kan. Andersom wijzen we datgene dat we niet kennen al snel af. Dit wordt in stand gehouden wanneer professionals en organisaties mensen met multiproblematiek (of het vermoeden daarvan) 'doorschuiven', daarmee ontnemen ze de kans om deze cliëntgroep beter te leren kennen en zichzelf de vaardigheden aan te leren die nodig zijn om met deze groep om te gaan. Dit biedt kansen in het voorliggende vraagstuk, want wat is ervoor nodig om professionals een persoonlijk voordeel en of perspectief te bieden in deze verandering en hoe kunnen ze gefaciliteerd worden om elkaars wereld te begrijpen? Oftewel, professionals moeten vaker zien dat het wél kan. Hoe meer men in aanraking komt met goede voorbeelden en enthousiaste collega's uit andere organisaties, des te groter de kans dat men er ook in gaat geloven. Dit kan vormgeven worden doordat collega's een kijkje in elkaars keukens kunnen nemen. Dit kan fysiek en mogelijk zijn er ook goede digitale oplossingen te bedenken.

53 Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1–27.



VERANDERAANPAK STAP 4. FOCUS: ZORG VOOR BEKRACHTIGENDE KADERS - *CONTAINEN*

Door deze veranderaanpak worden kaders en richtlijnen geboden om te zorgen voor een omkaderde beweegruimte. Ook wel: het ontwikkelen van de randvoorwaarden van de organisaties voor succesvolle samenwerking.

Lange termijn ambities vertalen naar duurzame strategische keuzes én sturing.

In het verlengde van het ontwikkelen van een collectieve ambitie, moeten GHZ en GGZ samen staan voor één integrale visie op deze doelgroep. Deze visie dient naast inhoudelijk gedeeld te worden ook gepaard te gaan met (concrete) inspanningsverplichtingen. Dit betekent dat beide zorgdomeinen hun aanpak en inzet op elkaar afstemmen. Als strategieën van de betrokken organisaties namelijk sturen op tegenovergestelde belangen, zal dit onvoldoende bijdragen aan een duurzame oplossing.

Verplichte opleidingen en scholing aanpassen o.b.v. gezamenlijke visie

Een geïntegreerd aanbod op 'multiproblematiek' vraagt daarom ook een geïntegreerde aanpak en taal. Er is echter te weinig wederzijdse kennis en scholing: GHZ mist vaak expertise over psychiatrische problematiek, GGZ over verstandelijke beperkingen. Dit leidt tot handelingsverlegenheid in de behandeling van de cliënt. Het versterken van professionals in termen van kennis en kunde over het andere domein is essentieel. Het versterken kan door middel van een gezamenlijke kennisinfrastructuur, zoals LKC-LVB, KC Phrenos en Trimbos, over deze doelgroep. Mogelijk is er een adequaat bestaande infrastructuur, eventueel moet deze uitgebreid worden en het is ook niet ondenkbaar dat er een nieuwe kennisinfrastructuur voor opgezet dient te worden. Naast kennisdeling kunnen dergelijke platforms ook enthousiasmeren door het delen van succesverhalen.

Gezamenlijke vrijplaats organiseren

Het écht realiseren van een doorbraak voor deze doelgroep is eenvoudiger vanuit een nieuwe organisatorische context. In vele gevallen is dit benoemd als: we hebben een vrijplaats nodig waarin welwillende professionals elkaar kunnen ontmoeten; dit is een 'blanco', nieuwe context, met bestuurlijk mandaat, waarin professionals de ruimte krijgen én nemen om het verschil te maken voor deze doelgroep. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen over succesvolle samenwerkingsverbanden. Namelijk; stel bij het inrichten van de organisatie de te behalen resultaten en uit te voeren activiteiten centraal (denken vanuit de cliënt en het uit te voeren werk). In de praktijk wordt dit veelal andersom gedaan. In veel samenwerkingsverbanden wordt samengewerkt vanuit de bestaande organisaties. Die bestaande organisatie voert gemeenschappelijke activiteiten uit met een andere organisatie en vanuit beide organisaties wordt een samenwerking georganiseerd. Hierin is er dus éérst een organisatie (-inrichting) en vervolgens een samenwerking.

In succesvolle samenwerkingsorganisaties zie je dat de organisatie-inrichting volgend is op doelen en activiteiten. Dit wordt ook zichtbaar in de werkende elementen van de succesvoorbeelden; richt een 'vrijplaats' in waar professionals elkaar in een nieuwe context kunnen her-ontmoeten. Om hierin klein te kunnen beginnen kan – in eerste instantie – ook gedacht worden aan samenwerking binnen bestaande afdelingen. Zo kan men een gevoel ontwikkelen over elkaars vakgebied en gelijkwaardigheid creëren. Indien mogelijk kan men in de volgende stap denken in pilots waarin mensen met een combinatie van GHZ- en GGZ-behoefte op één locatie worden behandeld, waarbij de focus ligt op de crisis- of behandelvraag en niet strikt op de indicatie of wetgeving. Op deze wijze kan er onderlinge uitwisseling van kennis plaatsvinden én worden cliënten behandeld.



Passend gedrag en cultuur

Dit onderzoek bepleit een gedragsverandering waarbij professionals, vanuit een gezamenlijke visie en met openheid voor elkaars benaderingen, samenwerken. Dit vraagt dat men bereid is om eigen visies los te laten en samen tot een gemeenschappelijk zorgmodel te komen. Dit klinkt eenvoudig maar is zeer complex. Professionals ontlenuen immers status en identiteit aan hun positie in het zorglandschap. Die positie geeft comfort en zekerheid. Terwijl dit vraagstuk – op organisatie- en individueel niveau – vraagt om het loslaten van die status en identiteit en ervoor openstaan om complexe cliëntproblematiek eens van een andere kant te bekijken, waarbij men moet durven twijfelen en ‘in de vrij moeten leren staan’ om niet vanuit hun eerste ‘natuur’ te reageren.

Op landelijk niveau is ook actie nodig om te werken aan gelijkwaardigheid tussen beiden domeinen (GHZ en GGZ). Dit vraagt een inspanning vanuit de regietafel – in elk geval – VGN, De Nederlandse ggz, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) om enerzijds ervan doordrongen te zijn van wat de urgentie op landelijk niveau op dit vraagstuk is en anderzijds om elkaar complementariteit te bekrachtigen. Beide domeinen vervullen namelijk tezamen een complementair aanbod, maar dit vraagt wel dat men dat erkent én daarnaar handelt. Daarmee wordt bedoeld dat het essentieel is dat eminente professionals zich uitspreken, dat zij de meerwaarde van het andere domein zien. Andersom betekent het ook dat er bijgestuurd moet worden wanneer het tegenovergestelde gebeurt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het ontkrachten dat deze cliëntdoelgroep óók thuishoort in de GGZ. Mocht dit optreden dan is het van belang om geen generieke oplossing voor een specifiek probleem te ontwikkelen, met andere woorden; het vraagt om gericht sturen op gedragsverandering bij specifieke (zorg)professionals waarvan bekend is dat zij vanuit een ongelijkwaardige positie naar de behandeling en begeleiding van deze doelgroep kijken.

VERANDERAANPAK STAP 5. ENERGIE: DE VERANDERING MOET GEVOED WORDEN - VOEDEN

De laatste stap is het voeden. Vanuit consensus moet er worden gezorgd voor de noodzakelijke brandstof voor de verandering. Hiermee krijgt de verandering bereidheid, bekwaamheid en noodzakelijke middelen (brandstof).

Leiderschap en eigenaarschap tonen

Om écht een stap te kunnen zetten is leiderschap nodig, iemand die opstaat en zegt ‘ik weet niet hoe wel, maar zo kan het niet langer’ en professionals steunt en beschermt om ook het verschil te kunnen maken en daarin te kunnen leren. In de succesvolle praktijkvoorbeelden valt op dat samenwerkingsverbanden gesteund zijn (of gestart zijn) door managers en bestuurders, vanuit GHZ en GGZ, die echt het verschil willen maken voor deze doelgroep. Het is daarom van belang om ‘de juiste spelers’ op de juiste niveaus actief te betrekken. Het is cruciaal de juiste vertegenwoordigers in het samenwerkingsverband te laten plaatsnemen. Bij ‘spelers’ hebben we het dus over de vertegenwoordigers van de direct betrokken organisaties (vaak in de vorm van een bestuur, stuurgroep of werkgroep) die de verantwoordelijkheid dragen om de afgesproken resultaten te behalen. Hierbij dienen de vertegenwoordigers aan drie kenmerken te voldoen: legitimiteit, vertrouwen en transparantie. Je bent legitiem vertegenwoordiger als je de functie en het mandaat hebt om, in voldoende mate, zelfstandig besluiten te kunnen nemen die nodig zijn in het licht van het te behalen resultaat. Iemand die naar voren geschoven wordt en een weinig relevante functie of kennis van zaken heeft ten opzichte van hetgeen veranderd of uitgevoerd dient te worden, wordt niet serieus genomen en verstoort een adequaat sturings- en besluitvormingsproces. Vertrouwen fungeert als haarlemmerolie in een samenwerkingsverband en creëert het geloof bij andere vertegenwoordigers dat afspraken ook echt nagekomen worden. De aanwezigheid van onderling vertrouwen in een samenwerkingsverband heeft een positieve relatie met prestaties. Wantrouwen is een rood licht en het is



belangrijk dat de spelers hier op een goede manier op kunnen anticiperen. Transparantie is hierin essentieel en heeft een tweeledige functie: enerzijds draagt het direct bij aan het vergroten van vertrouwen en dus indirect aan betere prestaties. Anderzijds laat het aan de spelers en organisaties zien waar de belangen, pijnpunten en uitdagingen van de organisatie liggen. Zo kan het gesprek om elkaar te helpen eenvoudiger gevoerd worden. Houd de kaarten dus niet te veel tegen de borst is het advies.

Stimuleer het leren

Stimuleer intensievere kennisuitwisseling tussen de Ghz en GGZ door gezamenlijke opleidingsmogelijkheden te ontwikkelen en meer in geïntegreerde teams te werken. Dit bevordert een gedeelde expertisebasis en versterkt de kwaliteit van zorg. Versterk de samenwerking door regelmatig gezamenlijke casuïstiekbesprekingen te organiseren en multidisciplinaire teams samen te stellen die domein-overstijgend opereren. Zo kunnen ambulante GGZ-teams bijvoorbeeld nauw samenwerken met gedragsdeskundigen uit de VG-sector, wat leidt tot efficiëntere en beter afgestemde zorg.

5.2 VERANDERAANPAK LANGE(RE) TERMIJN: DUURZAAM FACILITEREN EN OPBOUWEN

Naast interventies op de kortere termijn, zijn er ook interventies voor de langere termijn gedestilleerd. Deze interventies kunnen deels parallel worden opgestart aan de interventies voor korte termijn.

Blijf de urgentie uitdragen

Als samenwerking tussen beide domeinen eenvoudig was geweest dan was het al lang geen issue meer. Uit dit onderzoek blijkt wederom de veelheid aan onderwerpen waar aandacht voor moet zijn, van strategische keuzes, kennisdeling, tot aandacht voor de opvattingen en cultuur. Dit betekent dat er sprake moet zijn van 'een lange adem' en de vasthoudendheid die dat vraagt moet telkens gevoed worden. Op het moment dat de aandacht afzwakt is de kans aanwezig dat de benodigde persistente houding ook afzwakt. Met andere woorden: onder aanvoering van de landelijke regietafel zal de urgentie binnen alle relevante beroepsgroepen langdurig uitgedragen moeten worden om daarmee het 'grote verhaal' van de verandering te blijven laden.

Creëer ruimte in plaats van belemmerende wet- en regelgeving

Wat opvalt in de succesvoorbeelden is dat professionals zelf ruimte creëren. Daarin moeten ze creatief zijn om huidige wet- en regelgeving en bijbehorende financiering te omzeilen of te herontwerpen. Denk hierbij alleen al aan de beleidskaders ten aanzien van de Wet zorg en dwang versus de Wet verplichte GGZ; het is het onderzoeken waard op welke manier de geest van wetgeving gehandhaafd kan blijven, maar de regels van de wet van meer ruimte te voorzien. Binnen de Wlz zijn er zorgzwaartepakketten voor onder andere de GHZ en GGZ opgesteld. Zoals eerder gesteld beweegt de doelgroep zich over deze profielen heen. Het is daarom essentieel om nader te verkennen welke scheidslijnen tussen de profielen Wlz-VG en Wlz-GGZ mogelijk leiden tot versnipperde en niet-geïntegreerde zorg. Deze dienen te verdwijnen of aangepast te worden om professionals meer ruimte te geven en kansen te bieden om overstijgend aan de domeinen samen te werken.

Gerichte aandacht voor Wlz zorg in de GGZ-organisatiestructuur

GGZ-organisaties hebben voor deze doelgroep te maken met zowel de Zvw gefinancierde zorg als Wlz gefinancierde zorg. De Zvw gefinancierde zorg is het overgrote deel binnen de GGZ (ca. 1,5mln cliënten, ten opzichte van de Wlz zorg (35.000 cliënten), zie paragraaf 2.3.4. Dit betekent dat GGZ-organisaties logischerwijs zijn ingericht passende bij de core business (Zvw zorg leveren). De dynamiek en sturingsmechanismen hiervoor stroken niet volledig met



de langdurige Wlz zorg. Het is de vraag in hoeverre het reëel is om van GGZ-organisaties te vragen om deze twee uiteenlopende vormen van zorg te verenigen. Het vraagt mogelijk om een organisatie die even sterk moet zijn in twee verschillende disciplines die ongelijk zijn qua omvang, waarbij het – gezien de procentuele verhoudingen – logisch is dat de focus op de Zvw zorg komt te liggen. Met andere woorden, het is het onderzoeken waard of GGZ-organisaties beide werelden voldoende kunnen verenigen. En zo nee, of er binnen GGZ-organisaties een gescheiden organisatieonderdeel Wlz kan bestaan ofwel er aparte GGZ Wlz organisaties moeten worden opgericht.

Integrale indicatiestelling

Het inrichten van een integrale indicatiestelling is noodzakelijk. De discussie welke aandoening voorliggend is, suggereert namelijk al direct een minder gelijkwaardige (integrale) inrichting van de benodigde zorg. Het is aan te bevelen om toe te werken naar een gezamenlijke indicatiegroep voor cliënten met complexe GHZ-GGZ problematiek met daaraan gekoppeld één geïntegreerd financieringsstelsel. In de tussentijd is het van belang om – zoals gesteld in hoofdstuk 3 – een indicatie (indien nodig) door meerdere professionals te laten stellen, zodat er multidisciplinair gekeken kan worden. Idealiter zou het gezien de inefficiëntie – op termijn – aan te bevelen zijn om professionals op te leiden die met afdoende kennis en inzicht van beide werelden de indicatie kunnen stellen. Ook kan hierin gedacht worden aan een onafhankelijk diagnostisch GHZ/GGZ team per regio ten behoeve van objectieve indicatiestelling en advies.

Financieel systeem dat bekrachtigt

Het zorgprestatie-model kent zijn oorsprong in de Zvw gefinancierde zorg. Een cliënt met Wlz-indicatie kan nog steeds Zvw-GGZ-behandeling ontvangen (bijvoorbeeld van een externe behandelaar). Dát deel valt dan onder de Zvw en wordt dus wél via het zorgprestatie-model gedeclareerd. De Wlz-onderdelen zelf (verblijf, GGZ-wonen, specifieke behandeling binnen Wlz-profielen) worden met Wlz-prestaties en niet met het zorgprestatie-model gefinancierd. Binnen het zorgprestatie-model wordt de tijd die de GGZ besteedt aan extra overleg, afstemming, het betrekken van de omgeving, voornamelijk gezien als indirecte tijd. Terwijl juist deze aandacht nodig is voor deze doelgroep. Daarom is het van belang om te verkennen of bekostiging voor indirecte tijd binnen de Zvw wél mogelijk is, zodat GGZ-organisaties daarin tegemoet worden gekomen.

Daarnaast kunnen op gebied van financiën diverse prikkels worden ingevoerd. Denk hierbij aan de per 1 januari 2026 van kracht zijnde doelgroep specifieke financiering voor VG7⁵⁴, structurele financiering voor kennisdeling, indirecte tijd en implementatieprojecten. Deze financiële stimulansen zijn cruciaal om samenwerking, scholing en preventie te belonen, in plaats van uitsluiting en verkokering.

Beleidsmatige sturing inregelen

Het lijkt evident dat zonder beleidsmatige sturing een structurele verandering uitblijft. Het is aan te bevelen om te onderzoeken welke vormen van beleidsmatige sturing ingeregeld kunnen worden, zodat de zorg voor deze doelgroep meer integraal geboden gaat worden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het verankeren van een vroegtijdige screening binnen de GHZ en GGZ. Door systematische en tijdige signalering kunnen problemen sneller worden onderkend en kan worden voorkomen dat cliënten langdurig in onjuiste behandeltrajecten terechtkomen. Hierin kan ook gedacht worden aan bijvoorbeeld een screening op LVB binnen de GGZ. Dit draagt bij aan het voorkomen van verkeerd afgestemde of zelfs schadelijke behandelingen, en zorgt ervoor dat behandelaren vanaf het begin zicht hebben op eventuele cognitieve beperkingen die van invloed zijn op diagnostiek en behandelrespons. Daarnaast is het wenselijk om, zowel in de Ghz als GGZ, screening verplicht te maken in

54 <https://www.vgn.nl/achtergrond/toelichting-en-veel-gestelde-vragen-vg7plus>



situaties waarin dwang wordt overwogen of toegepast. Een goede inschatting van het cognitieve en adaptieve functioneren van cliënten is in deze context essentieel om escalatie te voorkomen en passende interventies te kunnen inzetten. Hierbij kan ook gedacht worden aan het verplichten van een periodieke her-diagnose na meerdere jaren behandeling. Idealiter wordt dit geïntegreerd in bestaande zorgvuldige afwegingen die al plaatsvinden.

Opleidingen herzien en expertise ontwikkelen

Kennisdeling en wederzijds begrip vormen de basis voor betere diagnostiek, effectievere samenwerking en meer passende zorg. Door te investeren in structurele scholing en het ontwikkelen van een gezamenlijke taal kunnen misverstanden worden voorkomen en wordt de continuïteit van behandeling en begeleiding versterkt. Parallel aan de inhoudelijke verbeteringen binnen het zorglandschap is het daarom wenselijk om de huidige opleidingsstructuren te herzien. In de opleidingen voor Ghz en GGZ-professionals – waaronder psychiaters, artsen VG, GZ-psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten – verdient de multidisciplinaire bril meer aandacht. Dat wil zeggen, in de GGZ-opleiding meer aandacht voor de verstandelijke gehandicapten zorg en andersom. Een structureel onderdeel hiervan zou een verplichte stageperiode van bijvoorbeeld minimaal zes maanden kunnen zijn, zodat toekomstige professionals in de praktijk leren werken met deze doelgroep. Daarnaast is het van belang om interdisciplinair onderwijs en nascholing te ontwikkelen, dit zou vormgegeven kunnen worden door een sterker landelijk kenniscentrum waarin alle perspectieven vertegenwoordigd zijn. Hierbij kan ook gedacht worden aan het inrichten van regionale scholingsteams die scholing en consultatie bieden. Ook is het mogelijk om aandachtfunctionarissen GGZ binnen GHZ-teams aanstellen en andersom waarbij deze functionarissen elkaar regionaal ontmoeten.

Vormgeven van hybride woonzorglocaties

Het is aan te bevelen om meer hybride woonvoorzieningen⁵⁵ te realiseren die aansluiten bij deze doelgroep. Dit behelst enerzijds een vastgoedopgave en anderzijds een organisatorische opgave. Uit de interviews bleek namelijk dat zowel GHZ-organisaties als GGZ-organisaties aangaven een gebrek aan passende woonvoorzieningen te hebben. Aanvullend vraagt dit om het inrichten van kleinschalige, stabiele teams, die zijn gemengd zijn samengesteld (GHZ-GGZ).

55 Denk bijvoorbeeld aan Huize Padua Kraanmeer, een samenwerking tussen Philadelphia en GGZ Oost Brabant: <https://www.vgn.nl/nieuws-van-leden/samenwerking-ggz-oost-brabant-en-philadelphia-met-integraal-zorgaanbod>



In onderstaande figuur worden de voorgestelde interventies weergegeven per factor van het veranderkrachtmodel. Daarmee zijn de korte termijn interventies ook van belang op de langere termijn, deze lopen als het ware door.

	Korte termijn doorbreken, oplossen en forceren	Lange(re) termijn duurzaam faciliteren en opbouwen
Verbinden 	<i>Verbinden</i> - Inrichting landelijk regietafel én toekomstagenda - Kolom overstijgende prikkels - Landelijk en regionale stakeholderanalyse - Communicatie en ambassadeurs	
Rationale 	<i>Imagineren</i> - Op basis van gelijk ervoeren urgentie en collectieve ambitie ontwikkelen voor de langere termijn - Start klein en houd het grote voor ogen - Zorgen voor inspiratie, gezamenlijke visie en taal ontwikkelen	Blijf de urgentie uitdragen
Effect 	<i>Materialiseren</i> - Collectieve doelstellingen formuleren - Gerichte voorlichting bieden - Perspectief bieden	
Focus 	<i>Containen</i> - Lange termijn ambities vertalen naar duurzame strategische keuzes én sturing - Verplichte opleidingen en scholing aanpassen o.b.v. gezamenlijke visie - Gezamenlijke structuren en systemen opzetten - Aandacht schenken aan passend gedrag en cultuur	- Creëer ruimte in plaats van belemmerende wet- en regelgeving - Aandacht voor Wlz in de GGZ organisatiestructuur - Integrale indicatiestelling - Financieel systeem dat bekrachtigt - Beleidsmatige sturing inregelen
Energie 	<i>Voeden</i> - Leiderschap en eigenaarschap tonen - Stimuleer het leren	- Opleidingen herzien en expertise ontwikkelen - Vormgeven van hybride woonzorglocaties

Figuur 11: Interventies korte- en lange termijn

6. REFLECTIE TEN HAVE CHANGE MANAGEMENT



6. REFLECTIE TEN HAVE CHANGE MANAGEMENT

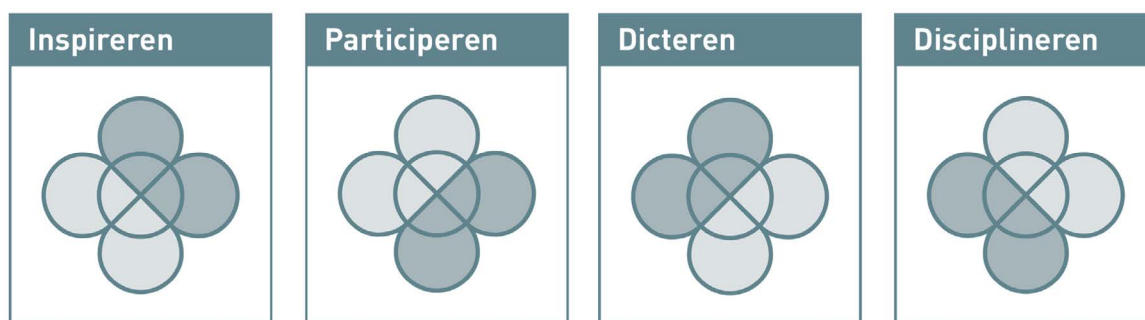
In dit laatste inhoudelijke hoofdstuk nemen wij, als organisatieadviseurs bij TEN HAVE Change Management, de ruimte om, vanuit ons bredere perspectief met kennis en ervaring in soortgelijke vraagstukken, enkele reflecties mee te geven. Deze reflecties worden opgedeeld in drie perspectieven; veranderkundig, organisatiekundig en psychologisch. Vanuit elk perspectief zijn er veel reflecties en inzichten mogelijk. Ten gunste van het doel en de behapbaarheid van dit onderzoek is ervoor gekozen om de meest fundamentele onderwerpen aan te snijden. Het veranderkundige perspectief wordt theoretisch verder uitgewerkt langs het Veranderkrachtmodel.

6.1. VERANDERKUNDIGE REFLECTIE

6.1.1 POSITIONERING VAN EERDERE INTERVENTIES

Op basis van een veranderdiagnose aan de hand van het veranderkrachtmodel kan een veranderaanpak worden opgesteld. Er zijn diverse veranderaanpakken te definiëren⁵⁶. Voor het belang van deze paragraaf duiden we vier veranderaanpakken, hieronder afgebeeld in figuur 10.

Wat ons opvalt is dat er al diverse interventies in het verleden zijn ondernomen die gaan over het brengen van inspiratie en kennis. Dat is de veranderaanpak: 'inspireren'. Deze gaat van 'rationale' naar 'energie'. Dat wil zeggen: we besteden veel aandacht aan het grote verhaal en dat zorgt ervoor dat er consensus over het vraagstuk is en leiders opstaan. Vervolgens leidt dat tot participatie ('participeren'); mensen willen én kunnen een bijdrage leveren aan de verandering en dat leidt tot resultaten (effect). We zien echter weinig interventies die via de linkerkant van het veranderkrachtmodel naar 'effect' bewegen. Namelijk; het grote verhaal (de urgentie) leidt tot strategische keuzes, sturing en het inrichten van organisaties (hard en zacht). Dit is de veranderaanpak 'dicteren'. Deze kan gevolgd worden door de veranderaanpak 'disciplineren'; namelijk er wordt gestuurd op het realiseren van de beoogde effecten. Dit is daarom voor ons een belangrijk ingrediënt waarmee we kunnen duiden waarom eerdere interventies niet hebben gezorgd voor het maximaal gewenste effect. Kennelijk zijn interventies die gaan over het maken van strategische keuzes, sturing en organisatie-inrichting inclusief de impact op taken (hetzij, afdelingstaken, teamtaken of individuele taken) zijn ofwel onvoldoende geslaagd in hun functie of zijn simpelweg (nog) niet aan de orde. In de veranderaanpak dicteren en disciplineren is er een wereld te winnen.



Figuur 12: diagonale veranderaanpakken

56 Zie daarvoor boek Veranderkracht – Succesvol doelen realiseren. ten Have, S., ten Have, W., Huijsmans, A.-B., & van der Eng, N. (2013). *Veranderkracht: Succesvol doelen realiseren*. Mediawerf



6.1.2 HET IS EEN TRANSITIE

Op veel terreinen vinden transitie plaats — van een lineaire naar een circulaire economie, naar meer waarde gerichte zorg, en naar duurzame energie. Door economische, bestuurlijke, sociale, ecologische en technologische ontwikkelingen moeten we anders gaan denken, handelen en organiseren om een duurzamere toekomst te creëren. Deze veranderingen raken alle sectoren: van zorg tot bouw, van publieke diensten tot de voedselindustrie. Het bestaande systeem en de gevestigde belangen komen steeds meer onder druk te staan, omdat er van buitenaf nieuwe eisen en verwachtingen ontstaan. Organisaties kunnen hier niet omheen en worstelen vaak met hoe ze met zulke transitie moeten omgaan. Het denken over transitie helpt om dit beter te begrijpen. Het biedt taal en perspectief om met deze complexe veranderingen om te gaan. Er wordt in de veranderkundige theorie onderscheid gemaakt tussen twee typen veranderingen binnen organisaties ('eerste en tweede orde') en een type verandering die tussen organisaties plaatsvindt ('derde orde'). De basis hiervoor is het een onderzoek uit 1990⁵⁷, in dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen 'single loop learning' en 'double loop learning'. Op basis hiervan zijn er drie verschillende typeringen van veranderingen geduid⁵⁸. Deze worden hieronder toegelicht:

A. ONTWIKKELINGSGERICHT, EERSTE ORDE VERANDERINGEN

Het gaat hier om een verandering die voortbouwt op het verleden en het bestaande (verder) verbetert, bijvoorbeeld het verbeteren van de performance of versnellen van een proces.

B. TRANSFORMATIE, TWEEDE ORDE VERANDERINGEN

Het gaat hier om een verandering die betrekking heeft op de overgang van de ene staat naar een fundamenteel andere staat, bijvoorbeeld de overgang van een gereguleerd monopolie naar een markt gedreven, competitieve business. Het bestaande organisatieparadigma moet hiermee worden herzien.

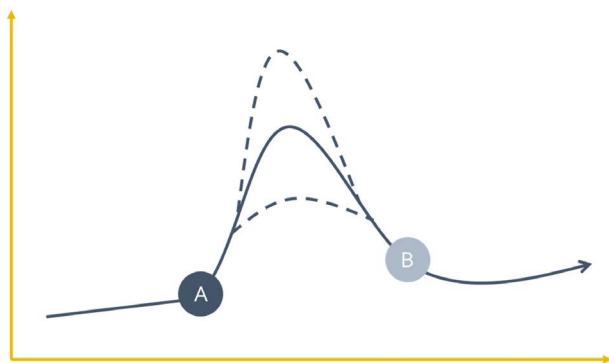
C. TRANSITIE, DERDE ORDE VERANDERINGEN

Dit betreft een verandering die een beweging van de ene staat of conditie naar een andere bewerkstelligt, bijvoorbeeld van handwerk naar geautomatiseerd. Het is daarmee een systeemverandering en niet enkel gericht op de (individuele) organisaties. Het gaat er niet zozeer om verandering te realiseren in organisaties, maar om het vormgeven van vraagstukken in de ketens en netwerken waarvan deze organisaties onderdeel uitmaken.

Het voorliggende vraagstuk kan getypeerd worden als een 'derde orde' verandering. Het gaat namelijk om een fundamentele beweging naar een andere werkwijze waarvoor een netwerk van organisaties benodigd is. Dit gaat gepaard met onzekerheid. In zekere zin gaan alle vormen van veranderingen gepaard met onzekerheid. In de derde orde verandering is deze echter vaak het grootst. Het betreft namelijk een zoektocht naar nieuwe mogelijkheden in een relatief onzekere situatie. Vaak is er wel een visie op de toekomst ('zo gaat de wereld er ongeveer uitzien'), maar deze is vaak nog niet vastomlijnd of gevat in specifieke en meetbare doelen of resultaten. Omdat de toekomst moeilijk te voorspellen en te plannen is, werken traditionele modellen en veranderaanpakken niet altijd meer. Er is meer ruimte nodig voor creativiteit en experiment. Dat is lastig, want mensen binnen organisaties hebben juist behoefte aan houvast en controle in een steeds veranderende wereld.

57 P.M. Senge (1990), *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*, New York: Currency.

58 Marshak, R.J. (1993). *Managing the metaphors of change*. *Organizational Dynamics*, 22, 44-56.



Figuur 13: derde orde van veranderingen

Elk type verandering vraagt om een andere aanpak. Kenmerkend voor een derde orde verandering is dat de gewenste situatie op hoofdlijnen bekend is (maar niet tot in detail uitgewerkt) en de route er naartoe onzeker. Dat betekent dat er van A naar B wordt bewogen, maar dat de weg naar B niet helemaal helder is en dat de route naar B een weg vol verrassingen is (figuur 11: derde orde van veranderingen). Aan de start heeft iedereen een redelijk gelijkmatig beeld van de toekomstige situatie, maar ook een eigen invulling van de weg ernaartoe. Onderweg kan het zijn dat er meevallers optreden, waardoor de route afgesneden kan worden. Of

er zijn tegenvallers waardoor de bestemming nog verder weg lijkt dan hij eigenlijk was. Het kan zelfs zo zijn dat B op de weg ernaartoe tóch verschuift door een onverwachte wending.

Dit betekent dat transities vragen om een aanpak waarin continu gekeken wordt naar de effecten van gekozen interventies. Dat vraagt ook dat er niet gewacht kan worden tot de weg naar B uitgekristalliseerd is. Alleen door te beginnen en onderweg continu te kijken, te leren en bij te stellen wordt de nieuwe situatie steeds zichtbaarder en daarmee de weg naar B duidelijker en concreter.

Het belangrijkste ingrediënt voor een transitie is dat elke betrokken organisatie in staat moet zijn om tegelijkertijd een stap naar het onbekende te maken. Wachten op elkaar zorgt ervoor dat anderen ook wachten. En dit lijkt ook aan de orde in dit vraagstuk.

6.2 PSYCHOLOGISCHE REFLECTIE

Mensen zijn sociale dieren, de vijf kernbehoeften die dit met zich meebrengt is geordend in het werk van Susan Fiske – *Social Beings*. Daarom zal dit kijkglas voor het psychologische perspectief gebruikt worden. In dit soort vraagstukken spelen ook biases, bekende daarvan zijn *groupthink* en *conformity bias* vandaar dat ook hier dieper op in wordt gegaan.

Wat opvalt is dat – ook door dit onderzoek – bekende feiten worden heronderzocht en waarmee de suggestie wordt gewekt dat ‘men ermee bezig is’, terwijl er feitelijk niets anders gebeurt dan dat een vraagstuk (opnieuw) in proces wordt gebracht. De rationele verklaring is dat men – uit een gevoel van ‘controle uitoefenen’ onderzocht wil hebben wat er ontbreekt. Dit is wat we typeren als de information bias. Dit is de neiging om continu nieuwe informatie te blijven zoeken om een gevoel van controle te hebben, ook al is deze informatie niet altijd (meer) relevant of nieuw. Meer informatie leidt echter niet per se tot betere of slagvaardigere besluiten. In een experiment uit 1988⁵⁹ schotelden onderzoekers participanten een medische casus voor, inclusief informatie over symptomen en potentiële ziektebeelden en over medische onderzoeken die konden worden uitgevoerd. De meerderheid van de participanten was van mening meer informatie nodig te hebben om een diagnose te kunnen stellen, terwijl ze in feite voldoende informatie hadden. Het juist “over-onderzoeken” kan leiden tot *paralysis by analysis*; niet tot actie

59 Baron, J., Beattie, J., & Hershey, J. C. (1988). Heuristics and biases in diagnostic reasoning II: Congruence, information, and certainty. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 42(1), 88-110.



komen, omdat men blijft nadenken, analyseren of afwegen. Door het steeds opnieuw verzamelen van informatie, wegen van opties of zoeken naar zekerheid ontstaat verlamming: beslissingen worden uitgesteld, risico's worden vermeden en vooruitgang stopt.

Onze reflectie is simpelweg dat elk stukje aanvullende informatie over dit vraagstuk niet langer waarde gaat toevoegen aan het te nemen besluit. Het interessanter is om te verkennen wat ervoor wie op het spel staat in dit besluit en welk perspectief aan deze partij(en) geboden moet worden om daadwerkelijk in beweging te komen.

Een andere reden om niet in beweging te komen wordt geduid als de *status quo bias*. Mensen hebben de neiging om de huidige gang van zaken, ofwel de status quo, te behouden. In veel gevallen kunnen mensen rationeel bedenken dat iets moet veranderen, maar daadwerkelijke verandering voelt vaak toch ongemakkelijk. Het doorbreken van gewoonten is een lastig proces. Daarom is het ontzettend belangrijk om ruimte te maken voor kwetsbare gesprekken. Het is immers niet zo dat mensen hardnekkig willen vasthouden aan een gewoonte, maar daaronder zit vaak een (irrationele) zorg.

Mensen zijn in wezen sociale dieren die een sterke behoefte hebben aan 'erbij horen'. Dit is wat sociaal psycholoog Fiske in haar boek⁶⁰ '*belonging*' noemt. Dit gedrag wordt sterk beïnvloed door het feit dat we tijdens de evolutie als groepen wél konden overleven en als individu veel minder overlevingskansen hadden. Dit leidt tot situaties waarin mensen hun gedrag (inclusief opvattingen, overtuigingen etc.) aanpassen aan de groep; men gaat zich conformeren. In het groepsvormingsgedrag zijn mensen geneigd om zich enerzijds met een groep te identificeren en anderzijds zich als groep te kunnen onderscheiden van andere (sub)groepen. Het is niet ondenkbaar dat bijvoorbeeld psychiaters zich sterk conformeren aan de normen, waarden en opvattingen van de eigen beroepsgroep én zich daarmee onderscheiden (of sterker, afzetten) tegen arts verstandelijk gehandicapten, terwijl individuele psychiaters mogelijk wél andere opvattingen hebben.

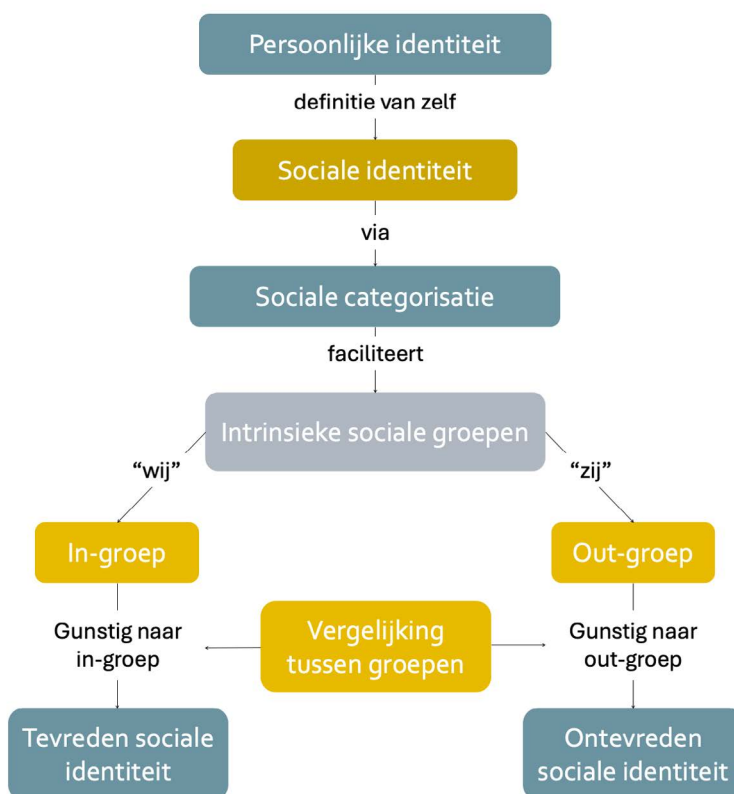
Daarom is het – ook in dit vraagstuk – van belang om tegenspraak te organiseren om tot een doorbraak te komen. We kunnen dit duiden als '*groupthink*'; we zijn geneigd om de harmonie en eensgezindheid in de groep te willen bewaren, waardoor we minder snel voor een afwijkende mening willen uitkomen. Een sterke sociale cohesie binnen een groep leidt ertoe dat mensen zich niet (durven) uitspreken tegen de heersende groepsnorm. Dit versterkt immers een gevoel van saamhorigheid. Tegelijkertijd kan dit ten koste gaan van zelfreflectie en wederzijdse kritische bespiegelingen binnen dezelfde groep. Hierdoor komen verschillende perspectieven en relevante feiten onvoldoende op tafel. Bovenal conformeren mensen zich aan sociale normen omdat ze verwachten dat anderen de wereld op dezelfde manier zien. Mensen overschatten dit en dat leidt tot het valse consensus effect (Ross, Greene & House, 1977). Hoe belangrijker de verbinding, hoe sterker dit effect is. Mensen houden ervan om zich te verhouden tot een groep en erbij te horen. Consensus speelt hierbij een cruciale rol. Als er onenigheid of onenigheid is, worden mensen onzeker, ongemakkelijk en kwetsbaar voor sociale beïnvloeding. Het eens zijn met anderen biedt zekerheid en comfort; het verzekert mensen ervan dat ze in contact staan met een gemeenschappelijke realiteit. Bedrijfsvisies en -missies, een gedeeld gevoel van urgentie of kernwaarden spelen een cruciale rol bij het ontwikkelen van dergelijke consensus of overeenstemming.

60 Fiske, S. T. (2004). *Social beings: A core motives approach to social psychology*. Wiley.



Dit wordt eenvoudig geïllustreerd door het volgende figuur:

In deze situatie liggen tunnelvisie en navelstaarderij op de loer. Om tot samenwerking over de sectoren heen te komen moet er wel voldoende prikkel zijn om die samenwerking op te zoeken. Deze is er vaak niet vanwege 'wij-zij' die ontstaat door de sterke identificatie met de eigen 'eenheid/specialisme/ doelgroep'. Dit vraagt het wegnemen van blokkades (denk ook financieel) en het stimuleren van verbinding (op visie op de doelgroep, of iets anders wat bijdraagt tot een intrinsieke sociale groep. Om hier te komen is het raadzaam om tegensprek te organiseren; 'regisseer je rebellie'. Dit kan klein door iemand (bijvoorbeeld de voorzitter) tijdens een bijeenkomst aan te wijzen die erop toeziet dat iedereen zich voldoende uitspreekt. Ook kun je een advocaat van de duivel aanstellen, iemand die vanuit deze rol probeert groepsdenken bewust te voorkomen door kritische vragen te stellen en kanttekeningen te plaatsen vanuit tegengestelde perspectieven.



Figuur 14: sociale identiteit



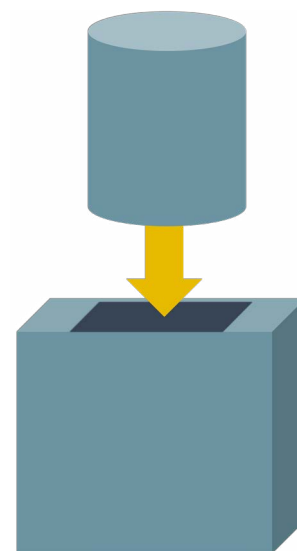
6.3 ORGANISATIEKUNDIGE REFLECTIE

6.3.1 DOEL EN MIDDEL IS NIET CONGRUENT

Een meervoudig probleem vraagt om een meervoudige aanpak, op alle lagen. De veranderdiagnose (hoofdstuk 2) toont aan dat de context complex is. Men (met name GHZ) ziet de urgentie van de verandering, maar een doordachte veranderaanpak op al haar facetten ontbreekt.

Er is één heel helder ingrediënt voor alle partijen die betrokken moeten worden in de verandering en dat is: als de cliënt een meervoudige zorgvraag heeft, moet de oplossing ook meervoudig zijn. Een enkelvoudige oplossing zou zijn als het passen van een cilinder in een vierkante opening: dat zal nooit succesvol zijn. Tot op heden is het middel niet congruent aan het doel.

Dit klinkt evident, maar is in zijn eenvoud heel majeur. Dat betekent dat men begrip en een professionele grondhouding moet hebben vanuit beide kanten vanuit GHZ naar GGZ en andersom. Dat betekent dat de kennis en kunde ook meervoudig ingezet moet kunnen worden en er in toenemende mate geïntegreerd gewerkt moet worden. Dit vraagt 'kolom overstijgend organiseren'.



Figuur 15: enkelvoudige oplossing

6.3.2 KOLOM-OVERSTIJGEND ORGANISEREN

Er zijn verschillende belangen die niet vanuit de kolommen vanzelf doorbroken worden. Dit vraagt om het oplossen van deze spanning een niveau hoger. Er moet regie op het vraagstuk komen waarbij 'kolom-overstijgend' gedacht en gehandeld wordt. Kijkend naar de organisatie van het samenwerkingsverband zelf, kan dit in verschillende mate van integratie vorm krijgen. In 2007 is het 3C-model⁶¹ ontwikkeld, weergegeven in figuur 14. Het 3C-model zet – op een spectrum – *cooperation*, *coordination* en *collaboration* naast elkaar.



Figuur 16: 3C-model

61 Keast, R., Brown, K., & Mandell, M. (2007). Getting the right mix: Unpacking integration meanings and strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9-33.



Het definiëren van de aard en structuur van de samenwerking volgt uit de strategieën van de organisaties, de te behalen (gezamenlijke) resultaten en de aard van de strategische opdracht. Vanuit daar kan bepaald worden welke mate van integratie de organisaties (voor dat moment) nastreven in het samenwerkingsverband. Is de doelstelling primair gericht op het versterken van interactie en delen van informatie voor de korte termijn? Of mogen organisatiegrenzen verwateren en is er sprake van *collaboration*? Samenwerking en autonomie staan op gespannen voet met elkaar naarmate je meer naar *collaboration* toe beweegt. In dit voorliggende vraagstuk is juist dit aan de orde; het doorbreken van de organisatiegrenzen (kolom-overstijgend organiseren) is nodig anders volgen waarschijnlijk enkel suboptimale oplossingen – bedacht vanuit één kolom.

Vervolgens is het belangrijk om de uitvoering van de opdrachten effectief en duidelijk te organiseren en te besturen, bijvoorbeeld in de vorm van een programma- of projectorganisatie. Ook hierbij geldt dan dat de aard van de opdrachten en dus ook van de samenwerking leidend zijn: het ontwikkelen en opleveren van een gezamenlijk innovatieplatform vraagt een andere programmabesturing dan het opbouwen van een gezamenlijk shared service center. In de programmaorganisatie wordt afgesproken hoe de partijen zich tot elkaar verhouden, welke structuren, afspraken, rollen en functies hiervoor nodig zijn. Er wordt duidelijk gemaakt hoe de dagelijkse gang van zaken effectief aangestuurd wordt, hoe informatie en voortgang gedeeld worden en hoe escalaties afgehandeld worden. Succesvolle besluitvorming is sterk afhankelijk van de wijze waarop de spelers hun verantwoordelijkheid nemen en de mate waarin de eigen organisaties *opgelijnd* zijn. Daarbij geldt dat de ervaren 'eerlijkheid' van de besluitvorming het proces sterk beïnvloedt binnen een samenwerkingsverband⁶². Het gaat hier om evenwichtige, transparante en goed afgewogen besluitvorming, zodat alle spelers (en hun achterban) zich gehoord voelen in gezamenlijke besluitvorming.

62 Huang, C., W. Chen & H. Yi. (2020). Collaborative networks and environmental governance performance: a social influence model.

7. DANKWOORD



7. DANKWOORD

Graag willen wij iedereen die aan dit onderzoek heeft bijgedragen van harte bedanken. Zonder de inzet en bereidwilligheid van alle betrokkenen was het niet mogelijk geweest om dit vraagstuk zo volledig en zorgvuldig te onderzoeken. In het bijzonder spreken wij onze waardering uit voor de 107 respondenten die hebben deelgenomen aan het kwantitatieve onderzoek en voor de 50 respondenten die hebben meegewerkt aan de kwalitatieve gesprekken. Hun tijd, aandacht en betrokkenheid vormen de solide basis waarop deze rapportage is gebouwd. Daarnaast willen wij benadrukken hoezeer wij het waarderen dat zoveel deelnemers bereid waren om open en eerlijke gesprekken met ons te voeren. De inzichten, ervaringen en reflecties die zij hebben gedeeld, hebben de diepgang en betekenis van dit onderzoek aanzienlijk vergroot. Het vraagt moed en vertrouwen om persoonlijke of organisatie gebonden ervaringen te delen, en wij zijn dankbaar dat wij dat vertrouwen hebben mogen ontvangen. Onze speciale dank gaat uit naar onze opdrachtgevers VGN en De Nederlandse ggz, die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt en ons de kans hebben geboden om een bijdrage te leveren aan dit belangrijke vraagstuk. De samenwerking met hen en met alle betrokken organisaties heeft het onderzoeksproces verrijkt en versterkt. Als TEN HAVE Change Management hopen wij dat dit onderzoek van echte toegevoegde waarde is geweest voor het veld. Tegelijkertijd willen wij een oproep doen om de inzichten uit dit onderzoek daadwerkelijk om te zetten in actie. Het is niet langer een kwestie van nóg meer onderzoeken; het is een kwestie van gaan doen. Wij vertrouwen erop dat de resultaten in deze rapportage uitnodigen tot concrete stappen en duurzame verandering.

8. BIJLAGEN



8. BIJLAGEN

A. KENGETALLEN DOELGROEP

Omvang	Toelichting	Doelgroep	Bron (jaar, organisatie, type)
376.425	Personen met een Wlz-indicatie	Totaal Wlz	Peildatum november 2024 Monitor Langdurige Zorg (CBS) gebaseerd op de cijfers van het CIZ
124.775	Personen met een VG zorgprofiel	GHZ zorgzwaarte pakket	https://ciz.databank.nl 4e kwartaal 2025 - peildatum 1 oktober 2025
19.135	Personen met een VG7 indicatie	VG7 (kern)	
34.045	Personen met een GGZ-Wonen indicatie	GGZ zorgzwaarte pakket	
1190	Personen met een GGZ-Wonen 5 indicatie	Wonen-5 (kern)	
30-50%	Comorbiditeit psychische problematiek bij mensen met een LVB.	LVB / VG7 / W5 (psychische comorbiditeit)	Landelijk Kenniscentrum LVB, pagina "LVB in cijfers" (sectie over psychische problemen): schatting 30-50% met psychische problematiek, gebaseerd op Došen (2014) en latere onderzoeken. (Landelijk Kenniscentrum LVB) "Geschat wordt dat 30-50% van de mensen met een LVB psychische problemen heeft". Dit is niet exact "bewoners VG-instellingen", maar wel de beste landelijke schatting voor LVB-populatie.
Toename dubbele/triple diagnoses (geen exact %)	Literatuur (TNO-trendanalyse VG-zorg; Praktijkboek Triple Problematiek) beschrijft een toename van complexe comorbiditeit (psychische stoornis + verslaving + LVB) in VG- en GGZ-sectoren, maar er is geen eenduidige landelijke reeks zoals 32,5→44,5% (2011-2017) gevonden in recente bronnen.	VG7 / LVB+	TNO, <i>Trendanalyse Verstandelijk Gehandicaptenzorg</i> (beschrijft groeiende complexiteit van problematiek)(tno.nl/) en Van Duijvenbode e.a., <i>Praktijkboek Triple Problematiek</i> (2018/2020) (Research UTwente). Beide spreken over toenemende (triple) comorbiditeit, maar zonder landelijke trendpercentages.



± 1,1 miljoen personen (≈ 6–7% bevolking)	Geschat aantal mensen met IQ 50–85 én beperkingen in adaptief functioneren LVB/zwakbegaafd met ondersteuningsbehoefte. Zowel SCP als LKC-LVB en Trimbos noemen ± 1,1 mln.	LVB	Trimbos-instituut: <i>“Naar schatting van het Landelijk Kenniscentrum LVB hebben in Nederland 1,1 miljoen mensen een LVB”</i> (Trimbos-instituut); KNMP en Kennispleingehandicaptensector geven hetzelfde getal.(knmp.nl)
≈ 40% van patiënten in de sGGZ	Aandeel GGZ-patiënten met vermoedelijke LVB in de specialistische GGZ	GGZ (LVB+)	CCE & Landelijk Kenniscentrum LVB, factsheet “Oververtegenwoordigd maar onopgemerkt: patiënten met een laag IQ in de GGZ” (2023): “Binnen de specialistische GGZ (sGGZ) heeft circa 40% van de patiënten een vermoedelijke LVB.” GGZ: factsheet op basis van proefschrift Nieuwenhuis (2022) concludeert: <i>“Binnen de specialistische GGZ heeft circa 40% van de patiënten een vermoedelijke LVB”</i> (SCIL-screening).
30–40% van cliënten in GGZ & verslavingszorg	Triple problematiek (LVB + verslaving + psychische stoornis). Praktijkliteratuur schat dat dit bij 30–40% van de cliënten in GGZ én verslavingszorg speelt; exacte landelijke telling ontbreekt.	LVB+ / GGZ / verslavingszorg	Croan (zorgaanbieder), artikel “Triple problematiek: LVB, verslaving en psychische klachten in samenhang”: <i>“Naar schatting speelt dit bij 30 tot 40 procent van de cliënten in de GGZ en verslavingszorg.”</i> (croan.nl) Onderbouwd door <i>Praktijkboek Triple Problematiek</i> (Van Duijvenbode e.a., 2020).(Research UTwente)



B. INFORMATIE TEN HAVE CHANGE MANAGEMENT

TEN HAVE Change Management is een organisatieadviesbureau gespecialiseerd in verandermanagement. Wij werken aan complexe verandervraagstukken in alle sectoren, zowel in profit als non-profit, op bestuurs- en directieniveau. Wij staan naast onze opdrachtgevers om samen met hen doelgericht veranderingen binnen de organisatie te realiseren. Dat doen wij vanuit een sterke betrokkenheid en vanuit de ambitie om organisaties écht verder te helpen.

Effectief verandermanagement bestaat uit het succesvol verbinden van inzichten uit verschillende vakgebieden en disciplines. Onze expertisegebieden zijn onder meer: strategie, strategische samenwerking en fusies, organisatieontwerp en besturing, leiderschap en management development en gedrags- en cultuurverandering.

In ons kantoor ontmoeten praktijk en wetenschap elkaar. Bijvoorbeeld door het doen van eigen onderzoek, het schrijven van publicaties en het benutten van beproefde organisatie- en veranderinzichten, evidence-based. De verbondenheid met de Vrije Universiteit Amsterdam en onze samenwerking met het Center for Evidence Based Management bekrachtigen ons wetenschappelijke fundament.

Het fundament van ons kantoor is Veranderkracht: op basis van wetenschappelijk onderzoek onderscheiden wij vijf factoren die het succes van verandering bepalen. De combinatie van die vijf factoren noemen wij 'Veranderkracht' en geeft onze integrale visie op verandering weer.

De Veranderkracht van een organisatie valt of staat met de verbinding die wordt aangebracht tussen de verandervisie en de verandercapaciteit. De *verandervisie* legt het verband tussen de ambitie die de organisatie heeft en de effecten, consequenties daarvan voor specifieke afdelingen en groepen (mensen). De *verandercapaciteit* vormt het vermogen van de organisatie om zich aan te passen aan de verander(en) de omstandigheden. Door een integraal veranderproces te ontwerpen wordt *verbinding* aangebracht tussen de beoogde visie en benodigde capaciteit. Dit maakt het mogelijk om de verandering op consistente wijze te implementeren en (bij) te sturen op de realisatie van de veranderdoelen.



C. TOELICHTING VERANDERKRACHT

Het model dat gebruikt is voor de veranderdiagnose en veranderaanpak is het Veranderkrachtmodel, ontwikkeld door TEN HAVE Change Management. De achtergrond en toepassing hiervan wordt weergegeven in het boek 'Veranderkracht'⁶³. Het boek Veranderkracht is geschreven vanuit de constatering dat organisaties vaak moeite hebben om veranderingen duurzaam en effectief door te voeren, doordat doelen onduidelijk zijn, betrokkenheid ontbreekt of veranderinitiatieven te versnipperd worden ingezet. TEN HAVE Change Management presenteert hiermee een praktisch en evidence-based model dat helder maakt welke factoren bepalend zijn voor succesvolle verandering. In het boek wordt uiteengezet hoe organisaties hun verandervermogen kunnen versterken door scherpere doelbepaling, betere samenwerking, inzicht in gedrag en weerstand, en het creëren van samenhang tussen strategie, structuur en cultuur. Het biedt concrete handvatten, instrumenten en voorbeelden om veranderingen niet alleen te starten, maar ook daadwerkelijk te realiseren en te verankeren.

Het Veranderkrachtmodel is vervolgens praktisch toepasbaar gemaakt in het boek 'Het Verandercanvas'⁶⁴. In het boek 'Het Verandercanvas' worden 15 diagnosevragen gepresenteerd die ondersteuning bieden bij het verkrijgen van een veranderdiagnose.

Deze diagnosevragen zijn op de volgende pagina opgenomen omdat deze voor individuele organisaties ook inzicht kunnen geven in het beoordelen van de aanwezige veranderkracht.

⁶³ Ten Have, S., ten Have, W., Huijsmans, A.-B., & van der Eng, N. (2013). Veranderkracht: Succesvol doelen realiseren. Mediawerf.

⁶⁴ Huijsmans, A.-B., Van Rossum, L., Segijn, S., Grinwis, K., & Ten Have, W. (2018). VeranderCanvas : een praktisch boek voor iedereen die doordacht wil werken aan organisatieverandering (1e druk). Boom Uitgevers.



VRAGEN BIJ RATIONALE

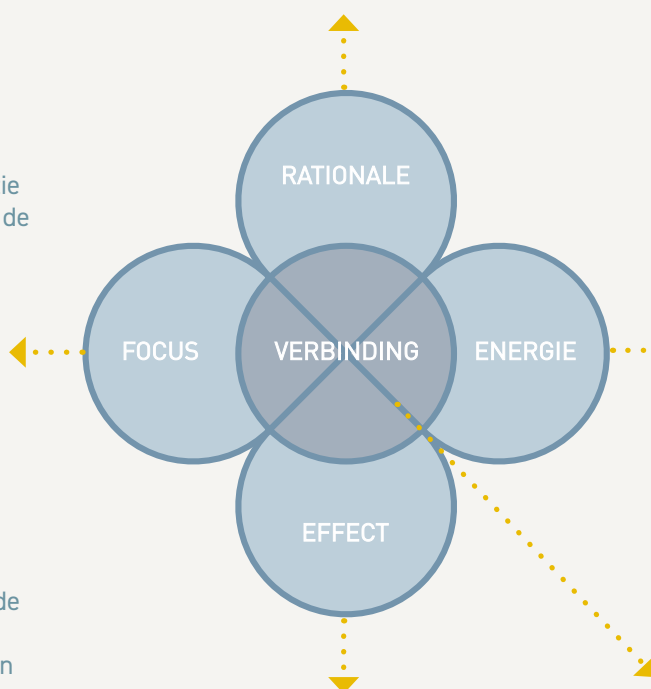
1. Is het waarom van de verandering goed onderbouwd?
2. Is het waarom van de verandering aansprekend?
3. In hoeverre is helder wat moet veranderen om het uiteindelijke doel te realiseren?

VRAGEN BIJ FOCUS

1. Dragen de eerder gemaakte (strategische) keuzes van de organisatie bij aan de realisatie van de verandering?
2. Draagt de huidige inrichting van de organisatie (structuur, sturing, systemen en processen) bij aan de realisatie van de verandering?
3. Passen de huidige organisatiewaarden en de manier waarop mensen met elkaar samenwerken bij de verandering?

VRAGEN BIJ ENERGIE

1. Zijn de huidige leidinggevenden voldoende in staat om hun medewerkers te begeleiden tijdens de verandering?
2. Is er voldoende draagvlak en zijn de huidige mensen bekwaam om de verandering te realiseren?
3. Zijn er voldoende middelen (tijd, geld en andere middelen) beschikbaar om de verandering te realiseren?



VRAGEN BIJ EFFECT

1. Is duidelijk welke concrete resultaten de verandering oplevert?
2. Wordt rekening gehouden met de (positieve en negatieve) consequenties voor betrokkenen?
3. Worden de (tussentijdse) resultaten van de verandering in de gaten gehouden?

VRAGEN BIJ VERBINDING

1. Is er een allesomvattend plan waarmee de verandering gerealiseerd kan worden?
2. Is deze verandering goed op andere ontwikkelingen en initiatieven in de organisatie afgestemd?
3. Wordt er tijdig en op basis van de juiste informatie gecommuniceerd over de verandering?



D. DEELNEMENDE PARTIJEN ONDERZOEK

Kwantitatief onderzoek

GGZ-organisaties (20)	
Amerpoort ggz	GGzE
Antes ggz	GGNet
Arkin ggz	GGZ Noord-Holland Noord
De Hoop	Lentis
Dimence Groep	Parnassia Groep
Emergis	Pro Persona
GGz Breburg	RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden
GGz Centraal	RIBW Nijmegen & Rivierenland
GGZ Delfland	Terwille Verslavingszorg
GGZ Drenthe	Youz

Ghz-organisaties (46)	
Abrona	Orpea / Woonzorgnet
Alliade	Pluryn
ASVZ	Siza
Aveleijn	Sherpa
Bartiméus	Stichting Amarant Groep
Cordaan	Stichting Cello
Cosis	Stichting De Driestroom
Daelzicht	Stichting De Zijlen
De Hartekamp Groep	Stichting Humanitas DMH
De Twentse Zorgcentra	Stichting JP van den Bent
Dichterbij	Stichting Ons Tweede Thuis
Elver	Stichting De Opbouw
Esdégé-Reigersdaal	Stichting Pameijer gehandicaptenzorg
Gemiva-SVG Groep	Stichting Pergamijn
InteraktContour	Stichting Philadelphia Zorg
Iipse de Bruggen	Stichting Prisma
Koninklijke Kentalis	Stichting Reinaerde
Koninklijke Visio	Stichting 's Heeren Loo
Koraal	Stichting Trajectum
Levanto	Triade - Vitree
Lunet	Vanboeijen
Middin	Zozijn
ORO	Zuidwester



Kwalitatief onderzoek

Hieronder worden de 17 interviews weergegeven, in de meerderheid van de interviews zijn 3 of meer mensen aangesloten.

Organisatie	Sector	Functie
Alliade	GHZ	Manager
CCE	Overig	Programmaleiders GHZ/GGZ
CIZ	Overig	Beleidsadviseur
Cosis	GHZ/GGZ	GZ-psycholoog en orthopedagoog
COT Team Gelderland	Overig	Zorgprofessionals
Emergis	GGZ	AIOS psychiatrie
GGZ Drenthe	GGZ	Behandel coördinator
GGZ Oost Brabant	GGZ	
Lentis Wonen	GGZ	Zorg- en plaatsingsconsulent
LKC LVB	Overig	Directeur
NZa	Overig	Beleidsadviseur
Ons Tweede Thuis	GHZ	Bestuurder
Particulier	GHZ	
Philadelphia	GHZ	Directeur expertise en onderzoek
Pro Persona	GGZ	Bestuurder
VWS	Overig	Beleidsadviseur
Zorgverzekeraars Nederland, CZ Groep, Coöperatie VGZ en Zilveren Kruis	Overig	Beleidsadviseurs en Senior Zorg Inkopers



E. REFERENTIELIJST

Argyris, C., & Schön, D. A. (1974).

Theory in practice: Increasing professional effectiveness. Jossey-Bass.

Baron, J., Beattie, J., & Hershey, J. C. (1988).

Heuristics and biases in diagnostic reasoning II: Congruence, information, and certainty. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 42(1), 88–110.

Beltman, H. (2001).

Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945–2000. s.n.

Fiske, S. T. (2004).

Social beings: A core motives approach to social psychology. Wiley.

Gray, B. (1989).

Collaborating: Finding common ground for multiparty problems. Jossey-Bass.

Huang, C., Chen, W., & Yi, H. (2020).

Collaborative networks and environmental governance performance: A social influence model. (*Publicatiegegevens onbekend – indien beschikbaar kan ik dit vervolledigen*).

Huijsmans, A.-B., Van Rossum, L., Segijn, S., Grinwis, K., & Ten Have, W. (2018).

VeranderCanvas : een praktisch boek voor iedereen die doordacht wil werken aan organisatieverandering (1e druk). Boom Uitgevers.

Huxham, C., & Vangen, S. (2005).

Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage. Routledge.

Janis, I. L. (1972).

Victims of groupthink: A psychological study of foreign-policy decisions and fiascoes. Houghton Mifflin.

Jansen, P., Pansier, L., van de Belt, A., & Jenneboer, L. (2021).

Probleemanalyse VG7: Onderzoek naar onderliggende signalen en knelpunten. Bureau HHM.

https://www.eerstekamer.nl/overig/20211119/probleemanalyse_vg7/document

Jongebreur, W., Onstenk, A., & Zoutenbier, M. (2023, 14 november).

Langdurig klinisch wonen: Een onderzoek naar een woonvoorziening met beveiliging voor mensen die nu nergens voor langere tijd terecht kunnen [Eindrapport]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Ministerie van Justitie en Veiligheid.

<https://cms.denederlandseggz.nl/assets/common/Rapport-Langdurig-klinisch-wonen-2023.pdf>



Kay, A. C., & Friesen, J. (2011).

On social stability and social change: Understanding when system justification does and does not occur. Current Directions in Psychological Science, 20(6), 360–364.

Keast, R., Brown, K., & Mandell, M. (2007).

Getting the right mix: Unpacking integration meanings and strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9–33.

Kerncijfers ggz | Nederlandse Zorgautoriteit. (2025, 13 november).

Nederlandse Zorgautoriteit.

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

Landelijk Kenniscentrum LVB. (2025, 19 november).

LVB in cijfers. <https://kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/lvb-in-cijfers/>

Lempens, A., Zwanenburg, B., Bransen, E., Kroon, H., & Planije, M. (2023).

Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek. Trimbos-instituut.

https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/05/AF2010_Samenwerking-en-kennisdeling_vg-en-ggz_aug-2022.pdf

Marshak, R. J. (1993).

Managing the metaphors of change. *Organizational Dynamics*, 22, 44–56.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 2 oktober).

Zienswijze invulling zorgprofiel ggz-wonen 5. Regelhulp.

<https://www.regelhulp.nl/actueel/nieuws/2023/10/2/zienswijze-zorgprofiel-ggz-wlz>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2024).

Onderzoek: Invulling zorgplicht voor cliënten op snijvlak gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_775336_22/1/

Nieuwenhuis, J. G. (2022).

A Blind Spot? Screening for mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning in psychiatric patients... (Proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam.

P.M. Senge. (1990).

The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. Currency.

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. (2024).

Hoor mij nou! Samen begrijpen, proberen, reflecteren en leren bij mensen met complexe zorgvragen. RVS.



Rousseau, D. M. (1989).

Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2(2), 121–139.
<https://doi.org/10.1007/BF01384942>

Ross, L., Greene, D., & House, P. (1977).

The 'false consensus effect': An egocentric bias in social perception and attribution processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(3), 279–301.

Senge, P. M. (1990).

The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. Currency.

Ten Have, S., ten Have, W., Huijsmans, A.-B., & van der Eng, N. (2013).

Veranderkracht: Succesvol doelen realiseren. Mediawerf.

ten Have, W., & ten Have, S. (2004).

Het boek verandering: Over het doordacht werken aan de organisatie (1e druk). Boom Uitgevers.

Tenhaeff, G., & van Rossum, L. (2022).

Samen veranderen: Een spel dat je in de vingers moet krijgen. *Holland Management Review*, 201.
<https://www.hmr.nl/artikel/samen-veranderen-een-spel-dat-je-in-de-vingers-moet-krijgen/>

Trimbos-instituut. (2022).

Samenwerking en kennisdeling tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en ggz bij bewoners met psychiatrische problematiek. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Trimbos-instituut. (2025).

Perspectief in de langdurige ggz: Studie naar het beleid en de praktijk in Nederland. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/03/11/perspectief-in-de-langdurige-ggz>

Tversky, A., & Kahneman, D. (1979).

Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291.

Van Rooijen, S., Knispel, A., Van Hoof, F., & Kroon, H. (2016).

Samenwerking ggz en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen: Verkenning van praktijkvoorbeelden. Trimbos-instituut.
<https://www.trimbos.nl/docs/af1497-samenwerking-ggz-en-sociaal-domein-voor-mensen-met-ernstige-psychische-aandoeningen.pdf>



Van Staalduinen, W., & ten Voorde, F. (2011).

Trendanalyse. TNO.

https://www.tno.nl/media/2162/trendanalyse_verstandelijk_gehandicaptenzorg.pdf

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2021, 27 mei).

VGN-congres: Psychiatrie en gehandicaptenzorg buigen empathisch naar elkaar toe. VGN.

<https://www.vgn.nl/nieuws/vgn-congres-psychiatrie-en-gehandicaptenzorg-buigen-empathisch-naar-elkaar-toe>

Vernooij, C. (2017).

De irrationele organisatie: Over de psychologische mechanismen die organisatieverandering in de weg staan.

Vakmedianet.

Wieland, J., Denayer, A., & Van Amelsvoort, T. A. M. J. (2019).

Geestelijke gezondheidszorg voor mensen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(11), 819–824.

WLZ-indicatie. (n.d.).

De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/zorg-met-verblijf-indicatie>

Wood, W., Tam, L., & Guerrero Witt, M. (2005).

Changing circumstances, disrupting habits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 918–933.

Zajonc, R. B. (1968).

Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1–27.

Contact →

Joris Kuppens

www.tenhavectm.com

j.kuppens@tenhavectm.com