

Evaluatie Pilot

Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ in Nieuwerkerk aan de IJssel

Verkorte uitgave

Achtergrond, conclusies en aanbevelingen uit de
praktijk

Colofon

Subsidie Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland
Opdrachtgever Stuurgroep 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'
Onderzoek GGD Hollands Midden, Postbus 121, 2300 AC Leiden
Auteurs Marieke van Veldhuizen, onderzoeker
 Hanneke Tielen, epidemioloog
Publicatienummer U14045
Datum april 2014
Bestellen kosteloos op te vragen via infodocu@ggdhm.nl o.v.v. publicatienummer U14045
 Het volledige onderzoeksrapport kunt u eveneens kosteloos bestellen o.v.v.
 publicatienummer U14044.

“Ik ben er heel trots op dat ik mocht deelnemen.[...] Ik vond het ontzettend ja , heel mooi, ja heel inspirerend [...] heel trots op zo’n situatie. Ik dacht ‘zo kan het dus he’, een mevrouw die uit een totaal isolement is gekomen, helemaal vereenzaamd, vervuild en die nu hier in Nieuwerkerk woont met kwaliteit van leven, die het erg naar haar zin heeft, met professionele zorg en een heleboel vrijwilligers. Het kan dus. Het kan dat iemand weer kwaliteit van leven krijgt en daar ben ik heel trots op om dat gewoon mee gemaakt te hebben, maar ook om dat in kaart gebracht te hebben en ook omdat zo’n mevrouw op gegeven moment zegt van ‘goh ik ben tevreden met zo’n kringetje mensen om me heen’. Dus ik ben dan ook heel trots op m’n vak. Dat ben ik altijd al, maar ook trots op vrijwilligers die ik heb kunnen inzetten.[...]”

“Leuk om wat nieuws meegemaakt te hebben weer, een andere insteek van werk, een nieuwe methodiek dus. Het heeft niet zo heel veel resultaat gehad voor mijn cliënten, maar de een heb ik dan [ook] veel later ingebracht, maar dat heeft wel weer een nieuwe kijk gegeven op zijn situatie waar ik weer mee verder kan en dat is wel heel erg leuk.”

“Nou een klein beetje trots ben ik toch wel op het feit dat ik de cliënt weer in beweging heb gekregen en het was bij mij ook wel een beetje op een punt beland van ‘naja of we gaan nog in den oneindigheid door of we stoppen, want iets ertussen zat er niet [in]’, dus wat dat betreft kwam dit ook heel erg op een goed moment. En ik ben er dan toch wel trots op dat het dan toch wel weer gelukt is. Daar kan ik ook mee verder en het heeft mij ook heel erg geholpen op persoonlijk vlak. Zeg maar [...] het ondergaan van alle veranderingen in de zorg. Ik merk wel door deel te nemen aan zo’n groep, door het samen te delen en er actief mee bezig te zijn, dat het helpt om die verandering te maken en naja daar ga ik alleen maar profijt van hebben.”

“Bij de casuïstiek die ik als eerst heb ingebracht ben ik wel trots op de verandering die mijn cliënt zowel als ik, die we samen eigenlijk, hebben doorgemaakt. Het leuke vind ik dat zij de tweede keer de vragenlijst van de cliënttevredenheid, dat ze meer tevreden is ten opzichte van.. wat is het al? Zes, weken, acht weken geleden? Dus dat vind ik wel echt super! En van mezelf merk ik dat ik het gewoon heel leuk vind. Ik was al een keer eerder samen gekomen, of een mdo had ik gehad, met de mevrouw van de reclassering en de man daar en toen zat ik er echt zo bij te luisteren en zij waren druk met elkaar in gesprek, weet je. En nu kwam ik daar [...] als zorgcoördinator vertellen van ‘dit heb ik samen met de cliënt gedaan, dit plan hebben we gemaakt’, weet je het was zo anders! En ja daar ben ik wel een beetje trots op, die verandering. En bij m’n andere cliënt ben ik er wel trots op dat er ondanks dat hij best een flinke verstandelijke beperking heeft het gelukt is samen dit te doorlopen, dus ook om inderdaad de punten uit de ZRM uit te leggen zodat hij echt tegen mij kon zeggen van ‘Nou dan vind ik het die of dan vind ik het die score’ en dat vind ik wel heel leuk dat dat gelukt is.”

“[...] ik merkte wel bij het gezin dat ik nu heb genomen dat ik daar heel laagdrempelig moest gaan starten, dat is ook met jeugdzorg besproken, om vertrouwen te winnen en ik had nu ineens een methode, een middel om eigenlijk al veel intensiever met ze aan de slag te gaan dus in die zin is dat op een mooie timing gekomen zodat we al veel meer de verdieping in konden wat misschien anders niet gelukt was. Dus dat was wel erg fijn en ik vond het ook wel leuk om met de pilot mee te doen [...] ik [vind] het wel fijn om gewoon een beetje mee te gaan met de veranderingen en veel meer in te gaan zien van ‘Ja hoe dat gaat lopen en hoe dat straks ook met andere organisaties gaat lopen’, dus dat was voor mij wel een mooie invulling.”

Inhoud

SAMENVATTING	7
1 INLEIDING	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Pilot ‘Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ’	9
1.3 Onderzoek	11
1.4 Afbakening onderzoek	12
2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN UIT DE PRAKTIJK.....	13
2.1 Verloop van de pilot.....	13
2.2 Toepassing instrumenten	13
2.3 Efficiëntere inzet professionele zorg.....	16
2.4 Inzet van de cliënt zelf	16
2.5 Inzet van het sociale netwerk	17
2.6 Inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen	18
2.7 Samenwerking	18
2.8 Aanbevelingen voor zorginstellingen.....	19
2.9 Nieuwe inzichten.....	19
3 LITERATUURLIJST	21
4 BIJLAGE	23
4.1 Samenstelling Projectteam en Stuurgroep	23

SAMENVATTING

Per 1 januari 2015 vervalt de functie 'begeleiding' uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz). Cliënten die begeleiding krijgen vanwege de Awbz moeten vanaf volgend jaar een beroep doen op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van de gemeente. Deze transitie gaat gepaard met een bezuiniging van 25%. Om zich voor te bereiden op de nieuwe taak, hebben Kwintes en Vierstroom het initiatief genomen om een pilot uit te voeren die specifiek is gericht op de OGGZ-doelgroep met als doel te experimenteren met nieuwe werkvormen en samenwerking. Later zijn JSO en Brijder Verslavingszorg erbij betrokken. De cliënten die zijn geïnccludeerd in de pilot hebben meerdere problemen en zijn afhankelijk van langdurige begeleiding. De pilot is geëvalueerd door de GGD Hollands Midden met subsidie van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland. De toegepaste onderzoeksmethoden zijn participerende observatie van de teambijeenkomsten, vragenlijsten, een focusgroep, een interview met de procesbegeleider en toepassing van instrumenten zoals de zelfredzaamheidsmatrix, cliënttevredenheidsvragenlijst en Plan van Aanpak. Het verloop van de pilot is geëvalueerd vanuit het perspectief van de individuele zorgverleners. De inhoud van dit rapport vertegenwoordigt niet het formele standpunt van de deelnemende organisaties.

De zorgverleners zijn zes keer bij elkaar gekomen. Tijdens deze teambijeenkomsten, voorgezeten door de procesbegeleider, is de casuïstiek besproken en hebben de teamleden met elkaar meegedacht over een nieuwe aanpak en kostenbesparende oplossingen. Zes zorgverleners hebben tijdens de gehele duur van de pilot acht cliënten begeleid. Twee zorgverleners die samen één cliënt begeleidden zijn wegens tijdgebrek halverwege gestopt en twee zorgverleners zijn later ieder met een cliënt aangeschoven.

Nieuwe werkwijze

De nieuwe werkwijze houdt in dat de zorgverlener eerst inventariseert wat de cliënt zelf kan, vervolgens kijkt welke ondersteuning de sociale omgeving, buurtvoorzieningen en vrijwilligers kunnen bieden en tenslotte welke vorm van professionele begeleiding nog noodzakelijk is. Er is een grotere nadruk op de inzet van 'eigen kracht'. De doelstellingen van het hulpverlenersproces dienen sneller te worden gerealiseerd. De teamleden beschrijven de implementatie van de nieuwe werkwijze voornamelijk als 'loslaten'; het durven loslaten van oude werkwijzen en van de cliënt en meer taken uit handen geven.

Toepassing instrumenten

Met behulp van de Zelfredzaamheidsmatrix is de zelfredzaamheid van cliënten in elf domeinen gekwantificeerd. In het Plan van Aanpak zijn doelstellingen geformuleerd om de zelfredzaamheid van cliënten te vergroten. Het sociale en professionele netwerk is in kaart gebracht. De cliënttevredenheidsvragenlijst geeft inzicht in hoe cliënten hun situatie en de zorg ervaren. De meerwaarde van deze instrumenten is dat het hulpverleningsproces wordt versneld. In een vroeg stadium zijn de problemen en het betrokken netwerk in beeld en bespreekbaar. De cliënt voelt zich meer serieus genomen en meer betrokken bij het zorgproces. Het geeft de hulpverlener houvast en maakt het gemakkelijker prioriteiten te stellen.

Inzet eigen kracht

De volgende stap, het 'loslaten' van de cliënt, waarbij een groter beroep wordt gedaan op de eigen kracht en de professionals een stapje terug moeten doen, blijkt lastiger te zijn.

Inzet cliënten

Bij de inzet van de cliënt zelf spelen meerdere factoren. Onder andere de beperkte tijd die de teamleden beschikbaar hebben en de moeite die cliënten veelal hebben met verandering. Cliënten

geven aan het prettig te vinden meer betrokken te worden bij de zorg. Zij voelen zich meer serieus genomen en dit draagt bij aan hun gevoel van eigenwaarde. In hoeverre cliënten inzicht hebben in eigen zorgbehoefte/hulpvraag is volgens de teamleden de vraag.

Inzet sociale netwerk

In een vroeg stadium was het sociale netwerk in beeld door het gebruik van het Plan van Aanpak. Het mobiliseren van het sociale netwerk wordt door meerdere factoren bemoeilijkt. De meerderheid van de cliënten heeft weerstand tegen de veranderingen. Verder speelt mee dat cliënten hun sociale omgeving niet willen belasten met hun problemen en niet willen dat anderen weten van hun problematiek. Schaamte speelt hierbij een rol. Bovendien komt het regelmatig voor dat het sociale netwerk klein of afwezig is. Het inzetten van het sociale netwerk verloopt met kleine stappen.

Voor de professionals is het zoeken naar een balans tussen het 'loslaten' en ondersteunen van cliënten. Zij hebben geen moeite met bedenken hoe zij anders kunnen werken, maar wel met het toepassen van de innovatieve ideeën op hun eigen cliënten. Bij het realiseren van een andere aanpak ondervinden zij last van de tijdsdruk van de pilot, belemmerende organisatiestructuren en onzekerheid over de toekomst van hun banen.

Efficiënter werken

Volgens het team kan het beperken van het aantal professionals dat wordt betrokken bij de zorg, minder dubbel werk en minder uur dat wordt ingezet, leiden tot een besparing in de toekomst. Binnen de pilot is echter geen overlap in zorgaanbod ontdekt. Er is geen beroep gedaan op een groepsaanbod. De teamleden vinden de samenwerking tijdens de teambijeenkomsten prettig. Ze hebben ervaringen uitgewisseld en van elkaar geleerd. Buiten deze bijeenkomsten hebben de teamleden niet met elkaar samengewerkt. De casuïstiek voelde niet als gedeelde verantwoordelijkheid. Of er efficiënt met externe ketenpartners is samengewerkt is niet in beeld. Bij het uit handen geven van taken aan de cliënt, het sociale netwerk of vrijwilligers maken de professionals zich zorgen over hoe de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd en dat dit niet ten koste zal gaan van de preventieve signalerende zorg.

Inzet vrijwilligers

Vrijwilligers die worden ingezet bij de OGGZ-doelgroep dienen volgens het team over specifieke kwaliteiten te beschikken. Daarbij is het de vraag hoe de kwaliteit kan worden gewaarborgd. Teamleden benadrukken te investeren in scholing voor vrijwilligers. Inzicht en kennis van de specifieke problematiek wordt van belang geacht, daarom de aanbeveling mogelijkheden te verkennen voor de inzet van ervaringsdeskundigen. Vrijwilligers zijn volgens hen voornamelijk geschikt om concrete deeltaken uit handen te nemen en niet de professional te vervangen.

Aandachtspunten voor de toekomst

Volgens de professionals blijft het bieden van zorg aan deze doelgroep, hetzij door henzelf of door onbetaalde krachten, maatwerk. De aanpak moet telkens kunnen worden bijgesteld omdat de aard en hevigheid van de problematiek veelal fluctueert bij deze doelgroep. Dit vereist inzicht en een flexibele inzet van het professionele en sociale netwerk en van zorginstellingen.

De pilot is illustratief voor hoe er in de toekomst in korte tijd veranderingen in de zorgpraktijk kunnen worden gerealiseerd; een korte periode waarin een mentaliteitsverandering van zorgverleners en cliënten moet plaatsvinden, waarin sociale netwerken en eigen krachten moeten worden gemobiliseerd. Het onderzoek geeft inzicht in wat er in korte tijd kan worden bewerkstelligd en welke veranderingen nog moeten plaatsvinden.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Per 1 januari 2015 vervalt de functie 'begeleiding' uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz). Cliënten die begeleiding krijgen vanwege de Awbz moeten vanaf volgend jaar een beroep doen op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van de gemeente¹. Zo krijgt de gemeente Zuidplas de verantwoordelijkheid voor ongeveer 235 mensen met een Awbz-indicatie 'individuele begeleiding'². Dit betekent een verzwaring van taken en verantwoordelijkheden voor gemeenten. Bij deze transitie van de Awbz naar Wmo moet een feitelijke bezuiniging van circa 25% worden gerealiseerd. De functie 'begeleiding' houdt in: het ondersteunen en oefenen van vaardigheden of handelingen, ondersteuning bij aanbrengen van structuur of het voeren van regie en het overnemen van toezicht op de cliënt. Het gaat om mensen met lichamelijke beperkingen, psychogeriatrische problemen, psychiatrische stoornissen, verstandelijke beperking of zintuiglijke beperking.

Binnen de Wmo geldt de compensatieplicht voor burgers met beperkingen³. De compensatieplicht verplicht een gemeente om de beperkingen van iemand te compenseren zodat diegene kan participeren in de samenleving. Hierbij wordt eerst gekeken naar wat de cliënt zelf kan realiseren en pas daarna naar de benodigde ondersteuning. De groep die dit betreft is breder dan de Awbz-doelgroep en betreft onder andere de mensen op wie het beleid van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is gericht. Het gaat om mensen die kampen met multi-problematiek en vaak gedurende langere tijd moeten worden begeleid. Gemeenten zijn vrij om de compensatieplicht naar eigen inzicht in te vullen.

Om de transitie goed te laten verlopen, is innovatie en samenspel tussen gemeenten, aanbieders en cliënten noodzakelijk. Om zich zo goed mogelijk op haar nieuwe taak voor te bereiden, gebruikt de gemeente Zuidplas de wijk Dorrestijn in Nieuwerkerk aan de IJssel als proeftuin. In deze wijk is een sociaal wijkteam ingericht dat probeert te voorzien in de hulpvragen van burgers en daarbij nieuwe werkwijzen uitprobeert. Uit een samenwerking tussen Kwintes en de Vierstroom, twee instellingen die thuisbegeleiding bieden, is een pilot gestart die zich specifiek richt op de OGGZ doelgroep. In de pilot wordt geëxperimenteerd met nieuwe werkvormen en samenwerking.

1.2 Pilot 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'

Van de betrokken instellingen wordt een andere manier van werken verlangd. Deze nieuwe werkwijze staat beschreven in het *Regionaal kader Maatschappelijke Zorg*.⁴ De pilot dient om inzicht te bieden in hoe de toepassing van de nieuwe werkwijze in praktijk verloopt. Deelnemers aan de pilot zijn Vierstroom en Kwintes, Brijder Verslavingszorg en het Meldpunt Zorg en Overlast van de GGD Hollands Midden. Er is herhaaldelijk getracht GGZ Rivierduinen te betrekken, maar die heeft uiteindelijk besloten niet deel te nemen. Brijder Verslavingszorg heeft pas in het eindstadium van de pilot deelgenomen. De deelnemende zorgverleners krijgen van hun management in de periode september 2013 tot en met januari 2014 uren beschikbaar om nieuwe werkwijzen uit te proberen. Het expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling (JSO) levert de procesbegeleider.

Doelen van de pilot

Het streven van de pilot is om nieuwe werkwijzen te implementeren en alternatieve oplossingen te realiseren en cliënten zoveel mogelijk te laten ondersteunen door hun sociale netwerk. Het accent ligt

¹ Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD–PvdA, 29 oktober 2012

² Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Aanspraak op AWBZ-zorg, gemeente Zuidplas, 1 oktober 2013

³ Project de Kanteling, CG-raad, CSO en VCP, Kanteling Wmo, Iedereen doet mee, Compensatieplicht en Kanteling, oktober 2010 (versie 2)

⁴ Gemeente Gouda (februari 2013) Regionaal kader Maatschappelijke Zorg Midden Holland 2013-2016

op vroegtijdig signaleren en zoveel mogelijk benutten van eigen kracht en steunsysteem, aangevuld met daar waar nodig activering met gebruikmaking van welzijn, een groepsaanbod of individuele hulpverlening.

Doelstellingen van de pilot:

1. Efficiënte ketensamenwerking (geen dubbel werk; 1 plan en 1 regisseur)
2. De transitiecliënten zijn in beeld en hen is een aanbod gedaan vanuit de nieuwe manier van werken binnen de Wmo, gestoeld op het gebruik van eigen kracht en steunsysteem.
3. Er is onderzocht of het mogelijk is om voor de doelgroep Awbz-begeleiding 25% goedkoper te werken.
4. De transitie mag niet leiden tot ongewenste uitval van cliënten of verergering van de problematiek.
5. Er zijn nieuwe vormen van begeleiding/ondersteuning ontwikkeld.

Beoogde nieuwe werkwijze: Het convenant

De beoogde nieuwe werkwijze van de professionals staat beschreven in het landelijk opgestelde convenant, dat door de stuurgroep van de pilot is aangepast voor de lokale situatie⁵. In het kort heeft het convenant de volgende speerpunten⁶:

- 1 Eén zorgcoördinator voor een cliënt;
- 2 Taken zorgcoördinator:
 - onderhoudt het contact met de cliënt;
 - zoekt samenwerking met andere betrokken hulp- en zorgverleners;
 - maakt samen met de cliënt het Plan van Aanpak, op basis van de zelfredzaamheid;
- 3 Het Plan van Aanpak is leidend in het inzetten van eventuele hulp.

De nieuwe werkwijze wordt door de voorzitter van de stuurgroep samengevat als *'Zorgen voor wordt zorgen dat'*⁷. De 'missie' van het project wordt door een beleidsmedewerker van de GGD verwoord als: *'De cliënt staat centraal'*.

De leden van de projectgroep maken gebruik van de ZelfRedzaamheidsMatrix (ZRM)^{8,9}, om de zelfredzaamheid van de cliënt in kaart te brengen. Samen met de cliënt wordt een Plan van Aanpak gemaakt. De ZRM samen met het Plan van Aanpak geeft een beeld van de aandachtspunten waarop de hulp/zorgverlener zich gaat richten tijdens de pilot. Het brengt het sociale netwerk in kaart. Tevens komt er overzicht van welke professionele en informele zorg en hulp de cliënt allemaal ontvangt. De ZRM dwingt de zorg/hulpverlener om breder te kijken dan de hulpvraag van de cliënt. Het Plan van Aanpak stuurt de blik eerst naar wat de cliënt zelf kan, vervolgens richt het zich op het eigen steunsysteem van de cliënt, daarna hoe algemene voorzieningen kunnen voorzien in de hulpvraag en pas in laatste instantie welke taken er voor professionals zijn blijven liggen. Er wordt gestreefd naar het vinden van een duurzame oplossing waarbij minder professionele begeleiding wordt ingezet.

⁵ Gemeente Gouda (februari 2013) Regionaal kader Maatschappelijke Zorg Midden Holland 2013-2016

⁶ Halter, M. (19 september 2013) Notulen Stuurgroep 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'. (startbijeenkomst)

⁷ Halter, M. (19 september 2013) Notulen Stuurgroep 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'. (startbijeenkomst)

⁸ GGD Amsterdam (2012) ZRM 2013 Standaard Scoreformulier. <http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/> (gezien op 05-11-2013)

⁹ Lauriks, S, Buster, M, De Wit, M., Van de Weerd, S., Theunissen, V. Schonenberger, M. & T. Fassaert (2012) Zelfredzaamheid-Matrix 2013. Handleiding. GGD Amsterdam

Door de professionele begeleider zal meer generalistisch worden gewerkt. Alleen daar waar het nodig is zal specialistische hulp worden ingezet. Getracht wordt verbindingen te leggen tussen tweedelijns zorg, eerstelijns zorg en het sociale netwerk. De ketenpartners bieden een integrale aanpak van de (gezondheids-)problemen. Bevorderd wordt dat mensen zo lang mogelijk in de vertrouwde omgeving blijven wonen, met versterkt vermogen om eigen regie te voeren en gebruik te maken van mogelijkheden in de wijk. Meer maatwerkoplossingen met mogelijk minder individuele en meer collectieve voorzieningen.

1.3 Onderzoek

De instellingen die aan de pilot deelnemen hebben subsidie gekregen van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noordelijk Zuid-Holland (AWPG NZH) om de pilot te evalueren. De GGD Hollands Midden heeft het onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek probeert inzichtelijk te maken hoe het proces van de implementatie van nieuwe werkwijzen is verlopen. Daarnaast wil het onderzoek laten zien welke effecten de pilot heeft gehad op de situatie en tevredenheid van de cliënten en op de praktijk van hulpverlening. Voor de duur van de pilot is een projectteam en stuurgroep samengesteld (zie bijlage 4.1).

Onderzoeksvragen

proces

- Hoe is samengewerkt met de verschillende ketenpartners?
- Hoe zijn de ZRM, cliënttevredenheidsvragenlijst en Plan van Aanpak toegepast?
- Hoe is geprobeerd om de eigen kracht van de cliënt en omgeving in te zetten?
- In welke mate is gebruik gemaakt van het netwerk van de cliënt of is het netwerk versterkt?
- Wat waren de succes- en faalfactoren?
- Had de persoonlijk begeleider voldoende bagage?

effect

- Welke veranderingen zijn opgetreden in de situatie van de cliënten gedurende de periode van start tot afsluiting van de pilot?
- Hoe lang en hoeveel uur per week is hulp ingezet?
- Hoe tevreden zijn de cliënten met de eigen situatie en met de zorg?
- Zijn er alternatieve vormen van hulp mogelijk gebleken en zo ja welke?
- Hoe vaak werd gespecialiseerde hulp ingeschakeld en waarom?

Inclusie cliënten

In eerste instantie wordt gewerkt met cliënten die al worden begeleid door de betrokken zorginstellingen. Daarnaast kan het nieuw opgezette sociale wijkteam in Dorrestijn en het Meldpunt Zorg en Overlast nieuwe cliënten inbrengen.

Selectiecriteria voor cliënten:

- Wonend in Zuidplas
- Cliënten die kampen met problemen in meerdere domeinen
- Cliënten bij wie meerdere zorg/hulpinstellingen betrokken zijn en waarbij zodoende afstemming tussen verschillende organisaties nodig is.
- Indicatie Awbz-begeleiding voor bestaande cliënten

1.4 Afbakening onderzoek

Het onderzoek richt zich op de ervaringen van de deelnemende zorg- en hulpverleners. Het betreft een beperkte selectie van de zorg- en hulpverleners in Nieuwerkerk aan de IJssel die na de transitie Awbz-Wmo de 'nieuwe werkwijze' in praktijk moeten brengen. De resultaten zijn dus niet generaliseerbaar, maar bieden wel inzicht in de veranderende zorgpraktijk.

Het onderzoek richt zich op het proces dat de teamleden doormaken tijdens de omschakeling naar de nieuwe werkwijze met toepassing van nieuwe instrumenten. De ervaringen van cliënten worden beschreven op basis van de instrumenten die door de zorg- en hulpverleners zijn afgenomen en de casuïstiekbesprekingen. De cliënten zijn niet geïnterviewd.

Het verloop van de pilot is geëvalueerd vanuit het perspectief van de individuele zorg- en hulpverleners. De inhoud van dit rapport vertegenwoordigt niet het formele standpunt van de deelnemende organisaties.

De vijf doelstellingen zijn tijdens de pilot niet volledig aan bod gekomen:

1. Efficiënte ketensamenwerking (geen dubbel werk; 1 plan en 1 regisseur)
Toelichting: vier ketenpartners participeren in de pilot. Overige ketenpartners die bij een cliënt betrokken waren, zijn in kaart gebracht, maar in hoeverre daarmee efficiënt is samengewerkt is niet onderzocht.
2. De transitiecliënten zijn in beeld en hen is een aanbod gedaan vanuit de nieuwe manier van werken binnen de Wmo, gestoeld op het gebruik van eigen kracht en steunsysteem.
Kanttekening: tijdens de pilot ging het niet om het in beeld krijgen van alle transitiecliënten, maar was het doel om bij een beperkt aantal van hen een aanbod te doen vanuit de nieuwe manier van werken.
3. Er is onderzocht of het mogelijk is om voor de doelgroep Awbz-begeleiding 25% goedkoper te werken.
Toelichting: dit doel kan niet in de korte looptijd van de pilot worden onderzocht en is feitelijk geen onderzoeksvraag. Daarentegen is wel onderzocht hoe er getracht wordt goedkoper te werken. De onderzoeksvraag 'Hoe lang en hoeveel uur per week is hulp ingezet?' is niet beantwoord omdat de uren niet zijn geregistreerd.
4. De transitie mag niet leiden tot ongewenste uitval van cliënten of verergering van de problematiek.
Toelichting: er is onderzocht of gedurende de pilot de situatie van de cliënten is veranderd.
5. Er zijn nieuwe vormen van begeleiding/ondersteuning ontwikkeld.
Toelichting: nieuwe vormen van begeleiding zijn uitgetoetst. De duur van de pilot was te kort om een nieuw aanbod te ontwikkelen.

Representativiteit doelgroep pilot

De cliënten die zijn geselecteerd voor de pilot zijn cliënten waarvan verwacht werd dat de zorg bij hen goedkoper kon worden georganiseerd. Tijdens de pilotbijeenkomsten wordt duidelijk dat bij de selectie de cliënt wordt 'gescreend' op de toepasbaarheid van het nieuwe beleid. Regelmatig is gevraagd 'Is dit een geschikte casus voor de pilot? Of de vraag 'Wat voegt deze casus toe aan de pilot?' De ingeschatte toepasbaarheid van de nieuwe werkwijze werd een extra selectiecriteria dat regelmatig is meegewogen bij de opname van een cliënt in de pilot. In hoeverre de cliënten een afspiegeling vormen van de OGGZ-doelgroep en inzicht kunnen bieden in de toepasbaarheid van het nieuwe beleid, is dan ook de vraag.

2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN UIT DE PRAKTIJK

De teamleden zijn zich goed bewust van de uitgangspunten van de pilot, zij weten wat er onder de inzet van 'eigen kracht' wordt verstaan en de doelen waar zij met de pilot naartoe werken. In praktijk is het nog zoeken naar nieuwe efficiëntere werkvormen die ten goede komen aan de cliënt. Het rapport geeft inzicht in de complexiteit van deze zoektocht.

2.1 Verloop van de pilot

Het is voor de teamleden nog lastig om de nieuwe ideeën concreet op eigen cliënten toe te passen. De eerste aanzetten daartoe zijn binnen deze pilot gemaakt. Een aantal teamleden is hiermee verder gekomen dan anderen. Dat ligt aan meerdere factoren. Voor een deel hangt dit af van de cliënten met wie ze werken. De inzet van eigen kracht is maatwerk en afhankelijk van de problematiek, sociale situatie en bereidwilligheid van cliënten. Het hangt ook af van de ruimte die zij krijgen van hun organisatie om daadwerkelijk anders aan de slag te gaan. Ook hangt het af van in hoeverre zij mogelijkheden hiertoe zien. Dit is afhankelijk van de kennis en ervaring die zij al hebben opgedaan. Het loslaten van cliënten en inzetten van vrijwilligers is bijvoorbeeld iets waar sommigen nog geen ervaring mee hadden en anderen positieve of juist negatieve ervaringen mee hebben gehad. De teamleden geven aan door de pilot bewuster te zijn gaan kijken naar welke hulp wel en niet nodig is en op welk vlak zij zichzelf mogelijk overbodig kunnen maken.

De opdracht is volgens het team altijd al geweest om de cliënt te begeleiden naar grotere zelfredzaamheid en de regie terug te geven. De hulpverleners werken binnen hun eigen organisaties al veranderingsgericht en proberen daarbij zoveel mogelijk de cliënt en het sociale netwerk te betrekken. Enerzijds wordt gezegd dat zij al bekend zijn met de vernieuwde manier van werken, anderzijds dat zij nog moeite hebben met het loslaten van oude werkwijzen. Binnen het vernieuwde werken is een grotere nadruk op de inzet van 'eigen kracht' en verminderen van professionele ondersteuning en moeten de doelstellingen van het hulpverlenersproces sneller worden gerealiseerd. Binnen de pilot ervaren de teamleden grote tijdsdruk om deze doelen in korte tijd te realiseren. Twee teamleden zijn gestopt met de pilot door tijdgebrek.

De cliënt behoort in de nieuwe aanpak sneller de regie en meer verantwoordelijkheid te krijgen in het proces naar zelfredzaamheid. Door toepassing van de instrumenten komen de problemen van cliënten eerder in beeld en is er in een vroeg stadium overzicht van het betrokken professionele en sociale netwerk. Zodoende zou er eerder een beroep kunnen worden gedaan op het sociale netwerk. De professionals probeerden hun cliënt directer te benaderen en meer te stimuleren zelf actie te ondernemen.

Het beeld van de veranderingen die zijn opgetreden voor cliënten is beperkt, daar er geen interviews zijn afgenomen bij cliënten. De veranderingen zijn beschreven op basis van wat de hulpverleners over hun cliënt vertellen en wat zij samen hebben ingevuld bij de instrumenten. Mogelijk zal vervolgonderzoek door *JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling* meer inzicht bieden in het perspectief van cliënten die hebben deelgenomen aan de pilot.

2.2 Toepassing instrumenten

De toepassing van de zelfredzaamheidmatrix (ZRM), cliënttevredenheidsvragenlijst en het Plan van Aanpak is goed verlopen. De teamleden zijn tevreden met de opbrengst van de instrumenten ten behoeve van een betere aansluiting van de hulpverlening op de zorgbehoefte van de cliënt. De ZRM en de cliënttevredenheidsvragenlijst vullen elkaar goed aan: waar met de ZRM vooral de zelfredzaamheid van cliënten zo objectief mogelijk in kaart wordt gebracht, geeft de cliënttevredenheidsvragenlijst inzicht in hoe cliënten hun situatie ervaren.

Het Plan van Aanpak blijkt vooral nuttig voor het in kaart brengen van het sociale netwerk van de cliënt. Dit bleek vaak groter dan de cliënt zichzelf realiseerde. De voordelen en beperkingen van de drie instrumenten staan hieronder op een rij.

Zelfredzaamheidsmatrix:

Voordelen

- geeft inzicht in de zelfredzaamheid van cliënten.
- brengt orde in de chaos van problemen
- helpt bij het stellen van prioriteiten
- maakt 'moeilijke' onderwerpen in een vroeg stadium bespreekbaar (bijv. verslaving) en faciliteert zodoende een directere aanpak
- zet problemen in perspectief en zorgt voor een bredere blik dan de eerste indruk van de hulpverlener
- geeft de mogelijkheid om concrete doelen op te stellen en duidelijke kaders te creëren
- maakt het mogelijk om vooruitgang en achteruitgang te meten

Beperkingen en nadelen

- onduidelijkheid over wiens visie doorslaggevend is bij het scoren. De cliënt of de professional?
- ZRM-meting betreft een momentopname terwijl bij de doelgroep juist de situatie sterk kan fluctueren
- domeinen zijn voor de cliënt soms te moeilijk omschreven.
- te sterke nadruk op waar de professional niet nodig wordt geacht en weinig ruimte voor waar professionals wel nodig zijn
- onduidelijkheid over in hoeverre de ZRM leidinggevend moet zijn voor de verdere aanpak.
- het kost tijd om het instrument in de praktijk toe te passen

Aanbevelingen:

- toepassing van ZRM als standaard instrument in de zorg/hulpverlening
- omschrijf de domeinen in eenvoudigere termen
- indien er al een plan ligt betreft de ZRM aanvullende informatie en niet een individueel plan naast het al bestaande. Dit om te voorkomen dat iedere betrokken hulpverlener een eigen plan trekt.
- realiseer een digitaal systeem waarin het instrument gemakkelijk toegankelijk is en op te slaan

Uitkomst ZRM

Van de vijf cliënten zijn er drie in de periode tussen eerste en tweede meting meer zelfredzaam geworden. Het aantal domeinen waarin zij onvoldoende zelfredzaam zijn is echter niet veranderd. Bij twee cliënten is de mate van zelfredzaamheid in elk domein gelijk gebleven. Bij één van deze twee was de zelfredzaamheid bij de eerste meting in tien van de elf domeinen al voldoende tot goed.

De Zelfredzaamheidsmatrix heeft als diagnostisch instrument goed gewerkt. Door breed te kijken werd duidelijk welke problemen het eerst om aandacht vroegen en welke aanbieders hiervoor nodig waren. Omdat maar voor 5 van de 8 cliënten de ZRM een tweede keer is ingevuld, is het niet mogelijk om algemene conclusies te trekken over het effect dat de pilot heeft gehad op de zelfredzaamheid van de cliënten als groep.

Cliënttevredenheidsvragenlijst:

Voordelen

- biedt inzicht in hoe cliënten hun eigen situatie in het algemeen ervaren
- het geeft de professional meer inzicht in de achterliggende hulpvraag van cliënten
- waardevolle aanvulling op de ZRM omdat het cliëntperspectief in beeld wordt gebracht

- de cliënt voelt zich serieus genomen
- biedt gelegenheid om de ontvangen zorg te evalueren
- het biedt de gelegenheid om met de cliënt toekomstige veranderingen in de zorg te bespreken
- cliënten voelen zich meer betrokken bij de discussie over de zorg die hen wordt geboden
- biedt inzicht in hoeverre professionals voldoen aan de verwachtingen van cliënten

Beperkingen en nadelen

- afname is door de zorgverlener zelf met het risico op sociaal wenselijke antwoorden
- door het besef dat zij zorg dreigen te verliezen, hebben sommige cliënten het gevoel dat zij de cliënttevredenheidsvragenlijst moeten manipuleren zodat zij hun zorg niet kwijtraken
- onduidelijkheid over de interpretatie van de uitslag van de vragenlijst. Betekent een hoge tevredenheid met huidige situatie dat de zorg kan worden afgebouwd of juist niet?
- het kost tijd om het instrument in de praktijk toe te passen

Uitkomst cliënttevredenheidsvragenlijst in relatie tot de ZRM

Tijdens het eerste gesprek is bij acht cliënten naast de ZRM ook gevraagd naar hoe tevreden zij zijn met de zorg die zij ontvangen en met de eigen situatie. Opvallend is dat cliënten meer tevreden zijn met hun situatie dan de hulpverleners hadden verwacht. Het rapportcijfer voor de ontvangen zorg is ruim voldoende. Dit geeft de indruk dat de tevredenheid met de eigen situatie mede te danken is aan de ontvangen zorg. Volgens de ZRM zijn de cliënten vaak in meerdere domeinen onvoldoende zelfredzaam. Uit de toelichting van de cliënten in de cliënttevredenheidsvragenlijst blijkt dat zij meestal maar in één of twee domeinen ontevreden zijn. Bij de tweede meting, gemiddeld 12 weken later, is bij vier cliënten de tevredenheid nog een keer nagevraagd. Bij drie cliënten is de tevredenheid met de eigen situatie toegenomen en bij één gelijk gebleven.

Plan van aanpak:

Voordelen:

- cliënt wordt zich meer bewust van het eigen sociale en professionele netwerk
- biedt overzicht wat betreft wie wat doet en zo kan de zorg beter op elkaar worden afgestemd
- brengt rust, duidelijkheid en overzicht voor de cliënt
- geeft mogelijkheid om dubbelingen in de zorg in beeld te brengen en aan te pakken

Nadelen:

- kost tijd om het plan van aanpak met cliënten in te vullen
- extra belasting, dubbel werk naast reguliere formulieren van eigen organisatie
- plan van aanpak is niet altijd leidend geweest in het hulpverleningsproces
- te statisch instrument gebaseerd op een momentopname

Aandachtspunten/ Kanttekeningen:

- Als cliënt en hulpverleners oneens zijn, wiens mening is doorslaggevend?
- Hebben cliënten voldoende inzicht in eigen hulpvraag?

Aanbevelingen:

- realiseer een centraal systeem zodat zowel cliënt als professional toegang heeft tot het Plan van Aanpak
- van belang is dat er door de professionals in het Plan van Aanpak wordt beschreven *hoe* geprobeerd wordt het sociale netwerk te betrekken en dat het formulier niet slechts een beknopte opsomming van doelstellingen en een lijstje met namen van het netwerk betreft. Dit tweede biedt namelijk geen inzicht in het proces of de stappen die kunnen worden genomen. Dit kan van belang zijn wanneer derden betrokken worden bij de zorg.

Uitkomst Plan van Aanpak in relatie tot de ZRM

De ZRM heeft als input voor het Plan van Aanpak gediend. De doelen die worden geformuleerd in het Plan van Aanpak sluiten inderdaad aan op de domeinen die door de ZRM als niet of beperkt zelfredzaam worden gescoord. Uit de Plannen van Aanpak blijkt dat de afspraken met de cliënt eerste kleine stappen betreffen op weg naar zelfredzaamheid. Soms wordt het nodig gevonden om juist nieuwe of aanvullende zorg te organiseren. Ook blijkt dat een aantal cliënten niet wil meewerken aan een gezamenlijk zorgoverleg.

De toepassing van de instrumenten is over het algemeen goed verlopen, maar daarna was er onzekerheid over hoe de hulpverleners verder moesten met hun aanpak. Wat betekent het wanneer een cliënt aangeeft tevreden te zijn met zijn of haar situatie? Welke prioriteiten moeten worden gesteld? Hoe bepalen hulpverleners samen met de cliënt de koers? Wiens visie geeft de doorslag? De vrijheid die de teamleden kregen in de pilot om hier zelf invulling aan te geven bemoeilijktte tegelijkertijd de voortgang. De teamleden hebben soms het gevoel gehad dat zij in het diepe werden gegooid. Experimenteren met nieuwe werkwijzen gaat logischerwijs gepaard met onwetendheid en onzekerheid.

2.3 Efficiëntere inzet professionele zorg

Volgens het team kan het beperken van het aantal professionals dat wordt betrokken bij de zorg voor cliënten, minder dubbel werk en minder uur dat door hen wordt ingezet leiden tot een besparing in de toekomst. Binnen de pilot is echter geen overlap in zorgaanbod ontdekt en zijn geen zorgpartijen afgevallen. De teamleden zijn in de pilot op zoek gegaan naar een efficiëntere inzet van professionele hulp. Binnen deze pilot is geen beroep gedaan op een groepsaanbod. Zij hebben gekeken naar de mogelijkheden voor de inzet van de cliënt zelf, het sociale netwerk, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen en of zij zelf minder uur konden inzetten. Daarbij speelde de onzekerheid over de toekomst van hun banen een rol. Wanneer hen wordt gevraagd te kijken naar waar zij minder uur kunnen inzetten, waar zij minder nodig zijn of kunnen worden vervangen door goedkopere krachten, dan brengt dit hen in een lastige positie en leidt dit logischerwijs tot weerstand. Brainstormen over hoe het anders kan met in het achterhoofd mogelijk baanverlies of minder uur kunnen draaien werkt niet bevorderlijk. Door de suggestie dat hun taken kunnen worden vervangen door ongeschoolde vrijwilligers hebben zij het gevoel dat hun expertise wordt ondermijnd. Toch hebben de teamleden serieus meegedacht over hoe het anders zou kunnen. Zij realiseren zich immers dat dit is waar het heen gaat. Zij zijn daarom blij dat zij binnen de pilot als een van de eersten met deze nieuwe werkwijzen hebben kunnen oefenen. Zij denken dat hun rol in de toekomst in ieder geval gaat veranderen. Het zal naar hun idee meer worden afgebakend naar waartoe zij als professional zijn opgeleid, meer faciliterend dan ondersteunend en veelal in samenwerking met de cliënt, het sociale netwerk en vrijwilligers.

2.4 Inzet van de cliënt zelf

Beperkingen en risico's:

Aan de bevordering van zelfredzaamheid zit een grens. Tijd is schaars in de huidige zorgpraktijk. Zorg-/hulpverleners hebben daardoor niet altijd de ruimte om cliënten te stimuleren zelf taken uit te voeren.

- risico dat cliënten overvraagd worden en mogelijk uitval van cliënten
- cliënten van de OGGZ-doelgroep hebben soms beperkt inzicht in eigen zorgbehoefte/hulpvraag
- vraag gestuurd in plaats van aanbod gerichte zorg, waarbij de verantwoordelijkheid meer bij de cliënt wordt gelegd, kan ervoor zorgen dat zorgmijders uit beeld raken. Deze focus kan ten koste gaan van preventieve zorg en mogelijk de situatie van cliënten verergeren.
- de aanpak genereert mogelijk angst bij cliënten om zorg te verliezen

Kansen en positieve veranderingen:

- vergroting van 'eigen kracht' waardoor cliënten mogelijk minder afhankelijk zijn van zorg/hulpverleners
- cliënt heeft meer zeggenschap in de zorgsituatie, voelt zich meer betrokken en serieus genomen
- positiever zelfbeeld; minder slachtoffergevoel en meer controle, cliënt voelt zich nuttiger
- meer bewustzijn van de aanwezigheid van het sociale en professionele netwerk
- meer inzicht in eigen zorgsituatie, overzicht van betrokken partijen en realisatie dat de zorg gaat veranderen en dat zij zelf daarin een actievere rol krijgen en meer verantwoordelijkheid.
- voor sommige cliënten betekent het mogelijk een duurzame oplossing omdat cliënt spil is in het veranderingsproces

Aanbevelingen:

- lever maatwerk bij de inzet van 'eigen kracht': vind een balans in hoeveel de cliënt zelf kan doen en hoeveel er nog uit handen moet worden genomen. Hoeveel verantwoordelijkheid kunnen cliënten aan?
- bied als organisatie de ruimte aan werknemers om met de cliënt actief aan de slag te gaan om de zelfredzaamheid te vergroten. Vooral in de beginperiode betekent dit investeren in tijd.
- houd rekening met de bovengenoemde risico's bij de inzet van de cliënt zelf.
- bevordering van gevoel van eigenwaarde door aanspraak te doen op hun eigen kracht is vooral bij deze doelgroep van belang omdat dit meestal is verminderd door de psychosociale problematiek waarmee zij kampen en waarvoor zij zich veelal schamen.

2.5 Inzet van het sociale netwerk

Met behulp van de instrumenten is het sociale netwerk van cliënten in kaart gebracht. Buiten de directe familieleden die al een mantelzorgfunctie verzorgden is er binnen de pilot geen beroep gedaan op het bredere sociale netwerk. Over de inzet van het sociale netwerk van cliënten is uitgebreid gediscussieerd tijdens de bijeenkomsten. Naast kansen om het sociale netwerk van cliënten te vergroten zijn ook beperkingen genoemd.

Kansen en positieve veranderingen:

- door het Plan van Aanpak en de aanvullende vragenlijst komt in een vroeg stadium het sociale netwerk van cliënten in beeld. Dit creëert de mogelijkheid om hier eerder een beroep op te doen.
- Door het overzicht van het sociale netwerk realiseren sommige cliënten dat zij meer mensen om zich heen hebben verzameld dan zij dachten. Dit zou ten goede kunnen komen aan hun zelfbeeld/vertrouwen.
- Cliënten zijn mogelijk minder afhankelijk van zorg/hulpverleners omdat zij voor hulp een beroep kunnen doen op hun sociale netwerk.

Beperkingen en kanttekeningen:

- niet elke cliënt heeft een netwerk dat bereidwillig en draagkrachtig is
- tijdsinvestering bij benadering van het sociale netwerk. Veelal zijn er kleine stapjes nodig om het netwerk te benaderen. Soms zijn er ook andere prioriteiten zoals het stabiliseren van de situatie of vertrouwen winnen van cliënten etc.
- in aangereikte documenten gaat men teveel uit van een meewerkende houding van cliënt en sociaal netwerk
- schaamte/ privacy: cliënten willen soms niet dat hun sociale netwerk op de hoogte is van hun psychische klachten of hen belasten met hun problemen– aangedragen oplossing: niet alle informatie hoeft te worden gedeeld met alle betrokkenen

2.6 Inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen

Binnen de pilot is gebruik gemaakt van de inzet van vrijwilligers en gebrainstormd over de inzet van ervaringsdeskundigen. Hieronder een aantal aandachtspunten en aanbevelingen van de teamleden.

Aandachtspunten:

- kwaliteit van vrijwilligers is van belang en daarin moet worden geïnvesteerd met scholing, begeleiding en screening. Vrijwilligers zijn niet gratis.
- in hoeverre kunnen de vrijwilligers een luisterend oor bieden aan cliënten en de privacy van cliënten waarborgen? Schaamte van cliënten kan hierbij een rol spelen.
- twijfel over geschiktheid van vrijwilligers voor OGGZ-groep vanwege zware complexe problematiek
- vroegtijdige signalering: signalerende functie van professionals gaat mogelijk verloren wanneer zij worden vervangen door vrijwilligers. Hiervoor is naar hun idee kennis van de psychiatrische ziektebeelden nodig. De inzet van ervaringsdeskundigen kan mogelijk dit gemis opvangen.
- het aanbod van geschikte vrijwilligers is klein en de vraag vanuit cliënten naar vrijwilligers is niet vanzelfsprekend
- vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kunnen professionals niet volledig vervangen maar een deel van hun taken uit handen nemen

Aanbevelingen:

De volgende aanbevelingen geeft het team aan de gemeente over de inzet van vrijwilligers bij de zorg aan OGGZ-cliënten.

- realiseer goede coördinatie van vrijwilligers op steeds kortere termijnen
- maak een goede database van vrijwilligers. Maak inzichtelijk waar en hoe je ze kunt benaderen/ vinden. Selecteer ze op expertise en interesses.
- screening van vrijwilligers om kwaliteit te waarborgen.
- realiseer voorlichting, scholing, begeleiding en toezicht. Bevorder kennis over de doelgroep. Zo voorkom je uitval.
- laat de professional samen met de cliënt bepalen of er vrijwilligers kunnen worden ingezet. De beslissing moet niet bij de gemeente liggen. Daar is te weinig kennis van zaken over de betreffende OGGZ-doelgroep.
- benader vrijwilligers anders; maak het concreet en laagdrempelig. Baken concreet taken af die vrijwilligers kunnen doen. Schets daarbij een realistisch beeld van hoeveel tijd dit gaat kosten zodat vrijwilligers weten waar zij aan beginnen. Niet vragen 'wil jij vrijwilliger worden?', maar vragen 'zou jij eens per 2 weken boodschappen willen doen met deze mevrouw?'.
- evalueer regelmatig de praktijk met de vrijwilligers. Vraag regelmatig hoe het gaat en of de geboden hulp vol te houden is. Professionals zouden contact moeten onderhouden met vrijwilligers.
- maak een kosten en baten afweging. Vrijwilligers professionaliseren kost misschien meer dan de professionals zelf inzetten.
- het is van belang dat bij deze kwetsbare groep de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd. Kan de desbetreffende vrijwilliger zich langdurig aan de cliënt committeren? Blijft de cliënt goed in beeld?
- vrijwilligers inzetten om professionals te ondersteunen en niet om te vervangen
- onderschat niet de preventieve rol van professionals. In hoeverre kunnen vrijwilligers een signalerende preventieve rol op zich nemen?
- kijk naar mogelijkheden wat betreft de inzet van ervaringsdeskundigen.

2.7 Samenwerking

Binnen de pilot is buiten de teamvergaderingen om weinig samengewerkt omdat dit niet nodig werd gevonden door de teamleden. De besproken casuïstiek is niet als gezamenlijke verantwoordelijkheid

gevoeld. Ieder heeft een eigen casus waar gezamenlijk over is gebrainstormd. De teamleden vinden het prettig om met elkaar te overleggen en ideeën uit te wisselen. Binnen de pilot heeft weinig zorgoverleg plaatsgevonden, daardoor is de rol van zorgcoördinator veelal niet geformaliseerd.

Aanbevelingen:

- maak samenwerking lonender dan concurrentie. Er zou concurrentie kunnen ontstaan tussen verschillende organisaties wanneer financiën en baanbehoud een grotere rol gaat spelen dan de vraag of passende zorg wordt geboden.

2.8 Aanbevelingen voor zorginstellingen

De organisatiestructuur dient zich te lenen voor de nieuwe werkwijze. Daarvoor is het van belang dat zij hun professionals faciliteren. Om verandering te realiseren moeten professionals hiertoe mogelijkheden en de noodzaak van inzien. Nu zijn zij nog belemmerd doordat zij vastzitten aan oude denkpatronen en de ruimte en tijd die zij van hun organisaties kregen. Zij hebben het gevoel gehad dat zij weinig tijd kregen om een andere aanpak te realiseren en een aantal beseft tegelijkertijd dat zij toch nog vastzitten aan indicaties die pas over langere tijd aflopen.

Er moeten door de professionals nog veel stappen worden genomen om 'los te kunnen laten' en door cliënten om op 'eigen kracht' verder te kunnen gaan. Daarbij is een drempel dat cliënten verandering moeten willen. De duur van de pilot geeft inzicht in welke kleine stappen er in een korte tijd kunnen worden genomen. Het is van belang voor de toekomst dat de organisaties niet te hard lopen zodat de professionals en cliënten het proces kunnen bijbenen.

Aanbevelingen:

- faciliteer het nieuwe werken in termen van tijd, flexibiliteit en ondersteuning
- meer transparantie over de toekomst qua baanbehoud. Het idee van toekomstig baanverlies belemmert mogelijk de professionals bij het vernieuwde werken
- overvraag de professionals, vrijwilligers en cliënten niet in de nieuwe aanpak
- onderschat niet het belang van preventieve/signalerende zorg van thuisbegeleiders
- realiseer dat de inzet van cliënten, het sociale netwerk, vrijwilligers en professionals maatwerk blijft. Dit staat mogelijk op gespannen voet met het realiseren van collectieve voorzieningen/groepsaanbod.
- neem kleine stappen

2.9 Nieuwe inzichten

De teamleden zeggen dat door de korte duur van de pilot deze geen recht kan doen aan de realiteit van de veranderende zorgpraktijk. Daarentegen kunnen we stellen dat in de toekomst ook in zeer korte tijd verandering moet worden gerealiseerd. Een korte periode waarin een mentaliteitsverandering van zorgverleners en cliënten moet plaatsvinden, waarin sociale netwerken en eigen krachten moeten worden gemobiliseerd. In die zin is de pilot representatief en geeft het inzicht in welke veranderingen nog moeten plaatsvinden.

De verschillende teamleden beschrijven dat hun blik is veranderd door de pilot en dat zij nieuwe inzichten hebben verkregen door met elkaar van gedachten te wisselen. De eerste stappen zijn gezet om verandering in de zorg te realiseren.

3 LITERATUURLIJST

Methoden

Robson, C. (2011) *Real World Research*. United Kingdom: John Wiley & Sons pp.156-158

Morgan, D.L.& R.A. (1998) *The Focus Group Kit*. London: Sage Publications

Van Assema P., Mesters I. & G. Kok (1992) Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* (70)7 pp.431-437

GGD Amsterdam (2012) ZRM 2013 Standaard Scoreformulier. <http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/> (gezien op 05-11-2013)

Lauriks, S, Buster, M, De Wit, M., Van de Weerd, S., Theunissen, V. Schonenberger, M. & T. Fassaert (2012) Zelfredzaamheid-Matrix 2013. Handleiding. GGD Amsterdam

Fassaert T., Lauriks, S., Van de Weerd, S., De Wit M.A.S. & M. Buster (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* (91)3 pp. 169-177

Documenten voor de projectgroep

Hofman, E., & M. van de Lustgraaf (2008) Een sterk sociaal netwerk! Handleiding voor vrijwilligers en organisaties. Movisie en PhilidephiaSupport.

Gemeente Gouda (februari 2013) Regionaal kader Maatschappelijke Zorg Midden Holland 2013-2016

Werkgroep Maatschappelijk Steunsysteem (2013) Vragenlijst Maatschappelijk Steunsysteem

Posthuma, S. (2012) Daarom Sociale NetwerkStrategieën! Mee Plus Groep

Documenten van projectgroep:

Hoogenboezem, G. (24 oktober 2013) Stappenplan Eigen Kracht. Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling.

Hoogenboezem, G. (7 oktober 2013) De Balint-methode Hand-out. Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling.

Notulen van bijeenkomsten:

Halter, M. (19 september 2013) Notulen Onderzoek 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'. (startbijeenkomst)

Hoogenboezem, G. (9 oktober 2013) Notulen Projectgroep Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ. (1^e bijeenkomst projectgroep)

Hoogenboezem, G. (24 oktober 2013) Notulen Projectgroep Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ. (2^e bijeenkomst projectgroep)

4 BIJLAGE

4.1 Samenstelling Projectteam en Stuurgroep

Samenstelling Projectteam

<u>Organisatie</u>	<u>Functie</u>
Kwintes	1 ambulantly begeleider
	1 persoonlijk begeleider
	1 jongerenbegeleider
Vierstroom	3 thuisbegeleiders
	2 wijkverpleegkundigen*
GGD Hollands Midden	1 medewerker Meldpunt Zorg en Overlast
Brijder Verslavingszorg	1 maatschappelijk werker Mobiel Team
JSO	procesbegeleider/ voorzitter

*De twee wijkverpleegkundigen zijn halverwege de pilot uitgestapt.

Samenstelling Stuurgroep

<u>Leden</u>	<u>Functie</u>	<u>Organisatie</u>
Gusta Kragting	voorzitter	Vierstroom
Renske Hoogeveen	beleidsmedewerker	Gemeente Zuidplas
Mary Halter	accountmanager	Kwintes
Paula van Ommen	beleidsmedewerker	GGD Hollands Midden
Geeske Hoogenboezem	procesbegeleider	JSO
Rachel van Leeuwen	accountmanager	Kwintes

