

Evaluatie Pilot

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

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 U14044
Datum april 2014
Bestellen kosteloos op te vragen via infodocu@ggdhm.nl 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 METHODE	13
2.1 Participerende observatie	13
2.2 Plan van Aanpak en Aanvullende vragen Plan van Aanpak	13
2.3 Vragenlijsten en interview	13
2.4 Focusgroep	13
2.5 Zelfredzaamheidmatrix	14
2.6 Cliënttevredenheidsmeting	14
2.7 Triangulatie	15
3 VERLOOP VAN DE PILOT	17
3.1 De eerste afspraken	17
3.2 Verwachtingen	17
3.3 De pilotbijeenkomsten	18
3.4 Verloop inclusie cliënten	18
3.5 Samenwerking ketenpartners	20
3.6 Ondersteuning en tijdsdruk	21
4 TOEPASSING EN OPBRENGST INSTRUMENTEN	23
4.1 Toepassing zelfredzaamheidmatrix	23
4.2 Toepassing cliënttevredenheidsvragenlijst	25
4.3 Toepassing Plan van Aanpak	26
4.4 Uitkomst Zelfredzaamheidmatrix	27
4.5 Relatie Cliënttevredenheidvragenlijst en ZRM	32
4.6 Relatie Plan van Aanpak en ZRM	34
4.7 Ervaringen met drie instrumenten	36
5 BENUTTEN VAN KRACHTEN	37
5.1 Vernieuwend werken is ‘loslaten’	37
5.2 Betekenis van ‘eigen kracht’ in praktijk	40
5.3 De inzet van cliënten	40
5.4 De inzet van het sociale netwerk	43

5.5	De inzet van vrijwilligers	44
5.6	Nieuwe inzichten.....	47
6	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN UIT DE PRAKTIJK.....	49
6.1	Verloop van de pilot.....	49
6.2	Toepassing instrumenten	49
6.3	Efficiëntere inzet professionele zorg.....	52
6.4	Inzet van de cliënt zelf	52
6.5	Inzet van het sociale netwerk	53
6.6	Inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen	54
6.7	Samenwerking.....	54
6.8	Aanbevelingen voor zorginstellingen.....	55
6.9	Nieuwe inzichten.....	55
7	LITERATUURLIJST	57
8	BIJLAGEN	59
8.1	Samenstelling Projectteam en Stuurgroep.....	59
8.2	Zelfredzaamheidmatrix	60
8.3	Cliënttevredenheidsvragenlijst.....	61
8.4	Plan van Aanpak.....	62
8.5	Aanvullende Vragenlijst Plan van Aanpak.....	67
8.6	Vragenlijst verwachtingen.....	68
8.7	Evaluatieve vragenlijst.....	69
8.8	Overzicht aanwezigheid teamleden en inclusie cliënten	77
8.9	Meting zelfredzaamheid en cliënttevredenheid	78

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 (zie bijlage 8.4). 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 8.1).

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 METHODE

Met dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende voornamelijk kwalitatieve onderzoeksmethoden. Hieronder staat een toelichting op de methoden en instrumenten.

2.1 Participerende observatie

Participerende observatie bij de tweewekelijkse vergaderingen heeft als doel inzicht te verkrijgen in de praktijk van de pilot. Het laat zien hoe er in praktijk over de transitie wordt gedacht en gesproken. Het is van belang dit in kaart te brengen omdat de transitie immers een mentaliteitsverandering van de zorg- en hulpverleners inhoudt. De bijeenkomsten geven inzicht in waar zij in dit proces tegen aan lopen en wat juist goed gaat. Hoe verliep dit overleg? Hoe werd er samengewerkt? Hoe werd in teamverband een plan opgesteld voor cliënten? Hoe werden nieuwe oplossingen aangedragen? Hoe werd er gesproken over de inzet van Eigen Kracht? In totaal zijn zes bijeenkomsten bijgewoond.

2.2 Plan van Aanpak en Aanvullende vragen Plan van Aanpak

Het Plan van Aanpak dient voor de cliënt en hulp/zorgverlener als leidraad voor de stappen die zij samen gaan nemen. Het maakt inzichtelijk waar de eigen krachten liggen van de cliënten en wat vervolgens het sociale netwerk, vrijwilligers en wijkvoorzieningen voor de cliënt zouden kunnen betekenen. Pas op de laatste plaats wordt gekeken naar waar formele zorg nodig is. Voor het onderzoek geeft het Plan van Aanpak een helder beeld van de situatie van de cliënt en hoe de zorg wordt georganiseerd. In het plan worden doelstellingen en vervolgstappen beschreven. De aanvullende vragenlijst van het Plan van Aanpak bevat vragen die ontbreken in het Plan van Aanpak en die wij essentieel achten voor het onderzoek. Beide instrumenten dienen om in kaart te brengen hoe de situatie van cliënten is ten tijde van het eerste zorgoverleg in het kader van de pilot, om zodoende verschil tussen de zorgsituatie van de cliënt aan de start van de pilot en de ontwikkelingen/veranderingen, die daarop volgen, inzichtelijk te kunnen maken. (zie bijlage 8.4, 8.5)

2.3 Vragenlijsten en interview

De teamleden hebben twee digitale vragenlijsten ingevuld. Een vragenlijst voor aanvang van de pilot om de verwachtingen van de teamleden te meten (zie bijlage 8.6) en een vragenlijst voor de evaluatie ten tijde van de vierde bijeenkomst (zie bijlage 8.7). De vragenlijsten bevatten voornamelijk open vragen. De teamleden kregen de ruimte om in eigen bewoordingen hun verwachtingen van en ervaringen met de pilot te beschrijven. Na afloop van de pilot is de procesbegeleider geïnterviewd. De vragenlijsten en het interview zijn gebruikt om de waarnemingen uit de participerende observatie te toetsen. In totaal hebben acht teamleden de vragenlijst wat betreft hun verwachtingen ingevuld en zes teamleden de evaluatieve vragenlijst.

2.4 Focusgroep

De focusgroep^{10, 11} dient om de gevonden resultaten uit de voorgaande metingen te verifiëren, om vragen te krijgen op nog onbeantwoorde onderzoeksvragen en om aanbevelingen te formuleren aan de gemeente. De focusgroep werd 16 januari 2014 gehouden. Tijdens deze twee uur durende bijeenkomst stonden de nieuwe werkwijzen, samenwerking en resultaten centraal. Zeven teamleden hebben deelgenomen aan de focusgroep.

¹⁰ Van Assema P., Mesters I. & G. Kok (1992) Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* (70)7 pp.431-437

¹¹ Morgan, D.L.& R.A. (1998) *The Focus Group Kit*. London: Sage Publications

2.5 Zelfredzaamheidmatrix

De zelfredzaamheidmatrix^{12, 13} (ZRM) wordt in de pilot *Samenwerken in de wijk voor de OGGZ* ingezet om de resultaten van de vernieuwde aanpak bij de cliënt te meten. De ZRM (zie bijlage 8.2) wordt door de hulpverlener ingevuld, direct na een gesprek met de cliënt. Dit is de eerste meting. Na een periode van ongeveer 12 weken wordt de ZRM nog een keer ingevuld. Dit is de tweede meting. Door deze twee metingen te vergelijken krijgen we een indruk van de verandering die is opgetreden in de situatie van de cliënt in de loop van de pilot.

De ZRM is een instrument om elf leefdomeinen van de cliënt in kaart te brengen en te monitoren, zowel op individueel als op groepsniveau. Binnen de ZRM wordt zelfredzaamheid gedefinieerd als 'het vermogen om zich te kunnen redden in de huidige situatie op het gespecificeerde leefdomein'. De volgende leefdomeinen worden onderscheiden.

Leefdomeinen Zelfredzaamheidmatrix

- 1 Inkomen
- 2 Dagbesteding
- 3 Huisvesting
- 4 Gezinsrelaties
- 5 Geestelijke Gezondheid
- 6 Fysieke Gezondheid
- 7 Verslaving
- 8 ADL-vaardigheden
- 9 Sociaal Netwerk
- 10 Maatschappelijke Participatie
- 11 Justitie

Ieder domein wordt op een 5-puntsschaal gescoord. De domeinscores lopen van 1 tot en met 5, waarbij 1 de minst zelfredzame en 5 de meest zelfredzame situatie weergeeft. Hieronder is de ordening van de scores in termen van zelfredzaamheid, zorgbehoefte, en begeleidingsbehoefte kort weergegeven.

Onderverdeling Scores Zelfredzaamheid-matrix

Score	Zelfredzaamheid	Zorgbehoefte	Begeleidingsnoodzaak
1	Acute problematiek	Direct meer zorg nodig	Intensieve begeleiding nodig
2	Niet zelfredzaam	Grote zorgbehoefte	Extra begeleiding nodig
3	Beperkt zelfredzaam	Zorgbehoefte deels in voorzien	Begeleiding kan beter
4	Voldoende zelfredzaam	Zorgbehoefte in voorzien	Begeleiding is voldoende
5	Volledig zelfredzaam	Geen zorgbehoefte	Geen begeleiding nodig

2.6 Cliënttevredenheidsmeting

De cliënttevredenheidsvragenlijst wordt door de betrokken hulp/zorgverlener direct na de ZRM afgenomen bij cliënten (zie bijlage 8.3). De eerste meting vindt plaats aan het begin van de pilot en de tweede meting na een periode van ongeveer 12 weken. Door op twee meetmomenten zowel in woorden als in cijfers te laten uitdrukken hoe de cliënt zijn of haar situatie en de ontvangen zorg

¹² 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

¹³ GGD Amsterdam (2012) ZRM 2013 Standaard Scoreformulier. <http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/> (gezien op 05-11-2013)

ervaart, kunnen we vaststellen of de situatie voor de cliënt is veranderd. We kunnen zien hoe de cliënt zelf de nieuwe aanpak, waarbij de inzet van eigen kracht centraal staat, ervaart.

Het instrument biedt de mogelijkheid om een gesprek aan te gaan over de situatie van de cliënt. Het maakt de hulpvraag van de cliënt inzichtelijk. Het laat zien waar de cliënt primair behoefte aan heeft en waar verbeterpunten liggen. Zorgverleners kunnen zelf bepaalde ideeën hebben over wat er moet worden verbeterd aan de situatie van de cliënt. Dit kan echter verschillen met wat de cliënt nodig acht. Dit instrument richt zich op wat de cliënt zelf als problematisch ervaart en waar zijn of haar prioriteiten liggen. We hebben met deze vragenlijst gebruik gemaakt van open vragen om zo min mogelijk het antwoord te sturen, onder het mom van 'Waar het hart vol van is, loopt de mond van over'. De cliënt kreeg de ruimte om het antwoord naar eigen wens uiteen te zetten.

Een beperking/kanttekening bij de implementatie van dit instrument is dat de cliënttevredenheidsvragenlijst is afgenomen door de betrokken zorg/hulpverlener zelf. De zorg/hulpverlener heeft een zorgrelatie met de cliënt en is daardoor minder objectief. Tevens kan het zijn dat zij belang hebben bij het gunstig uitpakken van de antwoorden. Het gaat immers over de tevredenheid van de diensten die zij zelf leveren. Ook kan het zijn dat cliënten door deze persoonlijke band geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven. Gezien de beperkte tijd en middelen en de begeleiding die nodig was bij het invullen, was de zorg/hulpverlener toch de aangewezen persoon om de vragenlijst af te nemen.

2.7 Triangulatie

Triangulatie wordt als strategie gebruikt om de validiteit van de gevonden data te waarborgen. Wij maken in dit onderzoek gebruik van meerdere soorten triangulatie¹⁴.

'Data triangulatie' betreft het gebruik van meer dan één methode van datacollectie. In dit geval participerende observatie, twee vragenlijsten, een interview, de zelfredzaamheidsmatrix, focusgroep, Plan van Aanpak met bijlage, en cliënttevredenheidsvragenlijst. Een van de moeilijkheden bij triangulatie is de interpretatie van data die onderling discrepantie vertonen. Wanneer een discrepantie tussen data zich voordoet, dan beschrijven wij dat bij de resultaten.

'Methoden triangulatie' betreft de combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. De zelfredzaamheidsmatrix is een kwantitatief meetinstrument om objectief de resultaten van de vernieuwde aanpak bij de cliënten te meten. Dit instrument combineren we met de andere bovengenoemde kwalitatieve instrumenten.

Wij maken gebruik van een 'leden check'. De resultaten en aanbevelingen van het onderzoek worden teruggekoppeld naar het pilotteam voor verificatie. Zodoende krijgen zij de mogelijkheid om feedback te geven en eventuele wijzigingen en aanvullingen door te geven.

¹⁴ Robson, C. (2011) *Real World Research*. United Kingdom: John Wiley & Sons pp.156-158

3 VERLOOP VAN DE PILOT

3.1 De eerste afspraken

Half september is de eerste vergadering van alle betrokkenen bij de pilot 'Samenwerken in de wijk voor de OGGZ'. De stuurgroepleden, professionals en onderzoekers zitten rondom de tafel om te bespreken wat er staat te gebeuren. Tijdens deze bijeenkomst wordt iedereen aan elkaar voorgesteld en de verschillende rollen van de betrokkenen toegelicht. De pilotgroep bestaat dan nog uit zes professionals van drie organisaties; de Vierstroom, Kwintes en GGD Hollands Midden. Dit aantal wordt uitgebreid naarmate het project vordert en er meer organisaties bij worden betrokken.

Tijdens de bijeenkomst worden praktische afspraken gemaakt over de planning van de pilot, privacy regelingen en digitale facilitering die de samenwerking tussen verschillende organisaties en de selectie van cliënten mogelijk maakt. Verder wordt besproken wat er van de professionals in het project wordt verwacht. Zo zullen zij onder meer gaan werken volgens het in de inleiding besproken convenant¹⁵. Inmiddels zijn de teamleden geschoold in het afnemen van de Zelfredzaamheidsmatrix. In totaal zullen er om de twee weken 6 pilotbijeenkomsten plaatsvinden.

In de instructie van de stuurgroep aan de pilotgroep zijn de privacyregelingen als volgt beschreven:

“Toestemming: deel de klant mee dat hulp en ondersteuning mogelijk op een andere manier wordt georganiseerd dan voorheen en dat uitwisseling tussen alle betrokkenen standaardprocedure is. NB: vraag geen toestemming.”[...] “Er wordt gewerkt met de [zogenaamde] politiecode, [...] [initialen met het geboortjaar]. Toestemmingsformulieren en privacy protocollen waarmee nu gewerkt wordt volstaan: geen nieuwe afspraken over privacy nodig. Professionals introduceren de nieuwe werkwijze bij hun klanten. Voorbeeldaanpak kan zijn: ik begeleid je nu al een tijdje. We gaan evalueren hoe je situatie nu is en wat je wilt verbeteren. We maken een nieuw plan. We gaan kijken hoe jij zelf dit plan kunt realiseren en wie of wat je daarbij nodig hebt.”¹⁶

Elke cliënt kreeg een 'politiecode' toegekend op bovenstaande wijze. In de pilotgroep zijn cliënten besproken met de bovengenoemde code. In principe vormt de privacy in praktijk geen probleem, alhoewel soms, tijdens de bijeenkomsten, expliciet wordt gemaakt door de wijkverpleegkundige dat zij meer weet over de desbetreffende cliënt, maar hier niets over kan mededelen omwille van de privacy. In hoeverre informatie kan worden gedeeld hangt volgens de teamleden af van de rol die je als professional bekleedt. Daarnaast hoeft niet alles te worden genoemd in een overleg. Volgens de teamleden zou de privacyhandhaving geen probleem moeten vormen bij overleg tussen verschillende instanties omdat zij als professionals de afspraak hebben dat alles wat besproken wordt binnenskamers blijft.

3.2 Verwachtingen

De verwachtingen van de pilot komen over het algemeen overeen met de beoogde doelstellingen van de pilot; efficiëntere samenwerking, de zelfredzaamheid van cliënten in kaart brengen met de ZRM, eigen kracht inzetten, etc. Dit wordt helder en uitgebreid verwoord. Slechts een teamlid geeft aan niet zeker te zijn over wat ze kon verwachten. Meerdere teamleden geven aan nog niet helemaal een beeld te hebben van wat er van henzelf wordt verwacht in de wijkgerichte aanpak, anderen kunnen dit juist wel goed uiteenzetten. In dit beginstadium spreken de teamleden over een hoge werkdruk

¹⁵ Gemeente Gouda (februari 2013) Regionaal kader Maatschappelijke Zorg Midden Holland 2013-2016

¹⁶ Halter, M. (19 september 2013) Notulen Onderzoek 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'. (startbijeenkomst)

waardoor zij mogelijk gehinderd zouden gaan worden. De door hen beoogde eindresultaten komen overeen met de doelstellingen van de pilot. Een teamlid wijkt daarvan af en denkt dat 'naamsbekendheid van de organisatie' het eindpunt is. Een ander teamlid beperkt haar verwachtingen tot het werken met de ZRM.

De leden geven verder in de evaluatieve vragenlijst aan dat zij over het algemeen voldoende 'bagage' hadden om deel te kunnen nemen aan de pilot. Slechts een teamlid zegt 'misschien niet goed voorbereid te zijn'. Volgens de procesbegeleider hadden de teamleden moeite om de vertaalslag van theorie naar de praktijk te maken. Naar haar idee is er tijdens de bijeenkomsten veel nagedacht over hoe anders kon worden gewerkt, maar wisten de teamleden niet goed hoe ze dit in praktijk konden toepassen op hun eigen cliënt. Dit lag volgens haar onder meer aan onvoldoende voorbereiding, scholing/deskundheidsbevordering en institutionele ondersteuning.

Verder geeft de procesleider aan, in het interview dat na afloop van de pilot plaatsvond, dat zij in de beginfase niet precies wist wat van haar werd verwacht. In hoeverre was het de bedoeling dat zij de teamleden stuurde? Hoeveel mag zij van de teamleden vragen? Zij had het gevoel dat ze niet echt in de positie zat om de teamleden te pushen of aan te spreken op hun handelen. Zij zag haar rol voornamelijk in het kritisch vragen stellen, de teamleden te 'prikkelen' en hen van informatie te voorzien. Daarnaast was het haar onduidelijk welke stappen er konden worden genomen na de toepassing van de instrumenten. Doordat dit niet helder voor haar was veronderstelt zij dat dit ook niet helder was voor het team.

3.3 De pilotbijeenkomsten

Elke twee weken komt de projectgroep bij elkaar. Tijdens deze bijeenkomsten wordt in het kort door elk lid een kleine update gegeven van de stand van zaken met de cliënt. Vervolgens wordt een aantal casussen uitgediept. De casussen worden volgens de Balint methode¹⁷ besproken. Eerst wordt in het kort de casus beschreven door de casushouder. Vervolgens wordt de vraag gesteld die de casushouder voor zichzelf heeft geformuleerd. Deze vraag richt zich op het inzetten van de eigen kracht bij de desbetreffende cliënt. Daarop gaat iedereen in de groep brainstormen over deze casus in relatie tot de nieuwe werkwijze, met de volgende speerpunten in het achterhoofd: activeren van netwerk, gebruik maken van eigen kracht en de nadruk op samenwerken. De groep krijgt daarna de kans om vragen te stellen en suggesties te doen. De bijeenkomst wordt geleid door de procesbegeleider die 'de onderlinge samenwerking stimuleert en professionals voortdurend dient te wijzen op de nieuwe samenwerkingsafspraken'¹⁸. Zij probeerde de teamleden continue te prikkelen om anders na te denken over het begeleiden van hun cliënten en reikte hier tevens allerlei documenten voor aan. Soms wilde zij harder lopen dan het team haar kon volgen en kwam er wat weerstand vanuit de groep tegen het snelle vernieuwde werken. De laatste bijeenkomst bestond uit een voorlichting van een medewerker van de Zorgvragers Organisatie GGZ Midden Holland (ZOG MH) over de inzet van ervaringsdeskundigen.

3.4 Verloop inclusie cliënten

Tien oktober 2013 is de eerste bijeenkomst van het pilotteam. Het is de bedoeling dat alle betrokken professionals inmiddels zijn gestart met een cliënt. In totaal wordt met zes professionals gestart, waarvan het drie is gelukt om direct met een cliënt aan de slag te gaan. De drie cliënten hebben ingestemd om deel te nemen aan het project. De inclusie van cliënten bleek verder vrij lastig te zijn.

¹⁷ Hoogenboezem, G. (7 oktober 2013) De Balint-methode Hand-out. Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling.

¹⁸ Halter, M. (19 september 2013) Notulen Onderzoek 'Samenwerken in de wijk voor de (O)GGZ'. (startbijeenkomst)

Een van de grootste beperkingen bij het includeren van cliënten is het relatief kleine gebied waar vanuit wordt geworven. Dorrestijn wordt daarom uitgebreid naar Nieuwerkerk aan de IJssel. De aangrenzende wijken mogen vervolgens ook worden meegenomen. Uiteindelijk worden vanuit heel Zuidplas cliënten geworven. Soms is de reden om een cliënt te includeren simpelweg de woonplaats.

“Het was gewoon een cliënt die in de uitgezochte wijk woont.”

Verskillende redenen worden genoemd om de cliënten te selecteren voor de pilot. Cliënten bij wie de zorg mogelijk anders kan worden georganiseerd is het voornaamste criterium.

“De reden dat ik deze casus inbreng is dat ik het goed vind om na te denken over of en hoe ik mijzelf als persoonlijk begeleider (betaalde zorg) overbodig kan maken waardoor de cliënt mij niet meer nodig heeft.”

Ook om een beter overzicht te krijgen van wie er in het sociale en professionele netwerk betrokken zijn bij de cliënt.

“Bij haar was eigenlijk alles al op de rit maar [ik heb haar ingebracht omdat] het goed was om [haar] netwerk in kaart te brengen.”

Daarnaast speelt financiering een rol bij de inclusie van cliënten. Een van de thuisbegeleiders geeft aan dat zij wel een cliënt op het oog had die geschikt zou zijn voor de pilot, maar zij kreeg de financiering hiervoor in eerste instantie niet rond. Het probleem was dat zij geen uren kon schrijven ‘op de cliënt’ omdat de cliënt van een collega is. Haar manager kon geen extra uren geven. Ze zijn toen op zoek gegaan naar een creatieve oplossing voor dit probleem. Als suggestie in de groep wordt geopperd om AIV (advies, instructie & voorlichtingsuren) in te zetten. Ze mocht in de tussentijd schrijven op ‘deskundigheidsbevordering’ en ‘overleg’ uren voor de tweewekelijkse bijeenkomsten. Voor het contact met de cliënt moest ze nog uren/gelden vinden. Uiteindelijk is besloten dat ze tijd weg kon schrijven op ‘scholing’. Daarnaast heeft ze ook veel van haar vrije tijd geïnvesteerd in de pilot.

Een teamlid van het Meldpunt Zorg en Overlast van de GGD heeft bij aanvang van het project een casus in gedachten. Ze geeft aan dat ze het lastig vindt om een cliënt in te brengen omdat ze zelf geen zorgcoördinator is. *‘We leiden meer toe naar zorg dan dat we het zelf bieden. Ik zit hier [bij dit overleg] om mee te denken en aan te vullen.’* Om onduidelijke reden valt de cliënt alsnog af. Bij de vierde bijeenkomst brengt zij toch nog een cliënt in, waar zij vervolgens actief mee aan de slag is gegaan.

Bij de tweede bijeenkomst sloot medewerker van Kwintes aan bij de pilot. Zij is persoonlijk begeleider en bracht ook een casus in.

De wijkverpleegkundige heeft een cliënt van een collega in gedachte. Zij is zijdelings bij de zorg van deze cliënt betrokken. Het is bij de eerste bijeenkomst van de projectgroep nog onzeker of deze cliënt kon worden geïncludeerd in de pilot. Bij de tweede bijeenkomst is het helder dat haar cliënt mee kon doen. Bij de derde bijeenkomst zit haar collega er ook bij om de situatie van haar cliënt toe te lichten. Zij zullen samen aan de casus werken. Bij de vierde bijeenkomst wordt duidelijk dat zij onvoldoende tijd hebben om deel te nemen aan de pilot. Zij vallen beiden af.

Bij de derde bijeenkomst zijn in totaal 8 teamleden die 6 cliënten hebben ingebracht. Bij de vierde bijeenkomst zijn inmiddels twee leden afgefallen en sluit iemand van Brijder met casus aan. Bij de vijfde bijeenkomst zijn nog twee nieuwe cliënten ingebracht. Ten tijde van de laatste, zesde

bijeenkomst, sluit nog iemand van Kwintes met een casus aan. De pilot eindigt met in totaal acht leden met tien cliënten die deelnemen aan de pilot.

In bijlage 8.8 staat een overzicht van de aanwezige teamleden en geïncludeerde cliënten per bijeenkomst.

3.5 Samenwerking ketenpartners

Door de bijeenkomsten weten de teamleden elkaar beter te vinden en is er meer bekendheid met elkaars werk. Tijdens de bijeenkomsten denkt men met elkaars casuïstiek mee en krijgen zij door de verschillende invalshoeken een bredere blik. De teamleden hebben geen gedeelde casuïstiek en stellen dat om deze reden buiten het tweewekelijkse overleg om amper sprake is geweest van samenwerking of overleg. *“Een echte samenwerking is er nog niet geweest”. “Er was geen noodzaak”.* De lijntjes staan wel open om bij elkaar aan te kunnen kloppen. Bijvoorbeeld voor het werven van vrijwilligers, mogelijkheden voor dagbesteding, hulp bij fondsen werven en financiering. Buiten het team wordt het professionele en sociale netwerk rondom de cliënt meer op elkaar afgestemd.

“Er is meer overleg tussen hulpverleners waardoor de [hulp] beter [op elkaar] afgestemd kan worden.”

“Ik heb wel heel nauw contact met de hulpverleners, andere hulpverleners die bij hem komen. Ja en wij doen echt geen werk meer dubbel. Nooit meer omdat we goed contact hebben dus dan is het wat dat betreft ook weer kostenbesparend. [...]”

Door betere afstemming en minder dubbelingen kunnen mogelijk kosten worden bespaard. Het zorgoverleg met het netwerk van de cliënt en de cliënt zelf heeft ten doel een betere afstemming te realiseren. Sommige cliënten willen echter geen zorgoverleg of zelf niet bij het zorgoverleg aanwezig zijn. Ook vinden professionals het soms niet nodig om dit overleg te realiseren. Meerdere redenen worden hiervoor gegeven. Cliënten hebben bijvoorbeeld liever niet dat hun sociale omgeving weet van hun problematiek of er is geen sociaal netwerk aanwezig. Soms zijn weinig professionals betrokken bij de cliënt en wordt afstemming onnodig geacht of er is geen duidelijke aanleiding om bij elkaar te gaan zitten.

Omdat er binnen de pilot nog weinig zorgoverleg heeft plaatsgevonden met de betrokkenen is de rol van zorgcoördinator veelal niet geformaliseerd. De teamleden geven aan veelal een soortgelijke rol op zich te nemen en voelde zich een soort zorgcoördinator. Met het Plan van Aanpak komt een duidelijk overzicht van waar de cliënt allemaal zorg ontvangt, binnen de pilot zijn geen dubbelingen ontdekt of zorgpartijen afgevallen. Zoals blijkt uit de focusgroep heeft het uitgangspunt ‘1 regisseur 1 plan’ geen prominente rol in de aanpak van het team. Tijdens de bijeenkomsten is er wel over gediscussieerd.

Twee teamleden zitten in het nieuw opgerichte sociale wijkteam Dorrestijn. Het team geeft aan dat daardoor de stap tot samenwerking met dat team laagdrempeliger is geworden. Teamleden kunnen bij hen terecht wanneer zij een beroep willen doen op het wijkteam voor bijvoorbeeld advies of vrijwilligers. In praktijk is geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

Een aantal instellingen doet overeenkomstig werk en dat is ook een van de redenen waarom zij niet zo snel bij elkaar zouden aankloppen. Dan zouden zij namelijk als ‘concullega’s’ in ‘elkaars vijver vissen’. De besproken casuïstiek is niet als gezamenlijke verantwoordelijkheid gevoeld. Ieder heeft een eigen casus waar wel gezamenlijk over is gebrainstormd.

“Als wel meer informatie zou worden uitgewisseld of zou zijn uitgewisseld dan is het alleen maar van ‘goh wat heb jij nou aan kennis en wat kan ik bij jou vandaan halen om te gebruiken in ‘mijn’ casus’.”

Het team zegt dat zij kijken naar of de cliënt op de juiste plaats is of eventueel beter af zou zijn bij een andere organisatie. De bezuinigingen kunnen ertoe leiden dat organisaties cliënten binnen willen houden waardoor samenwerking negatief kan worden beïnvloed. Er zou concurrentie kunnen ontstaan tussen verschillende organisaties aan tafel wanneer financiën een grotere rol gaat spelen dan het belang voor de cliënt van passende zorg.

De toekomst van de samenwerking en hun rol daarin is voor de teamleden onzeker. Dat de samenwerking tussen instellingen door de opkomst van wijkteams gaat veranderen is voor hen duidelijk, maar hoe precies weten zij niet. Om de samenwerking te laten slagen vinden zij de volgende drie punten van belang:

1) Elkaar aanvullen en niet overnemen

“Nu merk je dat je juist met te veel mensen ingaat omdat die daar wat van weet en die daarvan en het gevaar is heel snel van ‘oh dan halen we die erbij en dan doen we dit’, maar dat je elkaar echt aan moet vullen.”

2) Elkaar werk gunnen en het op elkaar afstemmen.

3) Cliëntbelang voorop stellen

“[...] Als je dingen met elkaar bespreekt, of er is een nieuwe casus, dat je ook echt denkt van nou als die cliënt beter geholpen is bij een andere organisatie, dat je dat dan ook altijd daar naar zal verwijzen.”

3.6 Ondersteuning en tijdsdruk

De teamleden geven aan dat zij vanuit hun eigen organisatie soms onvoldoende werden ondersteund qua tijd. Meerdere teamleden geven aan onvoldoende tijd te hebben gehad voor de uitvoering van de pilot. Over het algemeen is de tijdsdruk binnen de pilot als te hoog ervaren. Twee wijkverpleegkundigen hebben onvoldoende tijd en zijn met de pilot gestopt. Een thuisbegeleider geeft aan te weinig tijd te krijgen voor de pilot waardoor ze in tijdsnood komt. Zij zegt het volgende:

“Ja ik merkte dat ik soms in tijdsnood kwam. Ik had er vaak de tijd niet voor om de verslagen uit te werken of om, zeg maar, tijd aan de cliënt te besteden. Ik was daar invaller en in het begin had ik natuurlijk het probleem dat ik de tijd er niet voor kon krijgen. Dus op een of andere manier is dat goed gekomen, maar ook weer niet helemaal, dus het was voor mij erg schipperen steeds om het naast m'n werk te doen en hoe ik m'n tijd kon registreren. Het makkelijkste was natuurlijk geweest om het allemaal in eigen tijd te doen, maar dat was voor mij heel erg moeilijk [...]. Dus dat was een probleem, dus werd het veel omdat het niet onderdeel van mijn werkweek was, dus wat erbij kwam was veel.”

Volgens de procesbegeleider hebben de werknemers vanuit de organisaties meer ondersteuning nodig gehad in termen van tijd, voorbereidende scholing en een stok achter de deur om daadwerkelijk anders te gaan werken. De organisatiestructuur moet zich namelijk ook lenen om anders aan de slag te gaan. “Als eenling kun je dat niet doen”. De organisaties zijn volgens haar nu niet flexibel genoeg en ze noemt daarbij het voorbeeld van het denken in termen van indicaties. Een aantal teamleden geeft aan dat het aantal geïnvesteerde uren niet is veranderd in de pilot, omdat zij vast zitten aan indicatie-uren. Verder geeft een teamlid aan dat zij door het gebrek aan ondersteuning een aantal maanden het gevoel heeft gehad aan haar ‘lot te zijn overgelaten’. Uiteindelijk heeft zij zelf actief ondersteuning gezocht en zelf haar weg gevonden. Een ander teamlid geeft aan de ondersteuning ‘matig’ te vinden. De overige vier teamleden geven in de vragenlijst aan voldoende te zijn ondersteund.

Volgens de teamleden en procesbegeleider is er onvoldoende tijd om de doelstellingen van de pilot te realiseren. De duur van de pilot is volgens hen te kort. Een van de teamleden geeft meerdere malen in de evaluatieve vragenlijst aan dat het proces volgens haar te snel gaat. Zij schrijft het volgende:

“Ik vind het alles heel snel gaan. Meestal heb je iets meer tijd nodig om te observeren, en vertrouwen te krijgen. De hele situatie wordt vaak pas na een tijdje duidelijk. [...] Cliënten zeggen regelmatig tegen mij: “niet zo snel..ik kan dat niet...”. Ik heb geleerd mijn tempo wat te matigen. Als mensen het idee hebben dat er iemand in hun “nek staat te hijgen.” Dan gaan ze hun hakken in het zand zetten of het verlamt hen..”

De teamleden vinden het jammer dat zij door de korte pilotperiode niet de gewenste resultaten kunnen laten zien.

“Ja, ik denk dat eh de tijd dat we de pilot hadden zeg maar eigenlijk te kort is om eigenlijk een goeie verandering bij de cliënten in gang te zetten zou ik maar zeggen. Je kan eigenlijk maar hele kleine stapjes zetten en ja zoals ik net al zei; soms ben je geneigd ze een beetje te pushen zodat ze wat harder lopen, dat werkt gewoon niet. Dan is het wel jammer dat je het eigenlijk in zo'n korte tijd moet afsluiten. Dat je eigenlijk weinig kan vertellen van succes zal ik maar zeggen. Terwijl je best wel ziet dat er iets in gang is gezet, maar de tijd was een beetje kort.”

“[...]dat de realiteit leert dat de cliënt soms langzamer gaat dan de tijd die wij hebben. Soms dat ik echt een beetje een race tegen de klok gevoel had van ‘oh dit moet ook af, maar dat kan nog helemaal niet’. Dus ja, dat vind ik gewoon jammer. Ik zou willen dat er meer tijd was in die zin, maar tegelijkertijd is dat ook gewoon, heeft het denk ik ook gewoon te maken met het feit dat wij die omschakeling moeten maken en dat dat ook heel veel tijd kost.”

Een teamlid geeft aan dat de korte tijdsduur van de pilot een vertekening van de werkelijkheid kan geven. De situatie van cliënten fluctueert namelijk nogal.

“Het gaat er nu over van het is misschien een korte periode geweest om een succesverhaal te boeken, maar ik denk dat het de andere kant van, het gevaar van een korte pilot is misschien dat je een succes maakt, alleen dat de terugval dat dat net na zo'n pilot komt en dat je dat niet helder in beeld hebt [...]”

De teamleden geven aan dat door de korte duur van de pilot deze geen recht kan doen aan de realiteit van de veranderende zorgpraktijk.

4 TOEPASSING EN OPBRENGST INSTRUMENTEN

Dit hoofdstuk gaat over de ervaringen van de teamleden met de toepassing van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), de cliënttevredenheidvragenlijst en het Plan van Aanpak. Vervolgens wordt beschreven wat deze instrumenten hebben opgeleverd in relatie tot elkaar.

4.1 Toepassing zelfredzaamheidsmatrix

Over het algemeen is iedereen tevreden met dit instrument omdat het de situatie van de cliënt inzichtelijk maakt. Het laat zien waar nog ondersteuning nodig is en op welke vlakken de cliënt zelfredzaam is. Hierover werd het volgende gezegd:

“Ik vind het een heldere en snelle manier om in kaart te brengen waar er hulp geboden moet worden, maar vooral ook waar niet.”

“De situatie kan helder in kaart worden gebracht voor zowel de cliënt als de hulpverlening.”

“Je hebt inzichtelijk waar de problemen liggen. Ook de cliënt ziet zijn eigen situatie in beeld.”

“Ik vind het heel fijn om een meetbaar instrument te hebben, ben er heel blij mee. Geeft heel veel duidelijkheid over functioneren van de cliënt.”

“Heel concreet, het wordt inzichtelijk hoe zelfredzaam de cliënt is op alle domeinen. Vervolgens kun je aangeven welke doelen je op basis van de huidige zelfredzaamheid wil stellen en wat het beoogde resultaat zal zijn na hoeveel tijd. Dit vind ik heel prettig werken.”

“Door het toepassen van de ZRM wordt erg duidelijk op welke gebieden mijn cliënt nog zelfredzamer kan worden.”

“Ja, nou ik vind het mooi omdat je je cliënten er zo nauw bij kunt betrekken. Dan bedoel ik ‘samen met de cliënt’, dat ze zelf inzichtelijk krijgen van hoe ze er nou voorstaan.”

“Je creëert ook meteen denk ik de kaders van het traject. De cliënt is gelijk van ‘óh ik moet wat’. Ja, is gelijk actief en mee, en ik denk dat dat goed is.”

De ZRM geeft de teamleden de mogelijkheid om gevoelige onderwerpen in een vroeg stadium van het begeleidingsproces aan te kaarten. Hulpverleners kunnen bijvoorbeeld direct vragen of er financiële problemen zijn of ‘verslaving’ een rol speelt. Het instrument geeft hen de mogelijkheid dit direct te vragen. Zo komen deze problemen eerder aan het licht en kunnen deze sneller worden aangepakt.

“Onderwerpen zijn veel gemakkelijker en sneller te vragen en te bespreken, want nu staat er gewoon op je lijstje ‘verslaving’ en anders zou je misschien weken wachten tot je de relatie hebt opgebouwd om [het] te vragen [...]”

Daarnaast ordent de ZRM volgens de teamleden de ‘chaos’. Veel cliënten kampen met multiproblematiek en voor de hulpverleners is het soms lastig te bedenken waar zij moeten beginnen met hun aanpak. Het instrument geeft de hulpverleners de mogelijkheid om gemakkelijker prioriteiten te stellen. Welke problemen moeten als eerste worden aangepakt? Wat is het primaire probleem voor de cliënt?

Verder plaatst het instrument de problematiek in perspectief. Het geeft een bredere blik dan de eerste indruk van de leefsituatie van de cliënt. Een verwaarloosd huis kan bijvoorbeeld met behulp van de

ZRM worden gezien in het licht van een verslavingsprobleem. Zo kan er een andere prioritering plaatsvinden.

Een teamlid geeft aan dat zij met de ZRM in beeld kan brengen van wat er 'achter de voordeur' speelt. In samenwerking met Jeugdzorg is dit volgens haar van belang, omdat zij functioneert als de 'ogen' van de jeugdzorg. Door middel van de ZRM kan zij inbrengen wat de cliënt van belang acht. Zo geeft zij de cliënt meer zeggenschap in de situatie. De prioriteiten die zij stelt met de ZRM komen volgens haar niet altijd overeen met de doelstellingen die Jeugdzorg heeft opgesteld in het '1 gezin 1 plan' document.

"Die heeft hele andere opvattingen en nu kon ik het vanuit de cliënt, die kon gewoon zelf aangeven van 'naja ik vind niet dat dat een probleem is, mijn problemen liggen ergens anders en daar wil ik mee geholpen worden' [...]"

Door het instrument staat zij sterker in haar schoenen bij het aangeven van welke problemen volgens haar en haar cliënt prioriteit hebben. Vernieuwend werken betekent o.a. de cliënt meer regie geven en bevordering en afstemming van samenwerking. Het is niet de bedoeling dat de betrokken organisaties ieder een eigen plan gaan maken. Het is de vraag in hoeverre de ZRM een tegengestelde beweging in gang brengt. Zoals een lid in de focusgroep dit verwoordt:

"Waar we voor uit moeten kijken is dat we allemaal ons eigen methodiekje gaan nemen en dat we allemaal een beetje ons eigen toko'tje een soort van [...]"

In de discussie hierover werd door het team geconcludeerd dat de ZRM aanvullend zou moeten zijn bij het plan dat er al ligt en niet op zichzelf staand een andere koers moest gaan bepalen.

Als tekortkoming van de ZRM wordt gezegd dat het een te eenzijdig beeld schetst. Het legt een te grote nadruk op wanneer de zorgverleners niet nodig zijn en heeft minder oog voor wanneer zorg of hulp wel nodig is. De cliënttevredenheidsvragenlijst vangt dit gemis op omdat het vraagt naar wat de zorg voor de cliënt betekent, en daar is het team blij mee. Een teamlid geeft aan dat zij 'niet zo heel veel profijt' heeft gehad van de ZRM, maar het wel leuk vond om met de meting de vooruitgang van haar cliënte te zien. Daarnaast worden er, afgezien van het extra papierwerk, geen nadelen ondervonden aan de ZRM.

Als suggestie voor de verbetering van de ZRM oppert het team om de domeinen wat eenvoudiger te omschrijven zodat cliënten beter kunnen begrijpen wat eronder wordt verstaan. Een aantal vraagtekens wordt geplaatst bij het gebruik van de ZRM; Wat te doen wanneer er een discussie ontstaat tussen de cliënt en hulpverlener over de scores van de ZRM? Welke mening is daarbij doorslaggevend? Hoe zorg je voor een zo objectief mogelijke weergave van de zelfredzaamheid van de cliënt? Een ander punt is de vraag of de ZRM wel geschikt is voor de doelgroep waarbij de situatie 'flink kan fluctueren'. Wanneer namelijk vastgehouden wordt aan een plan van aanpak dat is gebaseerd op een momentopname, de ZRM, kan het zijn dat bepaalde problemen in praktijk over het hoofd worden gezien.

"Mijn zorg ligt bij de vraag of we op deze manier ook de problemen (h)erkennen die tijdelijk op de achtergrond liggen."

De hulpvragen van cliënten sluiten niet altijd aan bij de uitslag van de ZRM. Logischerwijs zouden punten waarop laag wordt gescoord de aandachtspunten zijn in het Plan van Aanpak. Bij een casus heeft de cliënt echter hulpvragen op gebieden waarop zij juist hoog scoort en niet op de gebieden

waar volgens de ZRM nog verbetering te behalen is. Met de beoogde vraaggerichte zorg is het dan ook de vraag in hoeverre de ZRM leidinggevend moet zijn in de verdere aanpak.

Hoewel de ZRM inzicht kan geven in de huidige situatie van cliënten, is het dus nog de vraag in hoeverre het inzicht kan bieden op lange termijn. Toch zien de teamleden de ZRM als een meerwaarde voor de praktijk en zijn zij van plan dit instrument buiten de pilot te gaan toepassen bij cliënten. Het volgende geven zij als aanbeveling mee:

“Ik vind in ieder geval de situatie in kaart brengen middels de ZRM vind ik echt, dat zou iedereen moeten doen!”

4.2 Toepassing cliënttevredenheidsvragenlijst

De cliënttevredenheidsvragenlijst (zie bijlage 8.3) wordt over het algemeen gezien als een waardevolle toevoeging aan de zorgpraktijk. Aan professionals geeft het meer inzicht in de hulpvraag van cliënten doordat ingegaan wordt op hoe cliënten hun eigen situatie en de geboden hulp ervaren. Hoe tevreden zijn cliënten met hun situatie en waar liggen verbeterpunten? Dit evaluatiemoment biedt de mogelijkheid om het gesprek aan te gaan over, en kritisch te kijken naar, eventuele veranderingen in de manier waarop de zorg momenteel wordt georganiseerd. Daarnaast biedt het instrument de mogelijkheid om te kunnen meten of de tevredenheid onder cliënten is toegenomen door de pilot. Tevens kan het inzicht bieden in het functioneren van de professionals.

“Weer een mooi moment om mijn cliënt echt eens goed te vragen hoe tevreden ze eigenlijk is over de hulpverlening, over mij als haar persoonlijk begeleider, over de betrokken instanties etc..”

Het instrument kan enerzijds een beeld geven van in hoeverre hulpverleners voldoen aan de verwachtingen van cliënten. Cliënten krijgen immers de ruimte om aan te geven waar behoefte aan is en waar zij (on)tevreden over zijn. Anderzijds vragen teamleden zich af of cliënten dit wel eerlijk zouden (durven) aangeven. Zijn de antwoorden die cliënten geven niet sociaal wenselijk of gestuurd? Sommige cliënten geven namelijk aan dat ze zich afvragen of de uitkomst van de cliënttevredenheidsvragenlijst of ZRM kan betekenen dat zij ondersteuning en zorg zouden gaan verliezen en of zij in dat geval niet genoodzaakt zijn hun antwoorden aan te passen.

Soms worden de teamleden verrast door de cijfers die de cliënten toekennen aan hun situatie. Het blijkt dat de teamleden dikwijls een andere verwachting hadden van hoe de cliënt de situatie zou beoordelen. Er zijn veel hoge rapportcijfers toegekend.

“Wat ik opvallend vond tijdens een van de bijeenkomsten was dat de uitkomst van het cliënttevredenheidsonderzoek soms heel verrassend was en niet was wat de hulpverlener er zelf van verwachtte.”

Een teamlid vindt de uitslag heel ‘verhelderend’ voor haar verdere aanpak.

“Ik vond de uitslag van de lijst heel verrassend omdat mijn cliënt haar situatie tegen alle verwachtingen in veel hoger scoorde dan ik ingeschat had. Dit heeft er mede voor gezorgd dat ik minder moeite had om te schakelen naar de nieuwe aanpak.”

Wat er vervolgens met de uitslag van de vragenlijst kan worden gedaan is het team onduidelijk. Vooral de vraag wat een hoog cijfer betekent. In hoeverre is hulp of ondersteuning nodig wanneer een cliënt aangeeft zeer tevreden te zijn met zijn of haar situatie? Kun je dan besluiten de hoeveelheid ondersteuning/hulp af te gaan bouwen? Of is de cliënt juist tevreden omdat er zoveel zorg aanwezig is? Sommige cliënten zijn zich ervan bewust dat wanneer ze een hoog cijfer geven, zij het risico lopen zorg en steun te gaan verliezen en dat willen zij niet. Wanneer het cijfer niet overeenkomt met hoe de cliënt normaal gesproken over zijn of haar situatie spreekt, hoe kun je dit cijfer dan interpreteren? In

hoeverre kan deze uitslag leidinggevend zijn voor de rest van het proces? Vooral wanneer de situatie van cliënten kan fluctueren. Dit zijn vragen/dilemma's waar het team mee kampt en waar nog geen antwoorden op zijn geformuleerd.

Verder kan de cliënttevredenheidsvragenlijst de cliënt het gevoel geven gehoord te worden en meer zeggenschap te hebben in zijn of haar eigen zorgsituatie. Dit kan ten goede komen aan de relatie tussen professionals en cliënten.

"[De] cliënt voelde zich serieus genomen, gehoord en geen nummer."

Slechts een teamlid geeft als nadeel van het instrument dat de implementatie ervan meer papierwerk zou betekenen en dat die tijd volgens haar beter kan worden besteed. Er zijn verder geen nadelen ondervonden van de cliënttevredenheidsvragenlijst.

4.3 Toepassing Plan van Aanpak

De groep vindt het Plan van Aanpak een prettig middel om de hulpvragen van de cliënt en het sociale netwerk van de cliënt in kaart te brengen. Wanneer zij samen met de cliënt het Plan van Aanpak opstellen werkt dit vaak verhelderend voor beide partijen. Zo kan bijvoorbeeld blijken dat cliënten meer mensen om zich heen hebben verzameld dan zij in eerste instantie dachten. Pas als het op papier staat lijken cliënten dit te beseffen.

"Het Plan van Aanpak is belangrijk, heel verhelderend. Bijvoorbeeld de vraag: 'speelt er iets wat ik nog niet weet?' Cliënten lijken het ook leuk te vinden om het in te vullen en beseffen dan vaak dat ze meer mensen om zich heen hebben dan ze denken."

Een teamlid vindt de instrumenten een waardevolle toevoeging aan de zorgpraktijk omdat dit haar werk meer structureert en rust en duidelijkheid brengt voor zowel haarzelf als haar cliënt. Een ander teamlid geeft aan dat het Plan van Aanpak haar de mogelijkheid geeft om nog eens kritisch te kijken naar de samenwerking tussen de betrokken partijen. Anderzijds ervaart zij het als dubbel werk aangezien zij ook voor haar eigen organisatie een begeleidings- of behandelplan opstelt. Haar Plan van Aanpak is nog niet compleet ten tijde van de afname van de vragenlijst, zodoende geeft zij aan dat het instrument nog niet leidend is in haar aanpak.

Verder geven meerdere teamleden aan meer tijd nodig te hebben om met cliënten het Plan van Aanpak in te vullen. Een teamlid legt uit dat zij genoodzaakt is kleine stapjes te nemen zodat haar cliënt wil meewerken. Dit kost tijd. Ten tijde van de laatste bijeenkomst is er dan ook nog geen plan van aanpak voor deze cliënt.

Als verbeterpunt geeft een teamlid aan dat een systeem kan worden ontwikkeld waar het Plan van Aanpak gemakkelijk kan worden opgeslagen en toegankelijk gemaakt voor zowel professional als cliënt. Dit wordt nu nog als een gemis gezien. Zelf heeft zij nog niet gewerkt met het Plan van Aanpak.

Een ander teamlid stelt ten tijde van de vragenlijst 'nog niet zoveel' te hebben aangepakt en wat dat betreft was het Plan van Aanpak voor haar niet leidend.

Daarnaast geeft een teamlid aan dat het Plan van Aanpak wel het uitgangs-/vertrekpunt is, maar niet leidinggevend is geweest in het verdere proces. De situaties van cliënten zijn aan verandering onderhevig. Het is een proces dat telkens verandert, waardoor telkens andere doelstellingen prioriteit hebben. In dit opzicht is het instrument volgens haar te statisch. Het instrument is handig om duidelijkheid te scheppen in welke stappen worden ondernomen, anderzijds

"kan [het] kramp geven; als er steeds andere voorliggende problemen eerder aandacht vragen. Dan wijk je weer af van je plan van aanpak".

Zoals uit de bovenstaande ervaringen blijkt is de beoogde doelstelling van het convenant om het Plan van Aanpak leidend te laten zijn in de nieuwe werkwijze nog niet behaald.

Het Plan van Aanpak wordt bij de eerste meting vrij summier ingevuld, waardoor dit weinig inzicht biedt in de mogelijke verdere ontwikkelingen van de casus. Het Plan van Aanpak bestaat daardoor veelal uit een beknopte opsomming van doelstellingen en een lijstje met namen van het netwerk en er wordt niet beschreven *hoe* er bijvoorbeeld getracht is het sociale netwerk te betrekken bij de zorg aan de cliënt. De meerderheid heeft bij de tweede meting de stappen om de doelstellingen te realiseren wel uitvoerig beschreven. Derden kunnen inzicht krijgen in de (zorg)situatie van de cliënt. Dit kan van belang zijn wanneer er besloten wordt om het document als leidraad te gebruiken voor meerdere betrokken partijen.

Eén van de teamleden stelt de kritische vraag in hoeverre de cliënt in staat is om invulling te geven of mee te denken bij het opstellen van het Plan van Aanpak. Dit is een vraag die in algemenere zin ook terugkomt tijdens de teambijeenkomsten. In hoeverre kun je van cliënten verwachten dat zij inzicht hebben in hun eigen hulpvragen en verantwoordelijkheid hiervoor kunnen nemen? Dit vindt men een belangrijke vraag. Wanneer in het nieuwe beleid het als wenselijk wordt gesteld om de hulp af te stemmen op, of zelfs te reduceren tot, de door de cliënt geformuleerde hulpvraag, is het de vraag in hoeverre cliënten hiertoe in staat zijn. Hebben cliënten met psychiatrische problematiek voldoende inzicht in de hulp die nodig is?

4.4 Uitkomst Zelfredzaamheidsmatrix

De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is ingezet als diagnostisch instrument. De ZRM geeft inzicht in de mate waarin de cliënten in elf domeinen problemen ervaren. Voor 8 van de 11 cliënten is de ZRM een keer ingevuld (tijdstip T1, eerste meting). Het gaat om vier cliënten van Vierstroom, vier van Kwintes en één cliënt van het Meldpunt Zorg en Overlast. Voor 5 cliënten is de ZRM gemiddeld twaalf weken later voor de tweede keer ingevuld (tijdstip T2, tweede meting).

Behalve de ZRM is per cliënt geregistreerd of er een beperking is in cognitie en/of taalbeheersing en of de cliënt de zorg heeft over kinderen. Eén cliënt heeft een cognitieve beperking en moeite met lezen en schrijven. Twee cliënten hebben de zorg voor een kind jonger dan twaalf jaar.

Aanwezigheid zorg of hulp bij de eerste meting

Tijdens de eerste meting is voor acht van de elf cliënten geregistreerd in welke domeinen de cliënt zorg, hulp of begeleiding krijgt (*Tabel 1*). Het kan om zowel formele als informele hulp gaan.

Tabel 1 Domeinen waarin zorg of hulp aanwezig is bij de eerste meting per cliënt en totaal

Cliënt	Zorg of hulp aanwezig in elf domeinen											Aantal domeinen met zorg
	Inkomen	Dagbesteding	Huisvesting	Gezinsrelaties	Geestelijke gezondheid	Fysieke gezondheid	Verslaving	ADL-vaardigheden	Sociaal netwerk	Participatie	Justitie	
A	ja	-	-	ja	ja	-	-	Ja	-	-	ja	5
B	ja	-	-	ja	ja	-	-	Ja	Ja	ja	-	6
C	ja	ja	-	-	ja	ja	-	Ja	Ja	ja	-	7
D	ja	ja	ja	-	-	ja	-	Ja	Ja	ja	-	7
E	-	ja	ja	ja	ja	ja	-	-	-	ja	-	6
F	-	ja	ja	ja	ja	ja	-	-	-	ja	-	6
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
H	ja	ja	-	ja	ja	ja	-	Ja	Ja	ja	ja	9
Aant¹	5	5	3	5	6	5	0	5	4	6	2	5,8²

¹aantal cliënten met zorg per domein

²gemiddeld aantal domeinen met zorg of hulp per cliënt

Bij één cliënt is op het tijdstip van de eerste meting in geen enkel domein zorg aanwezig (Tabel 1). Dit is een nieuwe cliënt die door het Meldpunt Zorg en Overlast is ingebracht. Aan de andere kant van het spectrum ontvangen twee cliënten zorg in zeven domeinen. Het domein waarin de meeste zorg wordt verleend is de geestelijke gezondheid en participatie (beide 6 van de 8 cliënten). In het domein verslaving ontvangt geen enkele cliënt hulp. Gemiddeld ontvangen de cliënten in 5,8 domeinen zorg of hulp.

ZRM-score eerste meting

Op een schaal van 1 (acute problematiek) tot en met 5 (volledig zelfredzaam) heeft de groep van acht cliënten een gemiddelde ZRM-score van 3,8 (Tabel 2). De laagste gemiddelde score is 3,3, de hoogste is 4,4.

De meeste cliënten hebben een lage ZRM-score in de domeinen participatie (7 cliënten) en dagbesteding (6 cliënten). De hoogste ZRM-scores zijn in de domeinen verslaving, justitie en huisvesting.

Gemiddeld zijn de cliënten niet of beperkt zelfredzaam in 4,5 van de elf domeinen (Tabel 2). Er zijn vier cliënten die niet of beperkt zelfredzaam zijn in 6 domeinen, één cliënt in 5 domeinen, twee cliënten in 3 domeinen en één cliënt is in één domein niet zelfredzaam. Dit geeft een goed beeld van de complexe problematiek waarmee deze cliënten te maken hebben.

Tabel 2 Eerste meting. ZRM-score per cliënt per domein, gemiddelde ZRM-score per cliënt en per domein; aantal domeinen waarin cliënt onvoldoende zelfredzaam is (score 3 of lager)

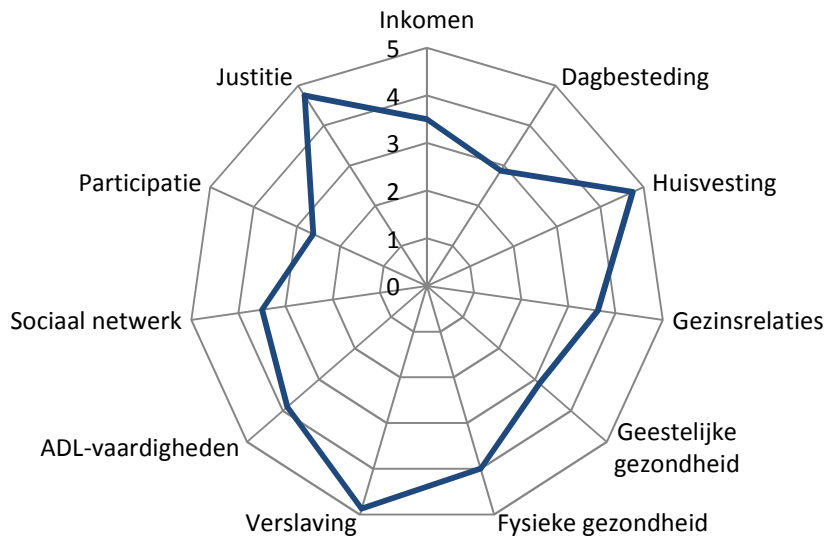
Elf domeinen Zelfredzaamheidsmatrix													Gemiddelde ZRM-score per cliënt	Aantal domeinen niet zelfredzaam
Cliënt	In-komen	Dag-besteding	Huis-vesting	Ge-zins-relaties	Gees-telijke ge-zondheid	Fy-sieke ge-zondheid	Ver-slaving	ADL-vaardig-heden	So-ciaal net-werk	Par-ticipatie	Jus-titie			
A	4	3	5	2	2	5	5	4	5	5	4	4,0	3	
B	2	5*	5	3	2	4	5	3	3	3	5	3,6	6	
C	3	2	5	5	3	4	4	4	2	2	5	3,5	5	
D	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	5	4,1	3	
E	5	4	5	4	4	4	5	5	5	2	5	4,4	1	
F	3	2	3	3	4	5	5	3	4	3	5	3,6	6	
G	3	2	5	3	3	3	5	4	5	2	5	3,6	6	
H	4	2	5	4	2	3	5	3	2	2	4	3,3	6	
Gem¹	3,5	2,9	4,8	3,6	3,1	4,0	4,9	3,9	3,5	2,6	4,8	3,8	4,5	

*score niet ingevuld, de waarde 5 ingevuld door onderzoeker, veronderstellend dat cliënt volledig zelfredzaam is in dit domein.

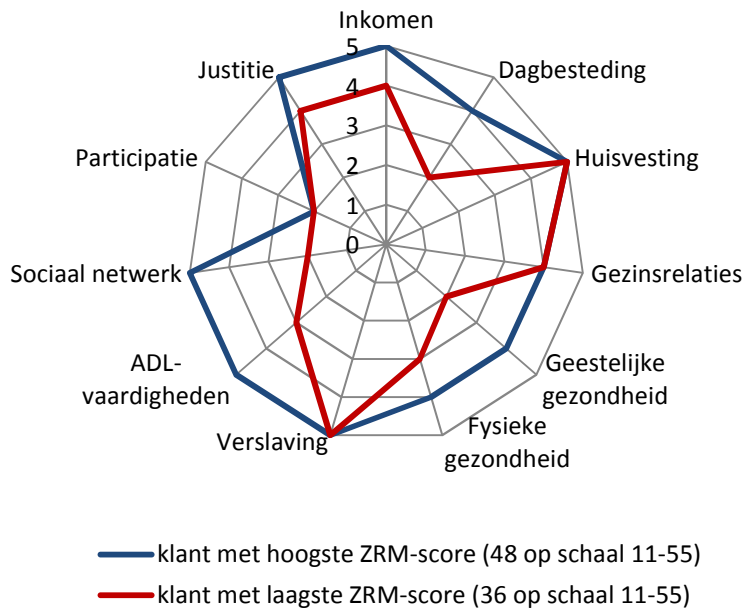
¹Gem = gemiddelde ZRM-score voor 8 cliënten

Laagste en hoogste ZRM-scores eerste meting

De resultaten worden in de vorm van een spinnenweb gepresenteerd. Hoe dichter de scores bij het centrum liggen, des te minder zelfredzaam de cliënten zijn in het betreffende domein. De maximumscore voor elk domein is 5, volledig zelfredzaam, de ideale situatie. De minimumscore is 1, acute problematiek.



Figuur 1 Gemiddelde ZRM-scores per domein van acht cliënten bij eerste meting



Figuur 2 ZRM-scores per domein van cliënten met hoogste en laagste ZRM-totaalscores bij eerste meting

In *Figuur 1* staan de gemiddelde ZRM-scores per domein voor de hele groep. De domeinen geestelijke gezondheid, dagbesteding en participatie hebben een gemiddelde ZRM-score van 3 of lager (beperkt zelfredzaam en niet zelfredzaam). De domeinen huisvesting, verslaving en justitie scoren gemiddeld tussen de 4 en 5 (voldoende en volledig zelfredzaam).

In *Figuur 2* is de cliënt met de hoogste en de cliënt met de laagste ZRM-totaalscore weergegeven. Het totaal aantal punten dat een cliënt kan halen is minimaal 11 en maximaal 55. Met de score 11 zou de cliënt in elk domein in een acute situatie verkeren. Met de score 55 zou de cliënt in elk domein volledig zelfredzaam zijn.

De laagst voorkomende totaalscore is 36 (*Figuur 2*). Deze cliënt is volledig zelfredzaam in de domeinen huisvesting en verslaving, voldoende zelfredzaam in de domeinen gezinssituatie, justitie en inkomen. Hij is beperkt zelfredzaam in de domeinen fysieke gezondheid en ADL-vaardigheden; hij is niet zelfredzaam in de domeinen geestelijke gezondheid, dagbesteding en participatie.

De hoogst voorkomende score is 48 (*Figuur 2*). Deze cliënt is in 10 domeinen voldoende tot volledig zelfredzaam. Hij is niet zelfredzaam in het domein participatie.

Vergelijking eerste en tweede meting

Voor 5 van de 8 cliënten is een tweede ZRM-formulier ingevuld, gemiddeld 12 weken na de eerste meting (tussen 9 en 16 weken later). Dit is de tweede meting, tijdstip T2.

Cliënt A is bij de eerste meting (T1) niet of beperkt zelfredzaam in de domeinen dagbesteding, gezinsrelaties en geestelijke gezondheid (*tabel 3*). Bij de tweede meting (T2) is deze cliënt voldoende zelfredzaam geworden in de domeinen dagbesteding en geestelijke gezondheid. Alleen in het domein gezinsrelaties is zij nog niet zelfredzaam.

Cliënt B is bij de eerste meting (T1) niet of beperkt zelfredzaam in zes domeinen (*tabel 3*). Bij de tweede meting (T2) is deze cliënt voldoende zelfredzaam geworden in het domein ADL-vaardigheden. In de domeinen inkomen en geestelijke gezondheid is de score gestegen van niet naar beperkt zelfredzaam. In de domeinen gezinsrelaties, sociaal netwerk en participatie is hij beperkt zelfredzaam gebleven. In het domein fysieke gezondheid is zij teruggevallen van voldoende naar beperkt zelfredzaam.

Cliënt C is bij de eerste meting (T1) niet of beperkt zelfredzaam in vijf domeinen (*tabel 3*). In de domeinen dagbesteding en participatie is hij bij de tweede meting (T2) nog steeds niet zelfredzaam. In de domeinen geestelijke gezondheid en inkomen is zij beperkt zelfredzaam gebleven. In het domein sociaal netwerk is zij gestegen van niet naar beperkt zelfredzaam.

Cliënt D is bij de eerste meting (T1) niet zelfredzaam in de domeinen sociaal netwerk en participatie en beperkt zelfredzaam in het domein dagbesteding (*tabel 3*). Bij de tweede meting (T2) is hierin geen verandering gekomen.

Cliënt E is bij de eerste meting (T1) niet zelfredzaam in het domein participatie (*tabel 3*). Bij de tweede meting (T2) is hierin geen verandering gekomen.

Tabel 3. ZRM-score per cliënt per domein, gemiddelde ZRM-score per cliënt en per domein; aantal domeinen waarin cliënt onvoldoende zelfredzaam is (score 3 of lager) op tijdstip T1 (eerste meting) en T2 (tweede meting)

Elf domeinen Zelfredzaamheidsmatrix													Gemiddelde ZRM-score per cliënt	Aantal domeinen niet zelfredzaam
Cliënt	Inkomen	Dagbesteding	Huisvesting	Gezinsrelaties	Geestelijke gezondheid	Fysieke gezondheid	Verlating	ADL-vaardigheden	Sociaal netwerk	Participatie	Justitie			
A	T1	4	3	5	2	2	5	5	4	5	5	4	4,0	3
	T2	4	4	5	2	4	5	5	5	5	5	4	4,4	1
B	T1	2	5	5	3	2	4	5	3	3	3	5	3,6	6
	T2	3	5	5	3	3	3	5	4	3	3	5	3,8	6
C	T1	3	2	5	5	3	4	4	4	2	2	5	3,5	5
	T2	3	2	5	5	3	4	4	4	3	2	5	3,6	5
D	T1	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	5	4,1	3
	T2	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	5	4,1	3
E	T1	5	4	5	4	4	4	5	5	5	2	5	4,4	1
	T2	5	4	5	4	4	4	5	5	5	2	5	4,4	1
Gem*	T1	3,6	3,4	5,0	3,8	3,2	4,2	4,8	4,2	3,4	2,8	4,8	3,9	3,6
	T2	3,8	3,6	5,0	3,8	3,8	4,0	4,8	4,6	3,6	2,8	4,8	4,1	3,2

*Gem = gemiddelde ZRM-score voor 5 cliënten

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 een tweede ZRM-score 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.

4.5 Relatie Cliënttevredenheidvragenlijst en ZRM

Tijdens het eerste gesprek (eerste meting T1) 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. Bij de tweede meting, gemiddeld 12 weken later (tweede meting T2), is bij vier cliënten de tevredenheid nogmaals nagevraagd.

Zeven cliënten geven een ruime voldoende voor de zorg die zij ontvangen (tabel 4). Het laagste cijfer is een acht. Eén cliënt heeft nog geen zorg ontvangen. De rapportcijfers voor de zorg zijn hoger dan of gelijk aan die voor de eigen situatie.

Zeven cliënten geven de eigen situatie een voldoende en één cliënt een onvoldoende (tabel 4). Er is geen duidelijke relatie tussen de hoogte van het rapportcijfer voor de eigen situatie en de gemiddelde ZRM-score. De twee cliënten die de eigen situatie het hoogste en laagste rapportcijfer geven (cliënten C en B), hebben een vrijwel gelijke gemiddelde ZRM-score. Ze zijn beiden niet of beperkt zelfredzaam

in de domeinen inkomen, geestelijke gezondheid, sociaal netwerk en participatie. De cliënt die de eigen situatie een 4 geeft is bovendien beperkt zelfredzaam in de domeinen gezinsrelaties en ADL-vaardigheden.

Tabel 4. Cliënttevredenheid, ZRM-scores en toelichting cliënten bij eerste meting

Cliënt	Rapportcijfer zorg	Rapportcijfer eigen situatie	Gem. ZRM-score	Domeinen niet zelfredzaam	Domeinen beperkt zelfredzaam	Toelichting cliënt op eigen situatie
A	8	6	4,0	gezin geest. gez.	dagbesteding	Tevreden met verbeterd contact met dochter en kleinkinderen. Minder tevreden met contact met partner, financiële situatie en gemis aan vriendschap. Vaker last van nare gevoelens sinds frequentie hulpverlening is gedaald.
B	8	4	3,6	inkomen geest. gez.	gezin soc. netwerk ADL participatie	Ontevreden over: depressie, relatie, slechte financiële administratie. Wil graag werken. Wil graag sociaal weer functioneren.
C	8	8	3,5	dagbesteding soc. netwerk participatie	inkomen geest. gez.	Tevreden met haar zelfgekozen rust en dat ze geen verplichtingen heeft. Ontevreden dat ze zo weinig mensen ziet.
D	8	7,5	4,1	soc. netwerk participatie	dagbesteding	Tevreden dankzij thuisbegeleiding, zorg en inzet vrijwilliger is isolement doorbroken.
E	8	7	4,4	participatie	-	'Gaat aardig!' Tevreden met contact met oudste zoon.
F	9	6	3,6	dagbesteding	inkomen huisvesting gezin ADL participatie	'Hartstikke tevreden, zeker met kat Nicky'. Minder tevreden met financiële situatie. Daardoor veel thuis, uit huis gaan is te duur. Daardoor erg passief.
G	nvt	7,5	3,6	dagbesteding participatie	inkomen gezin geest. gez. fysieke gez.	Tevreden over verbeterde relatie met zoon. Niet tevreden met onvermogen structuur aan te brengen in dagindeling en administratie en het niet hebben van betaald werk.
H	10 en 8*	6	3,3	dagbesteding geest. gez. soc. netwerk participatie	fysieke gez. ADL	Het gaat niet goed en het gaat niet slecht. Voelt zich soms erg slecht en onhandig. Ondanks medicijnen voelt hij zich soms depressief. Als thuisbegeleider komt gaat het iets beter.

*10 voor thuisbegeleiding en 8 voor reclassering

vetgedrukt: domeinen die in de toelichting door de cliënt worden genoemd

Volgens de ZRM zijn de cliënten vaak in meerdere domeinen onvoldoende zelfredzaam. Uit de toelichting van de cliënten blijkt dat zij hun eigen situatie een voldoende geven en meestal maar in

één of twee domeinen ontevreden zijn (*tabel 4*). De enige cliënt die de eigen situatie een onvoldoende geeft, is in vier domeinen ontevreden. Het meest zijn de cliënten ontevreden over hun sociale netwerk en geestelijke gezondheid (vier van de acht cliënten). Drie cliënten zijn ontevreden over hun dagbesteding of participatie; twee cliënten over hun gezinsrelaties en twee cliënten over hun inkomen. Een hulpverlener vertelt over een depressieve cliënt met Parkinson die zeer ontevreden is en zijn situatie een 3 geeft vanwege het feit dat hij nu aangesproken wordt op zijn zelfredzaamheid en meer dingen zelf moet doen. Voor deze cliënt is geen ZRM en cliënttevredenheidsvragenlijst ingeleverd en staat dus niet in tabel 4 en 5.

Bij de vier cliënten die de tweede meting hebben gedaan, is bij drie cliënten de tevredenheid met de eigen situatie toegenomen. Cliënt A van 6 naar 8, cliënt B van 4 naar 5 en cliënt D van 7,5 naar 8. Cliënt E geeft de eigen situatie zowel bij de eerste als tweede meting een 7. Alleen cliënt A geeft een toelichting. Haar situatie is ten opzichte van de eerste meting volgens haar nog niet veranderd. Toch is ze meer tevreden omdat ze het gevoel heeft dat er iets aan wordt gedaan. Ze heeft minder vaak nare gevoelens en *“heb het gevoel dat ik mij steeds beter realiseer wat ik heb en dus ook wat ik te verliezen heb”*.

Ondanks de problemen in diverse domeinen beoordeelt de cliënt de eigen situatie toch in de meeste gevallen als voldoende. 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. Sommige cliënten zeggen dat ook met zoveel woorden.

De ontvangen zorg wordt zeer goed beoordeeld. Twee kanttekeningen zijn op zijn plaats. Ten eerste is het rapportcijfer gegeven in bijzijn van de zorgverlener wat kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden. Ten tweede heeft een aantal cliënten gezegd dat zij bang zijn dat ze de zorg kwijt zullen raken als ze zeggen dat ze ontevreden zijn met de zorg.

4.6 Relatie Plan van Aanpak en ZRM

In het Plan van Aanpak worden de doelen van de begeleiding geformuleerd. De ZRM-scores dienen als input voor het Plan van Aanpak.

De doelen die worden geformuleerd in het Plan van Aanpak sluiten aan op de domeinen die door de ZRM als niet of beperkt zelfredzaam worden gescoord (*tabellen 5A en 5B*). Soms zijn doelen geformuleerd in elk domein dat onvoldoende zelfredzaam scoort, soms in maar één van die domeinen. Een keer wordt een doel geformuleerd in een domein dat volgens de ZRM voldoende zelfredzaam scoort (cliënt A: doel in domein inkomen, ZRM-score 4).

De afspraken die worden gemaakt om de doelen te bereiken laten zien dat de bij vijf cliënten de thuisbegeleider stimuleert om zelf actie te ondernemen (cliënten A, C, E, F en G). Soms om contacten met eigen familie en/of vrienden aan te halen, soms om het zelf zoeken van hulp bij organisaties, één keer om samen met de thuisbegeleider boodschappen te doen.

Daarnaast worden bij een aantal cliënten afspraken gemaakt om de professionele en informele zorg uit te breiden en/of gericht(er) in te zetten (cliënten A, B en H). Bij één cliënt wordt de situatie zoveel mogelijk gestabiliseerd zonder dat extra afspraken worden gemaakt (cliënt D).

Uit de Plannen van Aanpak blijkt dat de afspraken eerste kleine stappen zijn op weg naar zelfredzaamheid. Soms wordt het nodig gevonden om juist meer of aanvullende zorg te organiseren. Ook blijkt dat een aantal cliënten niet wil meewerken aan een gezamenlijk zorgoverleg.

Tabel 5A. ZRM-scores en doelen in Plan van Aanpak (PvA) cliënten A t/m F

Cliënt	Gem. ZRM-score	Domeinen niet zelfredzaam	Domeinen beperkt zelfredzaam
A	4,0	gezin geest. gez.	dagbesteding
	PvA	Doelen: financiële situatie verbeteren; relatie met partner en (klein)kinderen verbeteren; zorgen dat cliënt iemand in haar omgeving heeft om op terug te vallen als dat nodig is. Afspraken: samen met thuisbegeleider financiële administratie op orde brengen; cliënt neemt zelf contact op met kinderen om te vragen of ze open staan voor een gesprek met de reclasseringswerker; reclasseringswerker biedt de partner een luisterend oor en stimuleert hem om samen met cliënt onder begeleiding gesprekken te voeren.	
B	3,6	inkomen geest. gez.	gezin soc. netwerk ADL participatie
	PvA	Doelen: van depressie afkomen, betere relatie met partner, financiën op orde, weer gaan werken, sociaal weer functioneren. Afspraken: Rust creëren: schoonvader komt een dagdeel op de kinderen passen (blijvend). Inzicht in handelen: gesprek met de SPV-er om de 14 dagen Medicatiecontrole: psychiater 1x per drie maanden. Opvoedingsondersteuning: thuisbegeleider bespreekt taakverdeling vader-moeder Cliënt wil geen gezamenlijk zorgoverleg.	
C	3,5	dagbesteding soc. netwerk participatie	inkomen geest. gez.
	PvA	Doel: contacten met bestaande vrienden versterken zodat zij daar meer steun van kan ontvangen zodat hulpverlening stap terug kan doen. Afspraak: cliënt belt zelf vriendin om iets leuks te gaan doen. Cliënt wil geen gezamenlijk zorgoverleg.	
D	4,1	soc. netwerk participatie	dagbesteding
	PvA	Doel: stabiliseren van de situatie. Er is veel professionele zorg aanwezig. Ze heeft geen contact met kinderen, wel met buurvrouw, vrijwilliger en ouderenvereniging. Cliënt wil geen gezamenlijk zorgoverleg, ze vindt de huidige situatie prima.	
E	4,4	Participatie	-
	PvA	Doel: motivatie behouden om noodzakelijke activiteiten als boodschappen doen te blijven uitvoeren, eventueel met thuisbegeleiding.	
F	3,6	dagbesteding	inkomen huisvesting gezin ADL participatie
	PvA	Laat gemakkelijk versloffen en moet geactiveerd blijven worden. Contacten onderhouden en behouden. Vinden van hobby's. Wil het zo goed mogelijk hebben voor de kat. Afspraak: de cliënt gaat zelf zijn administratie bijhouden.	

Tabel 5B. ZRM-scores en doelen in Plan van Aanpak (PvA) cliënten G en H

Cliënt	Gem. ZRM-score	Domeinen niet zelfredzaam	Domeinen beperkt zelfredzaam
G	3,6	dagbesteding participatie	inkomen gezin geest. gez. fysieke gez.
	PvA	Doel: structuur in huishouden, kunnen organiseren en uitvoeren van taken. Cliënt informeert bij ZOG voor ervaringsdeskundige ter ondersteuning. Doel: structuur in ordening van financiën, beter overzicht van budget. Cliënt meldt zich bij patiëntenvereniging voor hulp ordening papieren.	
H	3,3	dagbesteding geest. gez. soc. netwerk participatie	fysieke gez. ADL
	PvA	Het vinden van de juiste combinatie van medicijnen. Cliënt slikt erg veel medicijnen. De psychiater zal kritisch moeten kijken naar het samengaan van de pillen en of ze wel of niet aanslaan. Aanvragen van thuisbegeleiding om de inname en voortgang van medicatie in de gaten te houden. Aanvragen van een indicatie 'verblijf', voor begeleid wonen. Administratie van de cliënt bijhouden. Het vinden van een passende dagbesteding.	

4.7 Ervaringen met drie instrumenten

De aangereikte instrumenten worden een verrijking gevonden voor de praktijk. Het geeft de zorg/hulpverleners en cliënten houvast en maakt duidelijk waar zij samen naartoe willen werken. Een teamlid geeft aan dat ze de aanpak nu veel professioneler vindt doordat er gebruik wordt gemaakt van vaste formats. Aan de andere kant vindt een teamlid dat de meetinstrumenten tot nu toe nog 'niets' toevoegen aan de praktijk.

Anderzijds worden de instrumenten ook door het team als extra belastend ervaren. Meerdere teamleden geven aan dat het 'vernieuwende werken' wel erg gehaast moet en voor wat betreft de aangereikte documenten veel is. Het kost hen veel tijd om alle formulieren met de cliënt in te vullen. Een teamlid beschouwt dit als 'improductieve tijd' die zij naar haar idee beter zou kunnen besteden. Sommigen zien dit ook als dubbel werk omdat zij allerlei soortgelijke formulieren bij hun organisatie moeten invullen. Het feit dat er bij de verschillende instanties verschillende formats worden gebruikt voor dezelfde soort formulieren werd als hinderlijk ervaren door de teamleden. Daarnaast hadden ze soms het gevoel dat de cliënt minder bereid was mee te werken door de hoeveelheid papierwerk.

De implementatie van de instrumenten kost in eerste instantie meer tijd omdat alles samen met de cliënt op formulieren in kaart moet worden gebracht. De deelnemers spreken de hoop en verwachting uit dat dit op den duur tijd zal besparen.

5 BENUTTEN VAN KRACHTEN

Dit hoofdstuk gaat in op hoe er door de teamleden getracht werd vernieuwend te werken door zoveel mogelijk een beroep te doen op de krachten van cliënten, het sociale netwerk, vrijwilligers en het welzijnsaanbod in de buurt en pas in laatste instantie de professional.

5.1 Vernieuwend werken is 'loslaten'

Vernieuwend werken betekent voor de teamleden voornamelijk hun oude werkwijze en cliënten meer 'loslaten'. Daarbij wordt een groter beroep gedaan op de 'eigen kracht' van cliënten. De zelfredzaamheid van cliënten wordt in kaart gebracht en gestimuleerd. Samen met de cliënt worden hulpvragen geformuleerd die als uitgangspunt dienen voor de verdere samenwerking. De zorg is meer vraaggestuurd dan aanbodgericht. Meer kortdurende begeleidingstrajecten in plaats van langdurige. Verder wordt gekeken naar wat het sociale netwerk zou kunnen betekenen voor de cliënt. De begeleider probeert zichzelf overbodig te maken door te kijken wie in het netwerk taken zou kunnen overnemen. Daarbij wordt gekeken naar waar vrijwilligers of andere betrokkenen zouden kunnen worden ingezet. De stuurgroep verwoordt dit vernieuwende werken als 'Zorgen voor wordt zorgen *dat*'. De teamleden stellen dat zij in hun organisatie al vanuit deze denkwijze werken.

De hulpverleners van de Vierstroom stellen dat zij altijd 'veranderingsgericht' werken waarbij ze de cliënt op den duur meer kunnen loslaten. Zij werken met hun cliënt toe naar doelen om duurzame verandering te realiseren. Het teruggeven van de regie aan de cliënt was al een doelstelling.

"In principe was dat ook wel een onderdeel van thuisbegeleiding. Zorgen dat de cliënt weer z'n eigen regie terug krijgt, z'n eigen leven in banen kan leiden en ook deels zorgen voor dat de cliënt dat weer in z'n eigen heft kan houden en zorgen dat dat ook blijvend is, waarna jij kan gaan loslaten als hulpverlener. Dus dat was niet zo heel anders of vernieuwend in principe wat de thuisbegeleiding betreft."

De teamleden van Kwintes stellen dat zij een overeenkomstig doel hebben.

"[...] We gaan er altijd vanuit dat je de cliënt ondersteunt en coacht. En 'zorgen voor' klinkt een beetje alsof je dingen overneemt en dat is nooit de bedoeling. Het is de bedoeling dat je met de cliënt gaat kijken van 'hoe kan die dat zelf organiseren?'. En [...] misschien kun je daar iets in betekenen, maar de bedoeling is wel dat de cliënt dat zelf gaat/kan realiseren."

Voor de medewerkers van Kwintes heeft de nieuwe aanpak veel overlap met de reguliere praktijk. Daar werken zij sinds kort ook met kortdurende begeleidingstrajecten waarbij dezelfde uitgangspunten worden gehanteerd als bij de pilot. Ook stelt een medewerker van Kwintes dat hulpverleners niet de problemen van cliënten oplossen, maar 'naast' de cliënt staan en dit samen doen. Vernieuwend is volgens een teamlid dat "binnen de nieuwe werkwijze [...] direct duidelijk [wordt] of er andere hulpverlenende instanties betrokken zijn en je met de cliënt en hen om de tafel om 1 gezamenlijk plan op te stellen."

Eenzijds wordt er in het team gezegd dat zij al bekend zijn met de vernieuwde manier van werken, anderzijds dat zij nog moeite hebben met het loslaten van oude werkwijzen.

"Wat ik wel merk tijdens de bijeenkomsten is dat er inderdaad wel gekeken wordt naar een 'andere' manier van werken en [er] worden suggesties gedaan voor de aanpak en bijvoorbeeld [het] inzetten van minder hulpverleners. We zijn wel al bezig geweest om op een creatieve manier te kijken naar casuïstiek. Je merkt alleen wel dat we niet overal oplossingen voor hebben en ook nog wel vasthouden aan onze 'oude' manier van werken."

Uit de vragenlijsten blijkt dat het de teamleden al aardig lukt hun eigen werkwijzen los te laten. Uit de Plannen van Aanpak blijkt dat dit in de praktijk toch lastig is. Kleine stapjes zijn gezet. Het kost de teamleden tijd en inspanning om verandering te bewerkstelligen. De teamleden hebben het gevoel dat ze pas net begonnen zijn wanneer de pilot al aan zijn einde loopt. Er is tijdens de bijeenkomsten veel gebrainstormd over hoe de zorg anders zou kunnen worden gerealiseerd. In praktijk zijn voorzichtig de eerste stappen hierin genomen. Zij maken kenbaar aan cliënten dat zij meer zelf zullen moeten gaan doen in de toekomst en met behulp van het Plan van Aanpak kijken zij samen op welke manier dat zou kunnen.

“In de casuïstiek die is besproken merk ik dat het in de praktijk nog lastig blijkt om vanuit een andere, nieuwe werkwijze om te gaan met cliënten. Dit is wel een proces wat in gang is gezet.”

De deelnemers lijken het tijdens de bijeenkomsten nog moeilijk te vinden om hun eigen vertrouwde werkwijze los te laten en meer in te zetten op eigen kracht. Het is wennen om bijvoorbeeld meer vanuit de hulpvraag van de cliënt te denken in plaats van het aanbod. Iedereen begrijpt de relevantie van ‘eigen kracht’, maar het blijkt nog lastig om in praktijk toe te passen op eigen cliënten. Dit is iets dat de procesbegeleider ook waarneemt. Volgens haar komt dit onder andere omdat de begeleiders dachten dat het in praktijk niet anders kon voor hun eigen cliënt en het daardoor ook niet gebeurde.

Het gaat over een balans vinden tussen ‘staan voor eigen expertise’ en het ‘durven loslaten van eigen expertise’, verwoordt een teamlid tijdens de bijeenkomst. *‘Iets wat je hebt opgebouwd laat je niet zomaar los’*. Hierbij wordt het voorbeeld gegeven van het uit handen geven van taken aan vrijwilligers of het afbouwen van zorg. Naar haar idee is het loslaten al aardig gelukt, maar dit ‘vergeet wel enig bewustzijn’ bij haar. Meerdere teamleden spreken in termen van ‘bewustzijn’ wanneer zij het hebben over het vernieuwde werken. Over de nieuwe aanpak zegt een teamlid:

“Ja, ik denk uiteindelijk wel [kostenbesparend] want ik merk gewoon zelf dat ik samen met m’n cliënt veel bewuster ben gaan kijken naar ‘wie komt er allemaal bij je?’ ‘is iedereen even hard nodig?’ ‘Doen we geen dubbel werk?’, dat soort dingen, die vragen, daar zijn we nu veel bewuster mee bezig dus uiteindelijk denk ik dat dat kosten zal besparen, want er vallen mensen af. En mijn cliënt heeft ook echt zoiets van ‘Ja, het is ook wel goed weet je. Ik heb het ook wel nodig gehad, maar nu is het ook wel mooi geweest, dat sluit ik af’. Ja, dus wat dat betreft denk ik dat het wel kostenbesparend is.”

De teamleden spreken over een ‘directere aanpak’. Mede door de instrumenten die zij nu voorhanden hebben spreken zij hun cliënten directer aan op hun problemen en verantwoordelijkheden.

“Het grootste verschil wat er heeft plaatsgevonden is dat ik de cliënt duidelijkere keuzes aanbied binnen de begeleiding. Ik heb mijn verwachtingen naar haar bijgesteld en verhoogd en dit aan haar kenbaar gemaakt. Ik ben van mening dat dit de begeleiding ten goede komt en dat mijn cliënt meer regie krijgt en neemt over haar leven.”

Zo confronteren zij hun cliënten met het feit dat de zorg gaat veranderen. Zij willen laten inzien dat verandering nu nodig is, dat zij nu nog samen kunnen gaan kijken hoe het anders kan, omdat de cliënt het zo meteen zelf moet gaan doen. Zodoende worden cliënten voor duidelijke keuzes gesteld.

“[...]Jals je wil dat je netwerk dichterbij komt, dan zal je daar echt zelf iets mee moeten. Dan zal je echt zelf in actie moeten komen’, of iets. Wel bijna zo gezegd, maar in een heel gesprek. Anders gebeurt het niet en de kans dat ik straks weg ben is groot. Dus dat klinkt een beetje gemeen, van ‘nou ik zet je echt voor het blok’, maar wel van ‘ja als je iets wil dan zal je ook in beweging moeten komen’.”

Bij deze directere aanpak wordt gesproken over 'risico nemen'. In hoeverre de cliënt kan worden losgelaten verschilt per cliënt. Bij sommige cliënten is het van preventief belang dat er vinger aan de pols wordt gehouden zodat er geen terugval plaatsvindt.

Zoals blijkt uit de discussies tijdens de bijeenkomsten, is 'loslaten' niet bij elke casus een gewenste uitkomst van de casushouder. Een aantal teamleden geeft bijvoorbeeld aan dat de manier waarop de zorg is georganiseerd bij hun cliënt afdoende is en verandering niet nodig is. Een aantal cliënten willen geen verandering.

Een teamlid zegt nog niets te kunnen zeggen over 'loslaten' van haar oude werkwijze. Zelf heeft zij nog niet anders kunnen werken en stelt dat deze nieuwe werkwijzen ook niet bij iedere cliënt toepasbaar zijn.

“Het proces gaat erg snel; ik kan nog niets zeggen over mijn eigen werkwijze loslaten. Ik vind veel situaties anders. Met andere woorden het is niet overal even duidelijk van toepassing.”

Zij is van mening dat 'eigen kracht' en daarbij het gepaard gaande 'loslaten' vaak uitgaan van een te ideale situatie; bijvoorbeeld uitgaan van het feit dat een cliënt wil meewerken of een sociaal netwerk heeft dat bereidwillig en draagkrachtig is. In deze kritiek kunnen meerdere teamleden zich vinden. Bijvoorbeeld, de handleiding van Hofman en Van de Lustgraaf¹⁹ voor de inzet van eigen kracht vindt men te optimistisch. De procesbegeleider vindt dat de handleiding wel aansluit op de praktijk daar het ingaat op hoe er samen met cliënten op een passende wijze een sociaal netwerk kan worden opgebouwd.

Drie van de zes teamleden die de vragenlijst hebben ingevuld, geven aan nog niet anders te hebben gewerkt. Zo zegt er een:

“Nog niets anders gedaan, maar staat wel op de planning om de coördinatie [van de zorg] en de betrokkenen verder uit te diepen. [...] De zaken staan nu iets anders op papier en heeft me weer op een andere manier naar de situatie van mijn cliënt laten kijken.”

Volgens de procesbegeleider zijn de eerste stappen van het vernieuwde werken vrij concreet, omdat dit de implementatie van de instrumenten betreft. Dit vormt daarom geen probleem. De stap erna van 'hoe ga je nou echt op een andere manier mensen begeleiden' en meer loslaten is volgens haar iets waar de teamleden aan het einde van de pilot een start mee hebben gemaakt. Dat was volgens haar een moeilijke stap om te maken omdat volgens haar de kennis ontbrak over hoe het in praktijk anders zou kunnen.

Het is voor het team nog zoeken naar manieren waarop de nieuwe werkwijzen in praktijk kunnen worden gerealiseerd. De mentaliteitsverandering die gepaard gaat met het nieuwe beleid is in gang gezet. Veranderingen in de praktijk blijven daarbij nog achter. Het blijkt dat de vrijheid die de teamleden krijgen om met de nieuwe werkwijzen te experimenteren tegelijkertijd ook hetgeen is wat het moeilijk maakt het in praktijk toe te passen. De teamleden zijn nog onzeker over hoe zij de zorg voor hun cliënten anders kunnen aanpakken.

“[...] Je kunt wel je werkwijze loslaten, maar je hebt nog geen handvatten van wat je dan precies zou kunnen veranderen of aanpassen.”

¹⁹ Hofman, E., & M. van de Lustgraaf (2008) Een sterk sociaal netwerk! Handleiding voor vrijwilligers en organisaties. Movisie en PhilidephiaSupport.

5.2 Betekenis van ‘eigen kracht’ in praktijk

Wat ‘eigen kracht’ precies inhoudt wordt door de verschillende teamleden net iets anders verwoord. De een legt meer de nadruk op wat het sociale netwerk kan betekenen en hoe dit kan worden versterkt, de ander bekijkt wat de cliënt zelf kan doen. Hoe cliënten gebruik kunnen maken van hun eigen ‘kwaliteiten en vaardigheden’ om problemen op te lossen. Een teamlid verwoordt het als ‘minder leunen op hulpverleners’. In het algemeen wordt bij ‘eigen kracht’ meer verantwoordelijkheid en regie bij de cliënt en het netwerk gelegd en minder bij de professional. De professional probeert hierbij een stapje terug te doen.

“Het betekent dat ik kritisch moet gaan kijken naar welke verantwoordelijkheden ik op me neem tijdens de begeleiding en welke niet. Ik zal er nog meer rekening mee houden dat de regie zo snel mogelijk (terug) bij de cliënt komt te liggen. Ik zal meer en sneller de samenwerking proberen te zoeken met andere partijen.”

“Wat de cliënt zelf, of met behulp vanuit zijn netwerk kan doen om problemen op te lossen”.

Teamleden noemen eigen kracht ook wel ‘empowerment’. Dit is iets waarmee zij al bekend zijn binnen hun organisaties. Het uitgangspunt is ‘altijd uitgaan van de eigen kracht van iemand’. In die zin is dit niet vernieuwend. ‘Eigen kracht’ is iets wat iemand kan hebben, verliezen en weer terugkrijgen met ondersteuning van hulp/zorgverleners. Dat wordt verwoord als ‘iemand weer in zijn eigen kracht zetten’.

“Het zelfvertrouwen en zelfrespect weer hebben, veiligheid ervaren, ook het idee hebben dat je zelf de regie hebt over je eigen leven. Die term ‘toekomstperspectief’, ‘ben weer terug’, ‘ben weer een volwaardig mens in de samenleving’ of tenminste misschien onvolwaardig maar ik kan er wel mee leven.”

Of er met de nieuwe aanpak is ingezet op eigen kracht, daar zijn verschillende ideeën over binnen het team. Het merendeel zegt dat er wel degelijk is ingezet op eigen kracht. Een teamlid zegt dat dit niet is gedaan en een ander zegt dat dit nog ‘te weinig’ is gebeurd. Er is overigens volgens de laatste wel veel aandacht aan besteed, maar er zou volgens haar nog meer moeten worden gekeken naar mogelijkheden voor eigen kracht in de praktijk. Uit de pilot komt blijkt dat de cliënt en het sociale netwerk aanspreken op de eigen kracht niet een-twee-drie kan worden gerealiseerd. Dat kost tijd. De inzet van ‘eigen kracht’ qua tempo, vorm en aanpak moet volgens de teamleden worden afgestemd op de specifieke situatie van de cliënten. Welke problematiek er speelt, in welk stadium van het hulpproces zij zich bevinden en het karakter van de cliënten. De inzet van ‘eigen kracht’ is dus maatwerk.

5.3 De inzet van cliënten

“De cliënt krijgt meer regie en als het goed is kan de hulpverlening sneller afgebouwd worden.”

De pilot beoogt dat cliënten minder gaan steunen op de zorgverleners en meer eigen regie en verantwoordelijkheid nemen in hun ziektesituatie. In de pilot wordt bijvoorbeeld geprobeerd cliënten zelf aan te laten geven wat hun doelstellingen zijn voor het hulp-/zorgtraject en na te laten denken over hoe deze kunnen worden gerealiseerd. In plaats van oplossingen aan te reiken proberen zij de cliënt hier zelf eerst over na te laten denken. Ook kleine taken die normaal gesproken de hulpverlener doet worden verantwoordelijkheid van de cliënt. Cliënten worden bijvoorbeeld gevraagd zelf zich te gaan oriënteren op mogelijkheden voor vrijwilligerswerk. Zij worden gevraagd zelf een maatschappelijke bijdrage te leveren. Door vrijwilligerswerk kunnen zij hun netwerk verbreden en zich

nuttig en gewaardeerd voelen. Een voorbeeld van hoe dit een positieve bijdrage kan leveren voor de cliënt zelf is het volgende verhaal van een teamlid:

“[De] cliënt is maatschappelijk heel betrokken, hier heeft zij zelf voor gezorgd en dit is dus een kwaliteit van haar. Gevolg is dat haar netwerk is vergroot door alle mensen die ze dagelijks ontmoet, haar dag structuur is verbeterd door een druk programma te hebben. [H]et gevoel van eenzaamheid ook is verminderd [daar] het een sociale rol en voldoening oplevert.”

Een aantal teamleden geeft aan dat de pilot geen concrete verandering heeft betekend voor hun cliënten. Volgens de teamleden is er in ieder geval geen verslechtering opgetreden. Als positieve verandering geven zij aan dat de cliënt meer zeggenschap heeft gekregen in de zorgsituatie, zich serieuzer voelt genomen, zich bewuster voelt van het professionele en sociale netwerk dat betrokken is, zich realiseert dat de zorg gaat veranderen en dat zij zelf daarin een actievere rol krijgen en meer verantwoordelijkheid.

“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.”

Een ander teamlid legt uit hoe haar cliënt en zijzelf in de korte looptijd van de pilot een positieve verandering hebben doorgemaakt. Zij is met haar cliënt bewuster gaan kijken naar waar wel en niet zorg nodig is.

“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!...”

Doordat hulpverleners samen met cliënten de instrumenten invullen is er meer duidelijkheid voor cliënten van wat er van hen wordt verwacht en wat zij van anderen kunnen verwachten. De coördinatie van wie wat doet in het zorgproces is overzichtelijker. Helderheid wat betreft hoe de zaken ervoor staan; wat goed gaat en waar nog verbetering plaats kan vinden. Enerzijds kan dit inzicht cliënten motiveren. Anderzijds kan het ook “het gevoel geven dat hij achter [de] broek wordt gezeten, wat averechts kan werken.” Een aantal cliënten waardeert het niet om aangesproken te worden op hun zelfredzaamheid of is bang hun zorg te verliezen. Anderen voelen zich juist serieus genomen en worden in hun eigen kracht versterkt. Hen wordt immers gevraagd hoe zij hun eigen situatie ervaren en wat zij graag zouden willen verbeteren. Zij krijgen meer eigen regie, voelen zich minder slachtoffer van de situatie en dat komt ten goede aan hun gevoel van eigenwaarde. Volgens de teamleden is de bevordering van het gevoel van eigenwaarde vooral bij deze doelgroep van belang omdat dit meestal is verminderd door de psychosociale problematiek waarmee zij kampen.

“Op allerlei manieren heeft hij zelf meer de regie en dat merk je ook aan hem. [Voorheen] overkwam hij het allemaal en was hij slachtoffer en was hij ook boos op de samenleving vanuit die machteloze woede en, weet je, nu is hij meer aan het samenwerken.”

Het gaat volgens het team om dat cliënten verantwoordelijkheid nemen en *kunnen* nemen voor hun leven. Uit de pilot blijkt dat niet iedere cliënt de motivatie of capaciteiten heeft om zelf hierin het initiatief te nemen. Dit wordt bijvoorbeeld begrensd door een verstandelijke beperking of gebrek aan zelfinzicht. Volgens het team is het van belang goed te kijken naar wat de cliënt aankan. Cliënten niet te onderschatten en te vragen verantwoordelijkheid te nemen en anderzijds ook niet te overschatten en te overvragen. Het gaat erom hierin een balans te vinden. Een aantal teamleden geeft aan dat tot

op zekere hoogte cliënten kunnen worden gepusht, maar dat het gevaar ook bestaat dat deze cliënten dan begeleiding gaan afwijzen. Uitval willen zij voorkomen.

Vanuit cliënten is er soms ook geen behoefte aan verandering. Een aantal cliënten is tevreden met de situatie zoals deze nu is en mist een proactieve houding. In het volgende fragment vertelt een teamlid over de moeilijkheid hiermee.

“Ja, het eigenlijk wel goed vinden zoals het nu is. Daar komt het een beetje op neer. Dan kun je je motiverende gesprekvoering houden, je kan die kracht nog eens eventjes benadrukken en wat er ‘wel’ kan, maar als de wens er gewoon niet is vanuit de cliënt om ook veranderingsgericht te gaan werken of om juist in z’n eigen kracht te gaan zitten om daar iets mee te doen. He zo’n kopje koffie dat lijkt mij fantastisch en ik gun het ze zo, maar dan zou het een doel zijn van mezelf, en ondanks dat je dat blijft motiveren lukt het dus niet, en dan merk je dus ook middels die ZRM dat er eigenlijk geen verandering komt.”

Daarnaast zijn er grenzen aan de bevordering van zelfredzaamheid. Tijd is schaars in de huidige zorgpraktijk. Zorg/hulpverleners hebben daardoor niet altijd de ruimte om cliënten te stimuleren zelf taken uit te voeren. De wijkverpleegkundige zou graag haar cliënt meer taken zelf laten uitvoeren, maar dat kost haar te veel tijd. De zorgverlener moet de cliënt namelijk begeleiden bij het uitvoeren van de taken. Het betreft een te grote tijdsinvestering voor haar om haar cliënt naar zelfstandigheid toe te begeleiden.

Het team verwacht dat cliënten in de toekomst meer te maken zullen krijgen met vrijwilligers en mantelzorgers en minder met specialistische zorg. Zij denken dat in de toekomst cliënten voornamelijk te maken zullen krijgen met intensieve kortdurende zorgtrajecten.

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

Spanningsveld preventieve zorg

In hoeverre cliënten verantwoordelijk kunnen worden gesteld in het stellen van hun eigen hulpvraag is een discussiepunt dat regelmatig aan bod komt tijdens de bijeenkomsten van het pilotteam. Het nieuwe beleid is erop toegespitst om meer vraag gestuurde en minder aanbod gegenereerde zorg te realiseren. Het zou een besparing betekenen wanneer de zorg gereduceerd wordt tot slechts de zorgvraag. Dit is iets waar het pilotteam mee worstelt. Het is namelijk de vraag in hoeverre psychiatrische (zorg mijdende) cliënten in staat zijn hun hulpvraag te formuleren. Mondigheid is een ding, daarnaast vereist het ook voldoende inzicht in eigen zorgbehoefte. Professionals hebben het idee dat hun expertise wordt ondermijnd doordat de bal bij de cliënt wordt gelegd. Er wordt immers verondersteld dat cliënten zelf zouden kunnen analyseren wat nodig/wenselijk is.

Dat cliënten meer zeggenschap krijgen in hun situatie vinden de teamleden wenselijk. Aan het inzicht in eigen hulpvraag zit echter een grens. Twee voorbeelden uit de instrumenten illustreren deze grens. Een voorbeeld is een Plan van Aanpak en cliënttevredenheidsvragenlijst waarin het huisdier van de cliënt een prominente rol vervult. De cliënt is tevreden met zijn situatie dankzij de kat en een van de doelstellingen beschreven in het Plan van Aanpak is dat de kat het zo goed mogelijk heeft. Het blijkt moeilijk te zijn om deze cliënt te activeren (zie casus E) . Een ander voorbeeld is een cliënt die aangeeft in de cliënttevredenheidsvragenlijst tevreden te zijn omdat *“Ik kan mijn rust nemen wanneer ik dat wil. Ik heb geen verplichtingen. Ik kies zelf voor de rust”*(zie casus C). Als het aan deze beiden cliënten lag dan hoefden zij zelf niets te veranderen aan hun situatie.

De teamleden zeggen graag een bepaalde kwaliteit van zorg te willen behouden en zorg te kunnen bieden wanneer zij dit nodig achten. Zij willen ook graag preventief kunnen handelen. Hun werk reduceren tot vraag gestuurde zorg zou ten koste kunnen gaan van kostenbesparende preventieve zorg met als mogelijk gevolg voor cliënten dat hun situatie uit de hand loopt.

5.4 De inzet van het sociale netwerk

Binnen de pilot is nog weinig gebruik gemaakt van het sociale netwerk van de cliënt. Buiten directe familieleden die al een mantelzorgfunctie verzorgen is geen beroep gedaan op het sociale netwerk. Het netwerk is in kaart gebracht en er is veel gebrainstormd hoe het netwerk eventueel taken uit handen zou kunnen nemen. Voor het in kaart brengen van het sociale netwerk is gebruik gemaakt van het Plan van Aanpak en de aanvullende vragenlijst. Het wordt duidelijk waar het ondersteunende sociale en professionele netwerk van cliënten uit bestaat. Soms is er een sociaal netwerk aanwezig, maar het is dan nog de vraag of dit ondersteunend is. De aanvullende vragenlijst geeft hier inzicht in. Daarnaast krijgt men een beeld of er gebruik wordt gemaakt van vrijwilligers of wijkvoorzieningen (zie bijlage 8.5).

Voor het mobiliseren van het sociale netwerk hebben de teamleden meerdere documenten aangereikt gekregen en zijn zij verwezen naar websites²⁰. Onder andere het stappenplan voor de inzet van Eigen Kracht²¹, een boekje over Sociale Netwerk Strategieën van de MEE Plus Groep²², de 'Vragenlijst Maatschappelijk Steunsysteem'²³, en het plan voor een sterk sociaal netwerk beschreven door Hofman en van de Lustgraaf²⁴. Meerdere teamleden geven aan dit laatste document onvoldoende aansluit bij de zorgpraktijk. Het document gaat volgens hen uit van een te positief beeld. Cliënten hebben namelijk in praktijk veelal een beperkt netwerk en staan vaak niet open voor het benaderen van hun netwerk. Om deze redenen en vanwege de beperkte tijd zijn dit document weinig gebruikt.

“Ik vind dat je heel vaak mensen treft die niet zo naar buiten willen komen met hun problemen naar hun netwerk, wel naar professionals.”

Een moeilijkheid bij de inzet van het sociale netwerk is dat cliënten soms liever niet hebben dat hun sociale netwerk op de hoogte is van hun psychiatrische klachten. Zij schamen zich en zijn bang te worden veroordeeld. Een teamlid vertelt bijvoorbeeld dat zij niet het sociale netwerk van haar cliënt heeft kunnen inschakelen omdat de cliënt niet wil dat haar naasten weten van haar depressieve klachten. Dit geldt ook voor de inzet van vrijwilligers. Een aantal cliënten wil niet dat de buurt weet van hun problematiek. Bij de doelgroep van deze pilot is het lastig het sociale netwerk in te schakelen gezien het taboe op/stigma van psychische klachten in de samenleving. Een teamlid stelt dat bij deze doelgroep juist door die schaamte vaak een beperkt sociaal netwerk aanwezig is. Daarnaast willen cliënten hun sociale omgeving liever niet belasten met hun problemen. Een teamlid stelt dat niet alles op tafel hoeft te worden gelegd en dat daarin keuzes kunnen worden gemaakt. Zo wordt het betrekken van het sociale netwerk voor de cliënt laagdrempeliger.

²⁰ www.steffie.nl en www.wehelpen.nl

²¹ Hoogenboezem, G. (24 oktober 2013) Stappenplan Eigen Kracht. Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling.

²² Posthuma, S. (2012) Daarom Sociale NetwerkStrategieën! Mee Plus Groep

²³ Werkgroep Maatschappelijk Steunsysteem (2013) Vragenlijst Maatschappelijk Steunsysteem

²⁴ Hofman, E., & M. van de Lustgraaf (2008) Een sterk sociaal netwerk! Handleiding voor vrijwilligers en organisaties. Movisie en PhilidephiaSupport.

Een teamlid stelt dat cliënten soms nog niet toe zijn aan het mobiliseren van hun sociale netwerk. Voor haar cliënt zijn er eerst andere stappen te nemen op het gebied van lichamelijke gezondheid. Ook anderen geven aan dat het voor hen nodig is de situatie van de cliënt te stabiliseren voordat zij kunnen gaan kijken naar het sociale netwerk. Een teamlid geeft aan dat zij de tijd nodig heeft om geleidelijk aan het nieuwe beleid te introduceren bij haar cliënt. Zij moet kleine stapjes nemen om haar cliënt te laten meewerken. Zij geeft het volgende voorbeeld van het organiseren van een zorgoverleg voor haar cliënt.

"[...] In het plan van aanpak staat bijvoorbeeld 'een gesprek met alle betrokkenen erbij' en dat kan [de cliënt] nu nog echt niet [aan]. Dus we nemen een stap terug. We gaan nu eerst met een iemand [praten] met wie ze het meeste contact heeft. Ik heb nu gezegd van 'over een maand ben ik er weer [en] dan heb jij gebeld voor een kopje koffie' [...]. En of dat uiteindelijk zal leiden tot [...] dat ze nog iemand zal gaan bellen en dat het [netwerk] steeds groter wordt en dat ze bij elkaar gaan zitten. Hopen dat het netwerk steunender gaat zijn, dat de hulpverlening een stap terug kan gaan doen. Maar ze vindt t heel spannend 'bellen voor een kop koffie', maar dat is wel iets wat ze aan kan. Daar heb je dan motiverende gespreksvoering voor. Haar het vertrouwen geven. En ik heb ook wel het gevoel dat dat is gelukt straks."

Door de inzet van het sociale netwerk zijn cliënten mogelijk minder afhankelijk van zorg/hulpverleners, omdat zij voor hulp een beroep kunnen doen op hun sociale netwerk.

5.5 De inzet van vrijwilligers

Drie teamleden hebben binnen de pilot gebruik gemaakt van vrijwilligers. Een teamlid heeft een patiëntenvereniging benaderd waardoor er nog een extra vrijwilliger kon worden ingezet bij haar cliënt. Deze vrijwilliger gaat een keer in de maand met de cliënt naar de markt om samen boodschappen te doen. Een ander teamlid heeft twee vrijwilligers ingezet om een keer in de twee weken een kop koffie bij haar cliënt te gaan drinken. En er is een vrijwilliger van de gemeente ingezet voor de administratie van een cliënt. De ervaring met deze laatste vrijwilliger is volgens het desbetreffende teamlid negatief. Zij heeft het idee dat vrijwilligers vaak enthousiast starten, maar na een tijdje weer stoppen. Haar vrijwilliger stopte opeens vanwege privé problemen. De andere teamleden geven aan dat vertegenwoordigers in de wijk geen rol hebben gespeeld. Welke rol vertegenwoordigers in de wijk kunnen spelen is volgens een teamlid een vraag die in de pilot nog onvoldoende aan bod is gekomen. Er zijn nog weinig contacten gelegd. Het is "nu nog erg versnipperd allemaal en afhankelijk van je eigen netwerk als hulpverlener". Daarnaast is nog onbekendheid met waar vrijwilligers vandaan kunnen worden gehaald. Niet alleen het aanbod is lastig, maar ook de vraag naar vrijwilligers. Niet iedere cliënt wil een vrijwilliger over de vloer.

Hoe kunnen vrijwilligers de continuïteit van de zorg waarborgen?

Tijdens de bijeenkomsten staat herhaaldelijk de vraag centraal in hoeverre vrijwilligers kunnen worden ingezet. Benadrukt wordt dat de professionele hulp/ondersteuning die zij bieden niet zomaar kan worden vervangen door de hulp van vrijwilligers. De misvatting dat vrijwilligers 'gratis' zijn en dus goedkoper, willen zij graag uit de lucht helpen; vrijwilligers zijn niet gratis. Voor goede vrijwilligers is begeleiding en scholing nodig. Het is volgens het team van belang om te kijken naar de kwaliteit van de vrijwilligers. Niet elke vrijwilliger is geschikt voor de praktijk van de OGGZ. In praktijk komen zij dikwijls tegen dat mensen die op zoek zijn naar een dagbesteding worden ingezet als vrijwilligers bij de OGGZ-doelgroep. Naar hun idee is dit niet het soort vrijwilliger die je bij deze doelgroep kunt inschakelen. Deze vrijwilligers kampen namelijk zelf met problemen waardoor zij minder stabiel zijn. Verder kunnen de vrijwilligers volgens het team niet de continuïteit van de zorg waarborgen zoals zij dat als professional kunnen.

“Bij cliënten merk je dat je als vaste hulpverlener een vast steunpunt bent. Vrijwilligers kunnen namelijk ook weer weg gaan. Wat dat betreft is dat wel lastig voor cliënten omdat zij dan minder vastigheid/stabiliteit hebben.”

Als kanttekening wordt hierbij gegeven dat het juist van belang is dat een vrijwilliger in het sociale netwerk wordt gezocht omdat er wordt verondersteld dat de steun dan minder snel wegvalt.

De teamleden stellen dat zij een bepaalde kwaliteit van zorg waarborgen omdat het hun professeie betreft en niet een dagbesteding. Indien de professionele zorg die zij bieden wordt vervangen door informele zorg door vrijwilligers, dan is het volgens de groep van belang te kijken naar de kwaliteit van de vrijwilligers en rekenschap te geven van de kosten die bij kwalitatief goede vrijwilligers komen kijken. Wellicht kan er ook een screening van vrijwilligers plaatsvinden.

Een optie om de kwaliteit van vrijwilligers te waarborgen is door scholing en begeleiding te bieden. Het is de vraag of de inzet van vrijwilligers dan nog wel een kostenbesparing betreft. Een teamlid vraagt zich daarbij hardop af: *“als ze al die energie gaan steken in vrijwilligers, waar blijf ik dan?”*.

Om de inzet van vrijwilligers tot een succes te brengen is het van belang als hulpverlener goed contact te onderhouden met de vrijwilligers

“Ik denk dat het goeie ervaringen worden als je ook contact met [de vrijwilligers] houdt en af en toe vraagt ‘gaat het nog?’, ‘Is de hulp die je biedt goed vol te houden?’ of ‘Wat heb je nodig?’. Ik denk dat dat maakt dat de kans t grootst is dat het lukt.”

Taakafbakening van vrijwilligers

Het is volgens het team van belang te kijken welke taken wel en niet kunnen worden overgenomen door vrijwilligers. Een teamlid zegt daarbij: *“Ik denk dat we ook moeten leren los te laten”*. Volgens het team kunnen vrijwilligers niet volledig hun functie overnemen, maar wel deeltaken uit handen nemen. Daarbij moet goed worden gekeken dat de vrijwilligers niet worden overbelast. De taken moeten volgens hen duidelijk worden afgebakend en op elkaar worden afgestemd. Vrijwilligers kunnen bijvoorbeeld ondersteuning bieden bij computeren, administratie, ondersteuning bij het huishouden of het doornemen van de post, ondersteuning bij het zorgdragen voor kinderen, een wandeling met de cliënt maken, gezelschap bieden, boodschappen doen of een luisterend oor bieden. Vrijwilligers kunnen naar hun idee geen begeleiding bieden bij de klachten die gerelateerd zijn aan de psychiatrische stoornis. Deze taakafbakening zou ook kunnen helpen bij het werven van vrijwilligers.

“Heel concreet aan mensen te laten zien wat het inhoudt om vrijwilliger te zijn en niet aan mensen te vragen ‘wil je vrijwilliger worden?’, want dan zegt bijna iedereen ‘nee hoor ik heb gewoon werk hoor, daar heb ik helemaal geen zin in, geen tijd voor ook’. Terwijl als je vraagt van ‘joh zou je een keer in de twee weken met die mevrouw boodschappen willen doen?’ Wie zegt dan nog dat [die] daar geen tijd voor heeft? Je moet zelf ook boodschappen doen. En als heel duidelijk is wat er van je gevraagd wordt en hoe weinig tijd dat eigenlijk kost en hoeveel dat kan betekenen voor een ander, dan denk ik dat veel mensen daartoe bereid zijn.”

Privacy en een luisterend oor bieden

Privacy kan een probleem zijn. In hoeverre is de cliënt in staat zijn problematiek te bespreken met de vrijwilliger en heeft de vrijwilliger dan een geheimhoudingsplicht? Veel cliënten hebben behoefte aan het luisterende oor dat de professional hen nu biedt. Sommige cliënten willen geen vrijwilligers over de vloer vanwege schaamte voor hun problemen.

Vrijwilligers die kennis hebben van en kunnen omgaan met psychiatrische problematiek

Als beperking bij de inzet van vrijwilligers wordt het gebrek aan kennis over psychiatrische problematiek genoemd. De inzet van vrijwilligers die ervaringsdeskundige zijn zou dit gemis kunnen ondervangen.

"[...]als je twijfelt tussen [de inzet van een] professional of vrijwilliger en je denk van 'ja een vrijwilliger kan eigenlijk net niet' en een professional zeg je van 'naja dat is misschien net te veel', dat een ervaringsdeskundige misschien daar wel een mooie tussenweg in is."

Het is volgens het team moeilijk om geschikte vrijwilligers te vinden voor de OGGZ-doelgroep. Cliënten vertonen minder sociaal geaccepteerd gedrag of kampen met hevige problematiek waardoor omgang wordt bemoeilijkt. Vrijwilligers zouden volgens het team enige kennis moeten hebben van psychiatrische problematiek en hiermee om kunnen en willen gaan. Ervaringsdeskundigen zouden vanuit hun ervaringen met overeenkomstige problematiek meer aansluiting kunnen vinden bij cliënten. Zij zouden zich beter kunnen inleven en daardoor meer begrip hebben voor de afwijkende situatie. Ook hebben zij kennis van het proces dat cliënten doormaken. Anderzijds wordt betwijfeld of er voldoende afstand is tot de problematiek. Zouden ervaringsdeskundigen ondersteuning kunnen bieden en niet de situatie verergeren? Of een ervaringsdeskundige kan worden ingezet hangt volgens een aantal teamleden af van de soort problematiek. Twee ADHD'ers bij elkaar zetten zou bijvoorbeeld anders zijn dan twee cliënten met pedofiele gevoelens of depressieve gedachten. Andere teamleden geven aan dat de soort diagnose geen rol zou moeten spelen in deze afweging en zij benadrukken dat ieder individu vanuit zijn of haar levenservaringen zou kunnen bijdragen. Uiteindelijk blijft de inzet van ervaringsdeskundigen volgens hen maatwerk.

In het kader van bezuinigingen is gebrainstormd in hoeverre de ervaringsdeskundigen taken van professionals uit handen kunnen nemen. Net zoals bij vrijwilligers wordt gedacht aan kleine concrete taken of een praatje. Professionals kunnen in hun optiek niet worden vervangen door ervaringsdeskundigen. Ook bij ervaringsdeskundigen is goede begeleiding, scholing en nazorg volgens het team van belang.

Mogelijke gevolgen inzet vrijwilligers voor professionals

Het team denkt dat vrijwilligers hun taken als professional tot op zekere hoogte zouden kunnen ontlasten. De professionals schetsen uiteenlopende gevolgen van de inzet van vrijwilligers voor hun eigen werk. Een aantal teamleden geeft aan dat zij denken hun functie te zullen gaan verliezen. Twee teamleden zien dit niet rooskleurig in.

"Ik ben er huiverig voor en vind dat ons werk dan gedegradeerd [wordt] en [ik] vraag me af of de cliënt [dan nog] op lange termijn [...] geholpen wordt."

"Ik zal hierdoor de indicatie voor meneer verliezen en niet meer betrokken zijn."

Twee andere teamleden zien het zichzelf overbodig maken als iets positiefs waar naartoe moet worden gewerkt om kosten te besparen. Daarnaast stellen de teamleden dat hun taken meer zullen worden afgebakend en beperkt tot waarvoor zij als professional zijn opgeleid. *'Dan word ik minder [een] manusje van alles.'* Hierdoor zou volgens hen ook mogelijk kosten kunnen worden bespaard.

"Mogelijk minder inzet van uren voor de professional of een andere besteding van de uren van de professional. Meer begeleidend en ondersteunend en minder praktische taken."

"Dat wij als professional steeds meer 'alleen' werk doen waarvoor wij een opleiding hebben gedaan. We worden ingezet bij ingewikkelde casuïstiek (multi-problem cliënten of gezinnen) waar voor praktische ondersteuning eventueel vrijwilligers ingezet kunnen worden, maar waar de professional nodig blijft om terugval, overlast, gevaar voor zichzelf en/ anderen te voorkomen."

De teamleden denken een meer coachende rol te krijgen waarbij zij de vrijwilliger en cliënt zijdelings zullen ondersteunen. Hun functies gaan veranderen. Tijdens de teambijeenkomsten is de functie thuisbegeleiding regelmatig ter discussie gesteld. Centraal staat de vraag in hoeverre deze functie zou kunnen worden overgenomen door vrijwilligers of andere mensen in het sociale netwerk. In deze discussie staat een aantal teamleden lijnrecht tegenover elkaar. Enerzijds wordt gezegd dat de vervanging van thuisbegeleiding door vrijwilligers ten koste zou gaan van hun belangrijke preventieve signalerende functie. Thuisbegeleiders zijn namelijk goed op de hoogte van de psychiatrische problematiek van cliënten, herkennen de signalen, weten wat er speelt en komen regelmatig achter de voordeur. Bovendien kunnen zij de continuïteit van de zorg en toezicht waarborgen. Zij uiten de zorg dat cliënten buiten beeld gaan vallen wanneer zij worden vervangen door vrijwilligers.

"[...]Dat ze niet deze mensen over het hoofd gaan zien door de bezuinigingen. Ik vind [dat] deze kwetsbare burgers wel in zicht [moeten] blijven. [Dat er] niet te makkelijk worden gedacht [...] 'Naja er hoeft geen professionele zorg in, maar eh stuur er maar een vrijwilliger naartoe!'. Nou zeg ik het heel eh zwart-wit, maar snap je, ik zou wel willen dat deze groep blijft/ gezien wordt [...]."

Anderzijds wordt gezegd dat vrijwilligers en het sociale netwerk deze taken ook op zich zouden kunnen nemen. Mits zij daarin goed worden begeleid. Hierover zijn levendige discussies gevoerd in het team. Na lezing van het eerste concept van dit rapport stelt de procesbegeleider dat ze bovenstaande anders heeft ervaren. Naar haar idee zijn taken binnen de functie thuisbegeleiding ter discussie gesteld maar niet de functie als zodanig.

5.6 Nieuwe inzichten

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. Tot nieuwe oplossingen is het voornamelijk niet echt gekomen. Een teamlid stelt:

"Niet zozeer tot nieuwe oplossingen, wel nieuwe inzichten. Deze zijn wat mij betreft net zo waardevol als oplossingen."

Een aantal nieuwe inzichten is als volgt verwoord:

"Ik kijk kritischer naar mijn eigen handelen en naar de invulling van de begeleiding. Ik ben me nu al beter bewust van welke verantwoordelijkheden ik op me neem en vooral welke niet."

"De bewustwording dat het goedkoper kan, niet klakkeloos aannemen dat het zo moet blijven. Juist ook de creatieve manier van inzet van hulp daar waar nodig."

"Samen zorgen voor het juiste netwerk/steunsysteem om een cliënt heen met daarin zoveel professionals als nodig [is], maar ook zo weinig als mogelijk [is]."

"Ja, ik leer ervan dat we meer aandacht moeten hebben voor het sociale steunsysteem/mantelzorg en er niet van uitgaan dat alleen hulpverleners alles op pakken. Dit is wel een eye opener."

"Ja, ik heb nu nog duidelijker wat ik nog meer kan betekenen voor mijn cliënt."

Een teamlid stelt dat zij heeft geleerd hoe een begeleidingstraject nog 'gestructureerder en efficiënter kan verlopen.' De teamleden zeggen geleerd te hebben van het oefenen met de nieuwe methodieken

en van elkaars inzichten. Zij vinden het prettig dat zij elkaar hebben leren kennen en nu meer met elkaar kunnen overleggen.

6 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.

6.1 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.

6.2 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.

6.3 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.

6.4 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 actievare 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.

6.5 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

6.6 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.

6.7 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.

6.8 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

6.9 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.

7 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)

8 BIJLAGEN

8.1 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

8.2 Zelfredzaamheidmatrix

Toelichting gebruik formulier Ziet u geen grijze invulvelden bij het openen van het formulier, sla het formulier dan eerst op in Word op uw eigen pc of in uw eigen netwerk. Open het formulier dan vanuit Word.

- Leeg grijs vlak Is tekstveld: gewoon typen (wordt vanzelf groter tijdens het typen)
- Grijs hokje is aanvinken: aan- of uitvinken met spatiebalk of met muis
- Tabtoets cursor naar eerstvolgende grijze veld of hokje
- Muis sneller door formulier heen en hokjes aan/uit vinken

- **Formulier opslaan via 'Bestand, opslaan als'. Vervolgens dit bestand als bijlage retour mailen.**

Achternaam cliënt:	Voornaam:	Voorletters:
BSNnr	Geboortedatum	
Beoordelingsmoment²⁵	<input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2	

Cognitief vermogen <input type="checkbox"/> Belemmering <input type="checkbox"/> Nader te onderzoeken <input type="checkbox"/> Geen belemmering	Taal <input type="checkbox"/> Geen belemmering <input type="checkbox"/> Spreken beperking <input type="checkbox"/> Lezen beperking <input type="checkbox"/> Schrijven beperking <input type="checkbox"/> Verstaan beperking	Verantwoordelijk voor kinderen? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, 0-12 jaar <input type="checkbox"/> Ja, 12-18 jaar
---	---	---

Beoordeel het niveau van de zelfredzaamheid van de cliënt voor **ieder domein²⁶**. Vink de juiste score tussen 1 en 5 aan. Vink ook bij ieder domein aan of professionele hulp aan-, afwezig of in aanvraag is.

Domein	Score					Professionele hulp aanwezig?		
Inkomen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Dagbesteding	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Huisvesting	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Gezinsrelaties	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Geestelijke gezondheid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Fysieke gezondheid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Verslaving	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
ADL- vaardigheden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Sociaal netwerk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Maatschappelijke participatie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag
Justitie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> In aanvraag

Datum ingevuld	Ingevuld door
-----------------------	----------------------

²⁵ T0= na 3 maanden, T1= na 9 maanden, T2= na 15 maanden

²⁶ Voor uitleg scores: zie de zelfredzaamheidsmatrix en de handleiding en toelichting bij de zelfredzaamheidsmatrix.

8.3 Cliënttevredenheidsvragenlijst

Cliënttevredenheid vragenlijst

De onderstaande vragen dienen om de cliënttevredenheid te meten. Stel de vragen bij het eerste zorgoverleg met de cliënten.

Vragen:

1.1 Hoe tevreden bent u met uw situatie? Waar bent u minder tevreden over?

Het antwoord van cliënten kan heel verschillend zijn. Het gaat erom dat de cliënt niet wordt gestuurd in zijn antwoord. We willen graag weten wat voor hem op dat moment het meest van belang is. Als dit niet direct iets met de zorg te maken heeft willen we toch graag dat u dit antwoord noteert. 'Waar het hart vol van is, loopt de mond van over'.

De cliënt zou ook kort en bondig kunnen antwoorden, indien dat gebeurd zouden wij graag willen dat u als hulp/zorgverlener doorvraagt. Bijvoorbeeld:

- *Kunt u toelichten waar u zoal tevreden/ontevreden mee bent?*
- *Waar ligt dit naar uw idee aan?*
- *Etc.*

1.2 Welk rapportcijfer zou u uw situatie geven? Op een schaal van 1-10 (1 is zeer slecht, 6 is voldoende, 8 is goed, 10 is uitmuntend)

(Naast het bovenstaande inhoudelijke antwoord willen wij de cliënt een rapportcijfer laten geven; als deze vragen later weer worden gevraagd kunnen we zien of de cliënt vindt dat de eigen situatie is verbeterd of verslechterd)

2.1 Hoe tevreden bent u met de zorg en begeleiding die u ontvangt?

De cliënt ontvangt waarschijnlijk van meerdere instanties zorg. Vraag om toelichting. Van wie krijgt hij/zij allemaal zorg en waarom wel/niet tevreden? Vraag hoe hij over het geheel genomen de zorg ervaart.

2.2 Welk rapportcijfer zou u de zorg en begeleiding die u ontvangt geven? Op een schaal van 1-10 (1 is zeer slecht, 6 is voldoende, 8 is goed, 10 is uitmuntend)

(Naast het bovenstaande inhoudelijke antwoord willen wij de cliënt een rapportcijfer laten geven; als deze vragen later weer worden gevraagd kunnen we zien of de cliënt vindt dat de zorg/begeleiding is verbeterd of verslechterd)

8.4 Plan van Aanpak



Plan van aanpak

1. Doelen	
Naam + geb.datum cliënt en/of gezinsleden	
Adres: Postcode: Woonplaats:	
Telefoon: Email:	
Jeugdmatch	
Toestemming informatie uitwisseling	
Probleemanalyse	
Belangrijke informatie voor alle betrokkenen	
Belangrijkste doel(en) voor cliënt/gezin	

2. Betrokkenen

Naam	Relatie tot cliënt/gezin en/of instelling	Telefoon	Email	Bereikbaar op:
Zorgcoördinat or				
Afspraken over afstemming				

3. Afsprakenlijst; wat doet de klant zelf , wat doet het steunsysteem, wat doet de hulpverlening om de doelen te bereiken

nr.	Doel	Wie doet	Wat	Start datum	Geplande einddatum	Doel bereikt ?
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

4. Evaluatie en vervolgspraken

**Kernpunten uit de
tussenevaluatie**

Vervolgspraken per doel

nr	Doel	Wie doet	Wat	Start datum	Geplande einddatum	Doel bereikt ?
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10						

.						
---	--	--	--	--	--	--

Naam cliënt:

Naam zorg coördinator:

Handtekening:

Handtekening:

8.5 Aanvullende Vragenlijst Plan van Aanpak

BIJLAGE PLAN VAN AANPAK: SITUATIE CLIENT TEN TIJDE VAN EERSTE ZORGOVERLEG

Ten behoeve van het onderzoek is het van belang in kaart te brengen hoe de situatie van cliënten is ten tijde van het eerste zorgoverleg in het kader van de pilot. Om zodoende verschil tussen de situatie van de cliënt aan de start van de pilot en de ontwikkelingen/veranderingen die daarop volgen inzichtelijk te kunnen maken. Daarnaast zijn er een aantal ontbrekende gegevens die voor het onderzoek van belang zijn. Indien het een meerkeuzenvraag betreft, zet een X achter het juiste antwoord.

1. Geslacht cliënt:

- Man
- Vrouw

2. CIZ indicatie:

- AWBZ indicatie
- WMO indicatie
- Anders namelijk:

3. Inbrenger van de casus; diegene die de cliënt in de pilot heeft ingebracht:

Noem naam organisatie

4. Zorgcoördinator/casushouder:

Noem naam organisatie

5. Is de cliënt reeds bekend bij hulpverlening? Zo ja, bij wie?

- Ja, Noem namen van betrokken organisaties
- Nee, cliënt is nieuw in zorg

6. Datum 1^e zorgoverleg & aanwezigen 1^e zorgoverleg

- o *DD/MM/JJ*
- o *Noem namen van betrokken aanwezige organisaties*

7. Beginsituatie van het steunsysteem:

- o **Heeft de cliënt al een ondersteunend sociaal netwerk/ Zo ja, waar bestaat dit uit?**
Denk bij de beantwoording van deze vraag aan familie/kennissen/vrienden
- o **Maakt de cliënt al gebruik van de inzet van vrijwilligers? Zo ja, welke?**
Denk bij de beantwoording van deze vraag aan ondersteunende vrijwilligers die geen onderdeel zijn van familie/vrienden of kennissenkring.
- o **Maakt de cliënt al gebruik van wijkvoorzieningen. Zo ja, welke?**

8.6 Vragenlijst verwachtingen

VRAGENLIJST VERWACHTINGEN PILOT ZUIDPLAS

Dit is een digitale vragenlijst over uw verwachtingen als deelnemer van de pilot. U kunt bij de beantwoording van de open vragen zoveel ruimte nemen als u wilt.

1. Bij welke instantie/organisatie werkt u en wat is uw functie?

Uw antwoord:

2. Hoe bent u bij deze pilot terecht gekomen?

Uw antwoord:

3. Wat zijn uw verwachtingen t.a.v. de pilot?

Uw antwoord:

4. Heeft u een goed beeld van wat er van u wordt verwacht in deze nieuwe wijkgerichte aanpak? Kunt u dit toelichten?

Uw antwoord:

5. Naar welk eindresultaat werkt u toe naar uw idee?

Uw antwoord:

6. Hoe denkt u dit eindresultaat te realiseren?

Uw antwoord

8.7 Evaluatieve vragenlijst

Vragenlijst voor de evaluatie bij zorgaanbieders

Inleiding

Deze vragenlijst betreft vragen over uw ervaringen met de transitie Awbz-Wmo in de zorgpraktijk van Nieuwerkerk aan de IJssel in Zuidplas. De GGD doet onderzoek naar hoe het project waaraan u deelneemt verloopt.

Hoe meer wij weten over hoe de praktijk is verlopen, hoe betere aanbevelingen we namens u kunnen doen aan de gemeente Zuidplas over hoe in de toekomst de transitie eruit zou moeten zien. U kunt deze vragenlijst zien als een interview op papier. Om deze reden bestaat het merendeel uit open vragen en vragen wij u de tijd te nemen om uitgebreid te antwoorden. Het invullen van de vragenlijst zal wat tijd vergen, maar u kunt het *Words*-bestand tussentijds opslaan op uw computer en op een later moment heropenen om verder te gaan. Wij stellen het erg op prijs als u deze vragenlijst compleet invult.

We realiseren dat jullie nu halverwege de pilot zijn, dus de vragen die aan jullie gesteld worden gaan over wat jullie tot nu toe hebben ervaren en gerealiseerd in praktijk.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking

Praktische aanwijzingen voor het invullen van de vragenlijst:

U kunt bij de beantwoording van de open vragen zoveel ruimte nemen als u wilt. Naast open vragen hebben we ook meerkeuzevragen. Selecteer bij de beantwoording van een meerkeuzevraag het antwoord zelf met een gele kleur. Het antwoord kleuren kunt u doen door de knop 'markeerstift' te gebruiken.

In *Words 2008* staat de knop 'markeerstift' standaard in de balk bovenaan op uw scherm. De knop herkent u als het symbool in de werkbalk met het **ABC** teken met daaronder een gekleurde (gele) balk.

In *Words 2010* kunt u de knop 'markeerstift' vinden onder *Start*. De symbool ziet er uit als **ab** met een kleine markeerstift gemarkeerd in geel.

Voorbeeld beantwoording meerkeuzevraag:

1. Begrijpt u hoe u gebruik kunt maken van de markeerstift?

- Ja
- Nee

De bovenstaande vraag is nu met *Ja* beantwoord omdat het antwoord geel gemarkeerd is.

Mocht u nog vragen hebben t.a.v. de vragenlijst. Dan kunt u me mailen.

< e-mailadres >

START VAN DE VRAGENLIJST

1. Achtergrond informatie

1.1 Bij welke instantie/organisatie werkt u?

Het juiste antwoord **geel** markeren

- Kwintes
- Vierstroom
- GGD Gouda
- Anders, namelijk (vermeld organisatie)

1.2. Heeft u een cliënt ingebracht in de pilot? Kunt u bij de beantwoording van deze vraag de cliënt code invullen? Indien uw antwoord *nee* is, kunt u dan toelichten waarom u geen cliënt heeft ingebracht?

- Ja, namelijk cliënt (vermeld code)
- Nee, omdat:

1.3. Hoelang was de cliënt al onder uw begeleiding?

Uw antwoord:

1.4. Kunt u uitleggen waarom u deze cliënt voor de pilot heeft geselecteerd?

Uw antwoord:

1.5 Bent u de zorgcoördinator voor de cliënt die u heeft ingebracht in de pilot? Indien uw antwoord *nee* is, kunt u toelichten wie deze taak op zich heeft genomen?

Uw antwoord:

Indien u zelf geen cliënt heeft ingebracht, neem dan bij de beantwoording van de rest van de vragenlijst een andere casus binnen de pilot in gedachte, bij voorkeur een casus waar u actief aan heeft bijgedragen.

2. De startperiode van de pilot

2.1 In hoeverre zijn uw verwachtingen uitgekomen?

Uw antwoord:

2.2 Had u achterafgezien een goed beeld van wat er van u werd verwacht in deze nieuwe wijkgerichte aanpak?

Uw antwoord:

2.3. Hoe verliep het begin van de pilot? Wat ging er goed en wat waren de knelpunten?

2.4. Hoe verliep de opname van cliënten in de pilot? Kunt u hierbij beschrijven hoe het proces verliep: (1) binnen de pilot en (2)intern in uw eigen organisatie?

- antwoord 1):
- antwoord 2):

3. De nieuwe aanpak

3.1. Waarin verschilt uw eigen werkwijze binnen uw organisatie met de nieuwe werkwijze binnen de pilot?

Uw antwoord:

3.2. Heeft u uw eigen werkwijze los kunnen laten? Indien *ja*, hoe ervaart u het om uw eigen werkwijze los te laten? Indien *nee*, hoe komt het dat dit niet is gelukt?

Uw antwoord:

3.3 In hoeverre is het gelukt om volgens het convenant te werken?

Uw antwoord

3.4. Vindt u deze nieuwe insteek van het convenant prettig/onprettig? Waarom?

Uw antwoord:

3.5. Hoe ervaart u het werken met de ZRM?

De voordelen zijn:

De nadelen zijn:

Overige opmerkingen:

3.6. Hoe ervaart u het werken met het Plan van de Aanpak?

De voordelen zijn:

De nadelen zijn:

Overige opmerkingen:

3.7. In hoeverre was het Plan van Aanpak leidend in uw aanpak?

Uw antwoord:

3.8. Hoe ervaart u het werken met de clienttevredenheidsvragenlijst?

De voordelen zijn:

De nadelen zijn:

Overige opmerkingen:

3.9. Welke instrumenten heb je allemaal gebruikt en wat bleek daadwerkelijke een toevoeging aan de praktijk te zijn?

Uw antwoord:

3.10. Welke acties, afspraken, samenwerking etc. heeft u nu anders gedaan?

Uw antwoord:

3.11. Heeft u al een zorgoverleg (eerste keukentafelgesprek) gehad? Indien ja, wie waren daarbij aanwezig en wat kwam er uit dat zorgoverleg?

- Aanwezig: (noem functies, bijvoorbeeld thuisbegeleider, wijkverpleger etc.)
- Opgeleverd:

3.12. Hoeveel uur (per week) heeft u ingezet bij de cliënten die meedoen met de pilot?

Uw antwoord:

3.13. Hoeveel uur (per week) besteedt u nu meer/minder aan de cliënten in de pilot in vergelijking met de tijd die u aan deze cliënt besteedde voor de pilot?

- Minder, namelijk:
- Meer, namelijk:
- Hetzelfde als voorheen

3.14. Heeft u zelf tijdens de pilot gespecialiseerde hulp ingeschakeld voor uw cliënt. Zo ja hoe vaak en waarom?

Uw antwoord:

3.15. Zou u de gevolgen van de nieuwe aanpak voor cliënten kunnen beschrijven?

Uw antwoord:

3.16. Zijn er specifieke veranderingen (verbetering/verslechtering) voor cliënten opgetreden in de periode tussen de start van de pilot en nu?

- Een verbetering, namelijk:
- Een verslechtering, namelijk:

3.17. Welke gevolgen kan de pilot hebben voor uw eigen werk?

Uw antwoord:

3.18. Wat vindt u een verbetering?

Uw antwoord:

3.19. Wat vindt u minder goed gaan?

Uw antwoord:

3.20. Is de nieuwe aanpak bij uw cliënt gelukt? Hoe kwam dat denkt u? Hoe had het volgens u anders gekund?

Uw antwoord:

3.21. Bent u tot nieuwe oplossingen gekomen? Zo ja, welke?

Uw antwoord:

3.22. Heeft u wat van de pilot geleerd? Zo ja, kunt u dat toelichten?

Uw antwoord:

4. Samenwerking ketenpartners

4.1. Hoe verliep de samenwerking met ketenpartners tijdens de pilot?

Uw antwoord:

4.2. Wanneer u de samenwerking met ketenpartners voor de pilot vergelijkt met de samenwerking tijdens de pilot. Zijn er dan verschillen? Wat zijn de plus- en minpunten van deze verandering?

Uw antwoord:

4.3. Hoe heeft u de samenwerking met ketenpartners tijdens de pilot vorm kunnen geven?

Uw antwoord:

4.4. Met welke organisaties uit het team heeft u concreet samengewerkt? Wat konden jullie voor elkaar betekenen?

Uw antwoord:

4.5. Heeft u buiten de tweewekelijkse vergaderingen samengewerkt met een teamlid ten behoeve van uw cliënt?

- Ja, namelijk om ... te realiseren/te overleggen
- Nee, want..

4.6. Werd er efficiënt samengewerkt? Hoe heeft u hier zelf aan kunnen bijdragen?

Uw antwoord:

4.7. Zijn er verbeterpunten in de samenwerking met de ketenpartners?

Uw antwoord:

4.8. Wat vindt u van de grootte van de pilotgroep?

*Het juiste antwoord **geel** markeren*

- veel te klein
- te klein
- goed
- te groot
- veel te groot

4.9. Als u in het vervolg mocht kiezen om in een cluster met andere ketenpartners uit de wijk samen te werken, hoe groot zou deze kerngroep dan moeten zijn?

Uw antwoord:

4.10. Welke partners zouden tot de kerngroep moeten behoren?

Uw antwoord:

4.11. Kunt u uw keuze voor deze samenstelling van de kerngroep toelichten?

Uw antwoord:

4.12. Welke voorwaarden zijn volgens u nodig om goed samen te kunnen werken?

Uw antwoord:

4.13. Denkt u dat financiële belangen in de toekomst een rol zullen spelen in deze nieuwe samenwerkingsverbanden?

*Het juiste antwoord **geel** markeren*

- Ja zeker wel
- Misschien
- Nee zeker niet
- Weet ik niet

4.14. Kunt u uw antwoord op 4.13 toelichten?

Uw antwoord:

5. Eigen kracht

5.1. Wat betekent het begrip 'eigen kracht' voor u in uw huidige rol als ketenpartner?

Uw antwoord:

5.2. Is er naar uw idee met de nieuwe aanpak ingezet op de 'eigen kracht' van de cliënt/wijk?

*Het juiste antwoord **geel** markeren*

- Ja
- Nee
- Te weinig
- Anders, namelijk:

5.3. Zo ja; hoe is ingezet op de bevordering van 'eigen kracht' van cliënten? Hoe is dit volgens u verlopen?

Uw antwoord:

5.4. Heeft u het sociale netwerk (zoals vrienden, familie en burens) van de cliënt weten te mobiliseren?

- Ja
- Nee
- Anders, namelijk:

5.5. Welke rol hebben de vertegenwoordigers uit de wijk (vb. instellingen in de wijk zoals het buurthuis) gespeeld in de nieuwe aanpak? Verliep dit volgens u naar behoren? Kunt u uitleggen waarom wel/niet.

Uw antwoord:

5.6. Hoe verliep de inzet van vrijwilligers?

Uw antwoord:

5.7. Zouden vrijwilligers uw taak als professional kunnen ontlasten? Zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Uw antwoord:

5.8. Welke taken zouden door vrijwilligers/mantelzorgers kunnen worden uitgevoerd? Denk daarbij niet alleen aan uw eigen taken, maar ook aan die van andere professionals.

Uw antwoord:

5.9. Als vrijwilligers vaker worden ingezet, welke gevolgen voorziet u dan voor uw rol als professional?

Uw antwoord:

5.10. Welk advies zou u de gemeente geven wat betreft de inzet van vrijwilligers bij de zorg aan cliënten van de OGGZ groep?

Uw antwoord:

6. Stand van zaken van de pilot

6.1. Is de pilot tot nu toe volgens u een succes? Waarom wel/niet?

Uw antwoord:

6.2. Is deze nieuwe werkwijze kosten volgens u besparend te noemen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Uw antwoord:

6.3. Denkt u dat deze nieuwe aanpak in de toekomst de gewenste besparing van 25% kan realiseren met behoud van dezelfde kwaliteit van zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?

Het juiste antwoord **geel** markeren

- Jazeker
- Ik denk het wel
- Misschien
- Ik denk het niet
- Zeker niet
- Ik weet het niet

Uw toelichting:

6.4. Wat had u in de nieuwe aanpak anders willen doen, maar is niet gelukt?

Uw antwoord:

6.5. Wat zou u op basis van uw ervaring met de pilot voor de toekomst van de transitie aanbevelen?

Uw antwoord:

6.6. Had u als werknemer voldoende bagage om aan dit traject mee te werken?

Uw antwoord:

6.7. Bent u door uw werkgever voldoende ondersteund bij de uitvoering van de pilot? Toelichting?

Uw antwoord:

6.8. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?

Uw antwoord:

s.v.p. uw ingevulde vragenlijst uiterlijk maandag **25/11/2013** mailen naar
Email: <*e-mailadres*>

EINDE VAN DE VRAGENLIJST

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

8.8 Overzicht aanwezigheid teamleden en inclusie cliënten

Teamleden	Bijeenkomsten											
	1		2		3		4		5		6	
	T	CL	T	CL	T	CL	T	CL	T	CL	T	CL
1	x	E	x	E	x	E	x	E	x	E, F	x	E, F
2	x	B	x	B	x	B	x	B	x	B	x	B
3	x		x	D	x	D	x	D	x	D	x	D
4	x	A	x	A	x	A	x	A	x	A, H	x	A, H
5	x		x	J	x	J*	stopt					
6	-		x		x		x	G	x	G	x	G
7			x	C	-	C	x	C	x	C	x	C
8					x	J*	stopt					
9							x	K	-	K	x	K
10											x	-**

T = Teamlid

CL = Cliënt

x = aanwezig

- = niet aanwezig

A tot en met K = cliënten geïncludeerd in pilot

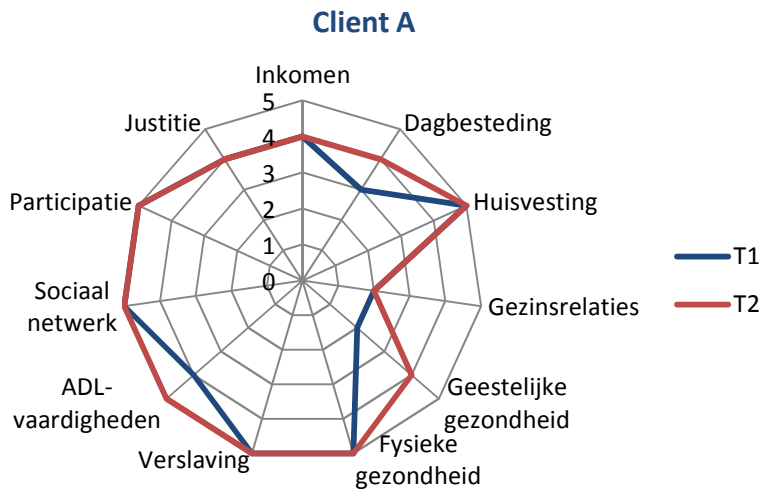
stopt = stopt en stapt uit de pilot

* = teamlid 5 en teamlid 8 werken met cliënt J

** = teamlid 10 heeft bij de laatste bijeenkomst een cliënt, maar deze is niet besproken in het team en dus niet ingebracht in de pilot.

8.9 Meting zelfredzaamheid en cliënttevredenheid

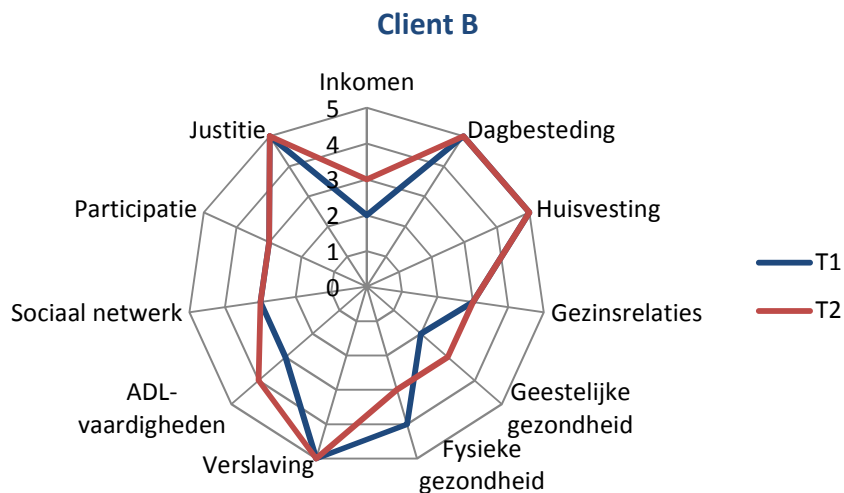
CASUS A ZRM-score



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	6	8
T2	8	8

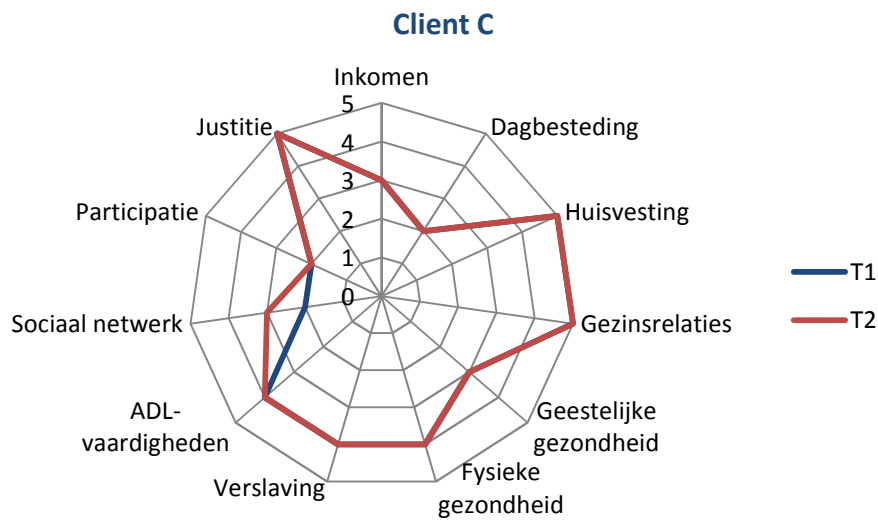
CASUS B ZRM-score



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	4	8
T2	5	8

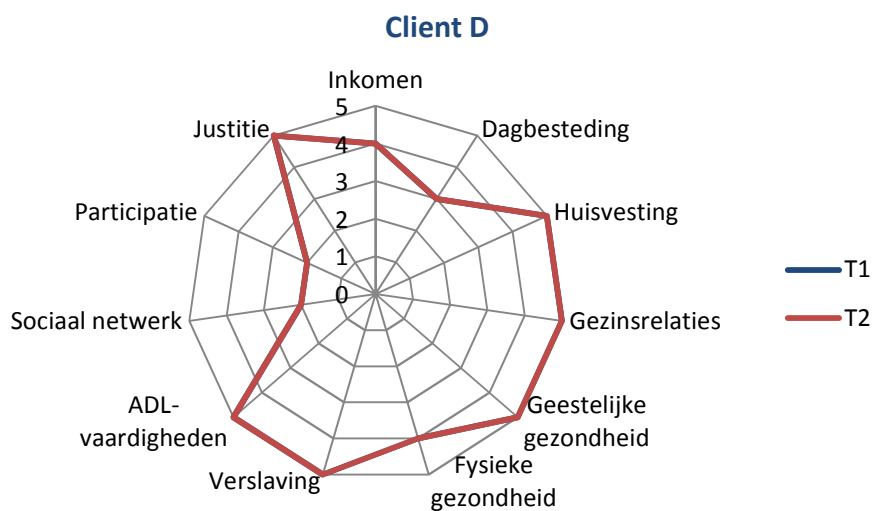
CASUS C ZRM-score



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	8	8
T2	n.v.t.	n.v.t.

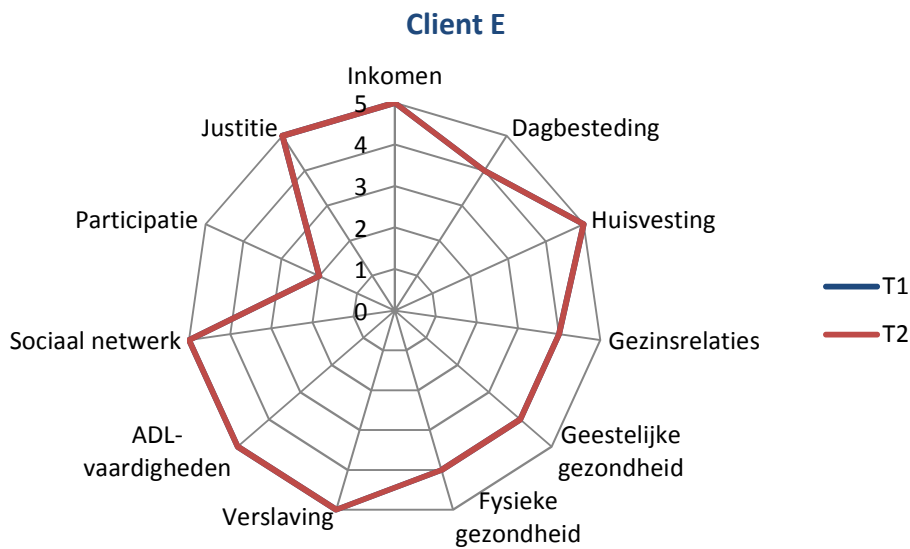
CASUS D ZRM-score: T1 en T2 overlappen elkaar volledig, T1 is niet meer zichtbaar



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	7,5	8
T2	8	8

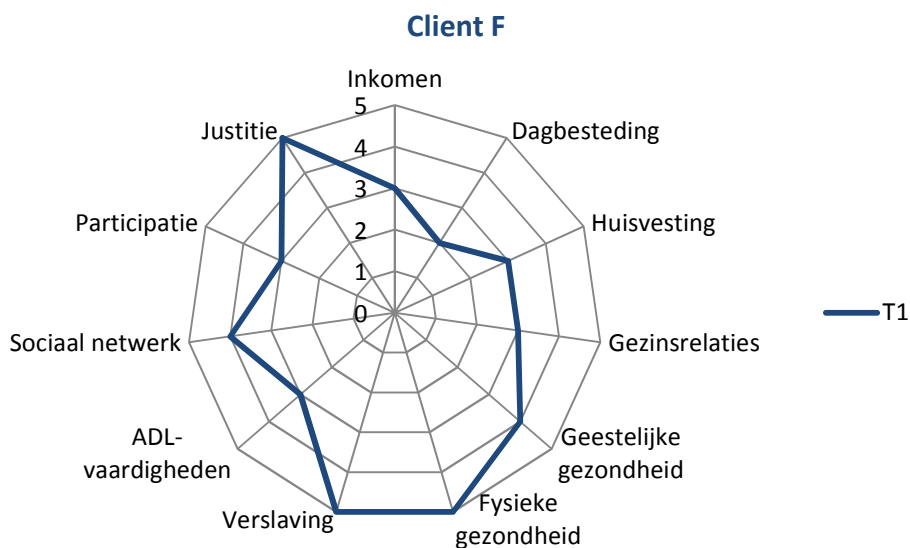
CASUS E ZRM-score: T1 en T2 overlappen elkaar volledig, T1 is niet meer zichtbaar



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	7	8
T2	7	7

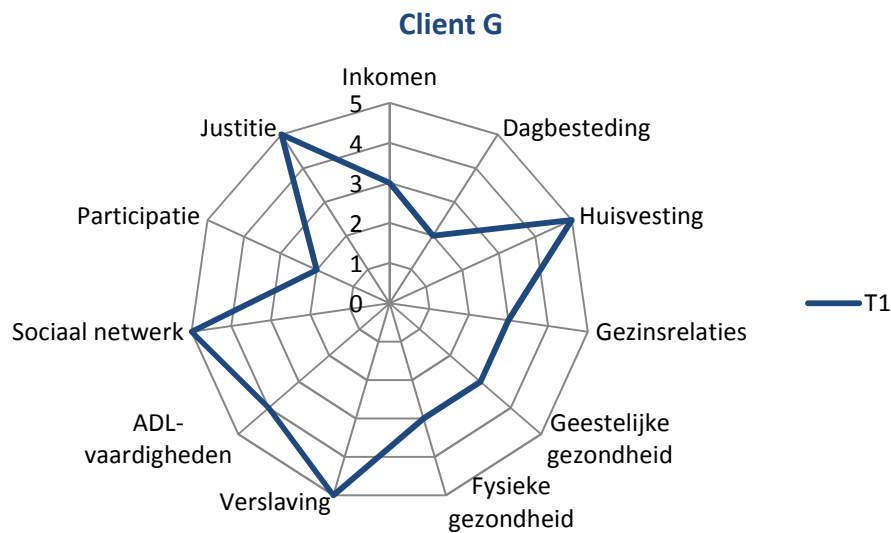
CASUS F ZRM-score



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	6	9
T2	n.v.t.	n.v.t.

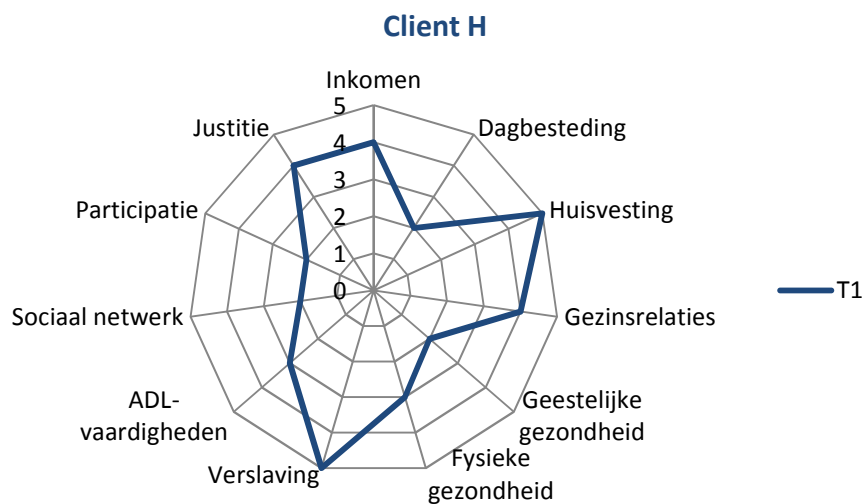
CASUS G ZRM-Score



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	7,5	n.v.t
T2	n.v.t.	n.v.t.

Casus H ZRM-score



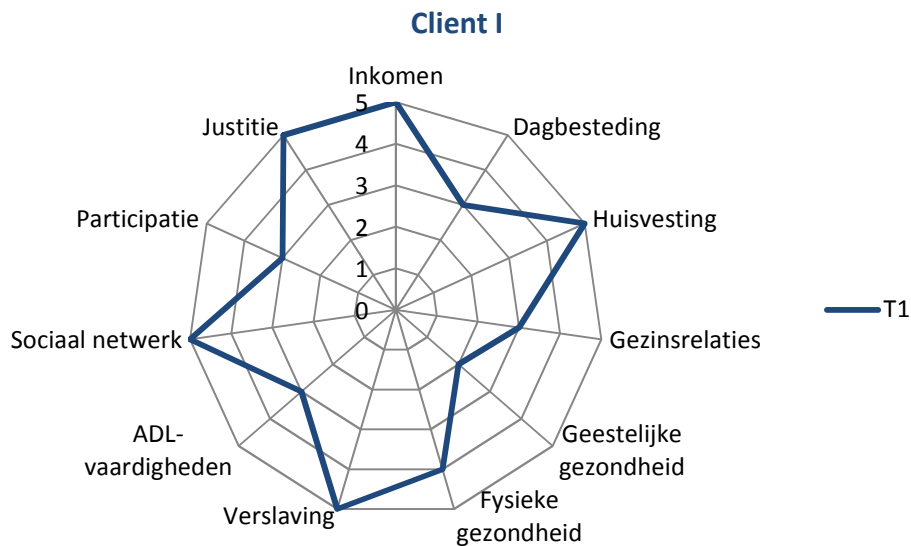
Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	6	Kwintes 10; Reclassering 8; Kristal 8
T2	n.v.t	n.v.t.

CASUS I

Deze casus is niet is besproken tijdens de bijeenkomsten van het team. Er is een ZRM-score van de eerste meting.

ZRM-score



Rapportcijfers cliënttevredenheidsvragenlijst

	Tevredenheid eigen situatie	Tevredenheid zorg en begeleiding
T1	6	Thuiszorg 7/8; Kwintes 8/9; Jeugdzorg 3
T2	n.v.t.	n.v.t.

CASUS J

Documenten missen gezien beide wijkverpleegkundigen halverwege uit de pilot zijn gestapt wegens tijdgebrek.

CASUS K

Documenten missen. Het is onbekend of de onderzoeksinstrumenten zijn ingezet.

