

Evaluatie Pilot Noorderkwartier Leiden

Wijkgericht experiment door 14 zorg- en hulpverleners ten behoeve van transitiecliënten Awbz-Wmo



Gemeente, Welzijn - Zorg én Verbinden

Colofon

Subsidie	Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland
Opdrachtgever	Stuurgroep Pilot Noorderkwartier Leiden
Onderzoek	GGD Hollands Midden
Auteurs	Marieke van Veldhuizen, onderzoeker Hanneke Tielen, epidemioloog
Publicatienummer	U13084
Datum	september 2013

VOORWOORD

Op donderdagmiddag 28 juni 2012 zaten veel zorg- en welzijnsorganisaties in Leiden bij elkaar voor een bijeenkomst over wijkgericht werken, getiteld 'Gemeente, Welzijn, Zorg én Verbinden'. Ook de gemeente Leiden was hierbij aanwezig.

Het enthousiasme van die middag heeft geleid tot het ontwikkelen van een pilot wijkgericht werken in de wijk Noorderkwartier, Leiden. Van 21 januari tot 1 september 2013 is een team van uitvoerend medewerkers vanuit 14 betrokken welzijn- en zorgorganisaties in actie geweest om hulp en diensten te verlenen t.b.v. cliënten die begeleiding behoeven en die passen binnen de transitie AWBZ – WMO.

Kan het anders?

Kan het minder kosten?

Kan het vernieuwend?

Kan het vanuit en met eigen kracht van de hulpvrager en de wijk (omgeving)?

'Ga maar proberen', was de boodschap die wij hen meegaven.

In het kader van de Academische Werkplaats Noordelijk Zuid-Holland is door de GGD Hollands Midden over deze periode een evaluatieonderzoek uitgevoerd. Het rapport met de resultaten ligt nu voor u.

Wij zijn trots op het resultaat.

Omdat met zoveel enthousiasme door de teamleden in korte tijd met elkaar is gewerkt t.b.v. samenhang en afstemming voor de hulpvragende cliënt.

Omdat het uniek is in Leiden dat zoveel instellingen op eigen kracht dit project hebben aangegaan.

Omdat dit de eerste evaluatie is in Leiden die over werken vanuit een wijkgericht team resultaten oplevert.

Deze resultaten zijn nog maar kleine stapjes in het geheel van vernieuwing en meer efficiency. De korte periode die het team heeft gehad, heeft al meer opgeleverd dan van te voren werd verwacht.

Wij hopen dat dit gaat leiden tot een vervolg in samenwerking mét gemeente en zorg- en welzijnsinstellingen.

Namens de stuurgroep pilot Noorderkwartier,

M. Kraakman

Directeur Welzijn en preventie ActiVite

Inhoud

Samenvatting.....	7
1 Inleiding	9
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Achtergrond	9
1.3 Doelen van de pilot.....	10
1.4 Doel en vraagstellingen onderzoek	10
1.5 Samenwerkende instellingen en cliënten	11
1.6 Het werkplan van het transitieteam	12
2 Methode.....	13
2.1 Triangulatie	13
2.2 Participerende observatie.....	13
2.3 Diepte-interviews	13
2.4 Vragenlijst	13
2.5 Focusgroep.....	13
2.6 Logboeken	14
2.7 Consumer Quality Index	14
2.8 Zelfredzaamheidmatrix	14
3 Resultaten.....	17
3.1 Start van de pilot.....	17
3.2 Out-of-the-box.....	19
3.3 Samenwerking, vernieuwing en efficiëntie	20
3.4 Van 'eigen kracht' naar 'samen sterk'.....	22
3.5 Zelfredzaamheidmatrix	25
3.6 Opbrengst pilot	29
4 Voorstellen uit de praktijk	31
4.1 Facilitaire randvoorwaarden	31
4.2 Efficiënter werken	31
4.3 Nieuwe samenwerking	33
Literatuur.....	35

Samenvatting

Probleemstelling

Per 1 januari 2015 krijgt de gemeente Leiden met de Wmo de verantwoordelijkheid voor een kleine 1.500 mensen met een geldige indicatie voor extramurale Awbz-zorg met begeleiding. Bij deze overgang moet een feitelijke bezuiniging van circa 25% worden gerealiseerd. Een pilotproject moet een eerste antwoord geven op de vraag, hoe in de wijk met minder middelen, efficiënt zorg kan worden geboden, met behoud van de kwaliteit van zorg en tevredenheid van de cliënt. Het initiatief tot deze pilot komt vanuit de zorgaanbieders zelf. De zorg- en hulpverleners krijgen van hun management gedurende zes maanden vier uur per week om te experimenteren in de wijk Noorderkwartier in Leiden. De pilot is vanuit het perspectief van de individuele zorg- en hulpverleners geëvalueerd. De inhoud van dit rapport vertegenwoordigt niet perse het formele standpunt van de deelnemende organisaties.

Methoden

Meerdere methodes van gegevensverzameling zijn gebruikt: participerende observatie, diepte-interviews, een vragenlijst, focusgroep, analyse van logboeken en de zelfredzaamheidsmatrix. Triangulatie is als strategie gebruikt om de validiteit van de gevonden data te waarborgen. Bij gebrek aan een adequaat instrument is de tevredenheid van de cliënten met de zorg niet gemeten. Het bleek ook niet mogelijk om de eventuele kostenbesparing in een percentage uit te drukken.

Resultaten

De uitvoering van de pilot

In de startfase van de pilot werd een aantal belemmeringen in de facilitaire sfeer samen opgelost. Hierdoor raakten de verschillende partijen goed op elkaar ingespeeld en is een prettige samenwerking ontstaan. Het team ging als volgt te werk: bij de start van elke casus werd door twee zorg/hulpverleners tijdens een keukentafelgesprek met de cliënt, inzicht verworven in de hulpvraag. Vervolgens werd in de wekelijkse vergaderingen gebrainstormd over alternatieve goedkopere mogelijkheden voor zorg- en hulpverlening. De teamleden probeerden buiten de vaste kaders te denken, gebruik te maken van de 'eigen kracht' van cliënten, de kracht van het sociale netwerk en voorzieningen in de wijk.

Out of the box

Een aantal verschuivingen in de manier van denken over zorgverlening vond plaats. Het team spreekt van 'out of the box' denken. Er werd minder vanuit de eigen organisatie en meer discipline-overstijgend casuïstiek besproken en met elkaar meegedacht, uitgaande van de hulpvraag van de cliënt. Daar waar het kon werden protocollen losgelaten. Er werd breder naar oplossingen gezocht met meer aandacht voor mogelijkheden in plaats van beperkingen. Als beperking voor het 'out of the box' handelen werd door het team de eigen organisatiestructuur, gebonden zijn aan regels en tijdsdruk aangedragen.

Samenwerking, vernieuwing, efficiëntie

De grootste verandering in werkwijze ten opzichte van de tijd voor de pilot is, dat een groot aantal zorg- en hulpverleners van verschillende organisaties, ten behoeve van cliënten in één wijk elke week bij elkaar aan tafel zitten om casuïstiek te bespreken. Hierdoor wordt vanzelf vanuit meerdere invalshoeken naar de situatie van cliënten gekeken en dat alleen al leidt tot nieuwe inzichten en mogelijke oplossingen. De cliënt wordt een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Cliënten worden directer en efficiënter geholpen, onder andere omdat wachtlijsten worden omzeild. Een aantal hulpverleners geeft aan dat er meer overzicht is van waar de cliënt al hulp ontvangt. De grotere

zichtbaarheid van het team in de wijk maakt de zorg laagdrempeliger. Snel handelen voorkomt grotere problemen in de wijk. Desondanks werd het team soms als 'te groot' en gedifferentieerd ervaren om cliënten efficiënt te bespreken. Soms lagen de werkgebieden te ver uit elkaar om elkaar goed van dienst te kunnen zijn.

Van eigen kracht naar samen sterk

Een belangrijk instrument waarmee binnen de pilot is geëxperimenteerd, is het inzetten van de 'eigen kracht' van de cliënt. Hierbij werd niet alleen gekeken naar de mogelijkheden van de cliënt, maar ook die van het sociale netwerk en de woonomgeving. Deze visie houdt in dat pas in laatste instantie wordt gekeken naar noodzakelijke reguliere zorg. Als er zorg nodig is wordt bewust gezocht naar de minst zware zorg. Beperkingen van het inzetten van 'eigen kracht':

- Het idee dat de inzet van 'eigen kracht' zorgkosten kan drukken is volgens het team vaak te optimistisch door de complexe problematiek van transitiecliënten.
- Het kost tijd om het vertrouwen van cliënten te winnen en toegang te krijgen tot het sociale netwerk. Het gaat met kleine stapjes.
- Het sociale netwerk is vaak klein of afwezig of overbelast met beperkte mogelijkheden.
- Privacy-problemen als meerdere partijen bij de zorgverlening worden betrokken.
- Door de zwaarte van de cliëntengroep is de mogelijke inzet van vrijwilligers beperkt.
- De dienstverlening van de gemeentelijke loketten sluit vaak niet aan bij de hulpvraag van de cliënten en mantelzorgers

Zelfredzaamheid

De nulmeting van de zelfredzaamheidsmatrix gaf inzicht in de zwaarte en de diversiteit van de problemen waarmee de cliënten kampen. De eindmeting is door de hulpverleners bij te weinig cliënten uitgevoerd om verandering van de zelfredzaamheid in de loop van de pilot te kunnen vaststellen.

Voorstellen uit de praktijk

Efficiënter werken:

- Centrale registratie/ gebruik maken van elkaars intake
- Maak de indicatie flexibel en geef ruimte voor preventief handelen
- Stel doelen 'eigen kracht' bij op basis van realistische verwachtingen
- Investeer in werving en scholing van vrijwilligers en versterk de ondersteuning
- Maak de gemeentelijke zorgloketten toegankelijker

Nieuwe samenwerking:

- Stel de cliënt centraal en niet het organisatiebelang
- Maak samenwerking lonender dan concurrentie
- Multidisciplinaire aanpak en gebruik maken van elkaars expertise.
- Snelle beschikbaarheid realiseren van teamleden in de wijk
- Laat het team regelmatig bij elkaar komen zodat contacten goed worden onderhouden, korte lijntjes en betrokkenheid tussen de teamleden blijft bestaan.
- Laat een GGZ-FACT^a deskundige periodiek meedenken over casuïstiek.
- De wijk dient klein genoeg te zijn zodat de teamleden elkaar en de voorzieningen in de wijk leren kennen en groot genoeg zodat er voldoende potentiële cliënten wonen.
- Stem de frequentie van de teambijeenkomsten en grootte van het team af op de doelstellingen van het kern/wijkteam

^a Flexible Assertive Community Treatment team. Het voornaamste doel van het FACT team is om cliënten zo dicht mogelijk in hun eigen leefomgeving met *continuïteit* te begeleiden, behandelen en ondersteunen.

1 Inleiding

1.1 Probleemstelling

Per 1 januari 2015 krijgt de gemeente Leiden vanuit de Wmo de verantwoordelijkheid voor een kleine 1.500 mensen met een geldige indicatie voor extramurale Awbz-zorg met begeleiding¹. Bij deze overgang moet een feitelijke bezuiniging van circa 25% worden gerealiseerd². Daartoe is een pilot-project gestart dat een eerste antwoord moet geven op de vraag hoe in de wijk met minder middelen efficiënt zorg kan worden geboden aan deze mensen, met behoud van de kwaliteit van zorg en tevredenheid van de cliënt. Hoe kunnen ketenpartners daarin samenwerken? Hoe kan de eigen kracht van de cliënt en de omgeving van de cliënt worden gemobiliseerd en hoe kan met gerichte interventies voorkomen worden dat problemen onnodig escaleren?

Dit kwalitatieve onderzoek probeert antwoord te geven op bovenstaande vragen en geeft inzicht in hoe de experimentele werkwijze van de pilot op wijkniveau uitpakt. De pilot loopt van januari tot en met augustus 2013. De periode van het onderzoek valt in de maanden mei tot en met juli.

1.2 Achtergrond

Per 1 januari 2015 vervalt de functie 'begeleiding' uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz). 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. Cliënten die nu begeleiding krijgen vanwege de Awbz moeten vanaf 2015 een beroep doen op de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) van de gemeente.

De gemeente dient ondersteuning te bieden zodat een burger zich zo goed mogelijk zelfstandig kan handhaven en regie behoudt over het persoonlijk leven. De gemeente heeft 'compensatieplicht'. Dat is de plicht om aanvullend op de eigen mogelijkheden van de cliënt, te zorgen voor de benodigde ondersteuning. Zorg en ondersteuning dienen dicht bij de cliënt te worden gerealiseerd. Dit sluit aan op de visie van de gemeente dat de burger blijft participeren in de maatschappij.

Zoals elke gemeente, bereidt Leiden zich voor op deze transitie van Awbz naar Wmo. Leiden krijgt de verantwoordelijkheid over een kleine 1.500 mensen¹ gepaard met een feitelijke bezuiniging van circa 25%. Om de transitie goed te laten verlopen, is innovatie en samenspel tussen gemeenten, aanbieders en cliënten noodzakelijk.

Een aantal zorgaanbieders met cliënten in de wijk Noorderkwartier in Leiden hebben het initiatief genomen om samen gedurende zes maanden voor een beperkt aantal cliënten, nieuwe samenwerkingsstructuren en nieuwe werkwijzen uit te proberen. De aanpak is 'bottom up'. De werkers krijgen gedurende zes maanden maximaal vier uur per week de tijd om te experimenteren.

Dit initiatief is uitgegroeid tot een pilot met veertien deelnemende zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, thuiszorg, maatschappelijke opvang, maatschappelijk werk en de GGD Hollands Midden. Deze pilot richt zich op begeleiding van cliënten die te maken hebben met de transitie van Awbz-zorg en Jeugdzorg naar Wmo of die een indicatie hebben van de gemeente. Ook wordt in deze pilot een verbinding gemaakt tussen welzijn en zorg.

De wijk Noorderkwartier is de proeftuin. De veertien samenwerkende zorgaanbieders hebben zichzelf de opdracht gegeven om een werkwijze te ontwikkelen waar enerzijds aandacht is voor de eigen kracht van de cliënt (eventueel met hulp uit zijn of haar omgeving) en burgerschap (maatschappelijke

participatie) en waarin ook gebruik wordt gemaakt van de beschikbare kracht in de wijk (bijvoorbeeld vrijwilligersorganisaties).

1.3 Doelen van de pilot

De initiatiefnemers hebben doelstellingen voor de pilot geformuleerd:

- Efficiënte ketensamenwerking (geen dubbel werk) realiseren
- Minimaal 24 transitiecliënten die een aanbod krijgen in het gedachtengoed van de Wmo
- Continuïteit in de kwaliteit van hulpverlening waarborgen met minder middelen. De transitie mag niet leiden tot ongewenste uitval van cliënten.
- Nieuwe vormen van begeleiding/ondersteuning ontwikkelen
- Toename van de cliënttevredenheid bewerkstelligen.

1.4 Doel en vraagstellingen onderzoek

Het onderzoek heeft ten doel de pilot te evalueren. Een team zorg- en hulpverleners experimenteren met een nieuwe efficiëntere wijkgerichte aanpak van cliënten met een Awbz- of Wmo-indicatie 'begeleiding'. De resultaten leiden tot aanbevelingen voor de gemeente Leiden ten behoeve van de uitvoering van de Wmo-functie 'begeleiding'.

Onderzoeksvragen procesevaluatie

- Welke nieuwe samenwerkingsafspraken en -structuren zijn gemaakt in vergelijking met de situatie voor de pilot? Welke nieuwe vormen van begeleiding/ondersteuning zijn ontwikkeld?
- Welke afspraken zijn gemaakt, besluiten genomen en maatregelen getroffen ten behoeve van de cliënt in vergelijking met de situatie voor de pilot?
- Hoe is de eigen kracht van de cliënt benut, hoe is zijn of haar omgeving gemobiliseerd (bijvoorbeeld familie, burens, instellingen in de wijk)?
- Op welke wijze kan 25% goedkoper worden gewerkt?
- Welke succes- en faalfactoren zijn aan te wijzen?
- Hadden de werkers naar eigen zeggen voldoende bagage?

Kanttekening: in dit onderzoek bleek het niet haalbaar om de eventuele besparing in een percentage uit te drukken. Daarvoor ontbraken o.a. vergelijkbare gegevens over de tijdsbesteding van de zorgverleners in de periode voor en tijdens de pilot. In het tijdsbestek van deze pilot is het niet mogelijk te achterhalen hoeveel is bespaard door de zorgconsumptie van cliënten terug te dringen.

Onderzoeksvragen effectevaluatie

- In welke mate is de situatie van de cliënt verbeterd in vergelijking met de beginsituatie?
 - mate van zelfredzaamheid in elf leefdomeinen (onder andere bestaansvoorwaarden, gezondheid, relaties, verslaving, justitie)
 - betrokkenheid van de omgeving van de cliënt bij de begeleiding/zorg/hulp
 - betrokkenheid van mensen en instellingen in de wijk bij de begeleiding/zorg/hulp
- In welke mate is de cliënt tevreden met de eigen situatie?
- In welke mate is de cliënt tevreden met de geboden begeleiding/zorg/hulp?

Kanttekening: in dit onderzoek bleek het niet haalbaar om de tevredenheid van de cliënt te meten. Zie voor toelichting het methode-hoofdstuk.

In dit onderzoek staat het perspectief van de zorg- en hulpverleners van het transitieteam centraal. Op basis van hun ervaringen met de pilot is dit rapport geschreven. De meningen en voorstellen die worden verkondigd, komen niet altijd overeen met het formele standpunt van de deelnemende organisaties.

1.5 Samenwerkende instellingen en cliënten

Veertien organisaties namen deel aan de pilot met de bedoeling dat elke organisatie twee cliënten zou inbrengen. De Leidse samenwerkingspartners Gemiva-SVG groep, GGD Hollands Midden, Cardea Jeugdzorg, ActiVite, GGZ Rivierduinen, De Haardstee, Stichting Jeugd en Jongerenwerk Hollands Rijnland (SJJHR), Radius, MEE Zuid- Holland Noord, Kwadraad, Libertas Leiden, Ipse de Bruggen, Brijder en De Binnenvest namen deel aan de pilot. Samen vormen zij het transitieteam. Specialisten en generalisten werkten hierin nauw met elkaar samen. De onderverdeling in vooral generalisten aan de ene kant en vooral specialisten aan de andere kant, is door het team gemaakt.

Generalisten:

ActiVite	Thuiszorg, Wonen, welzijn en zorg, mantelzorg en vrijwilligersdiensten (Bureau Informele Zorg)
Kwadraad Libertas Leiden	Algemeen maatschappelijk werk en Sociaal Raadslieden Zorg, wonen en welzijn. Ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers. Wijkgerichte thuiszorg en organisatie van projecten in de buurt
Radius	Dienstverlening voor ouderen, mensen met een handicap, chronisch zieken en mantelzorgers

Specialisten:

Brijder	Verslavingszorg
Cardea Jeugdzorg	Jeugdzorg
De Binnenvest	Verzorgt de opvang en begeleiding van dak/thuislozen. Het teamlid is beleidsmedewerker
De Haardstee	Biedt ondersteuning aan verstandelijk gehandicapten
Gemiva-SVG groep	Ondersteunt mensen met een handicap
GGD Hollands Midden	Meldpunt Zorg en Overlast
GGZ Rivierduinen	Verzorgt de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Het teamlid is FACT ^b -teamleider
Ipse de Bruggen	Richt zich op gehandicaptenzorg in Zuid-Holland
MEE	Ondersteunt mensen met een beperking
Stichting Jeugd en Jongerenwerk Holland Rijnland	Begeleidt en biedt hulp aan de jeugd en jongeren

De huidige doelgroep voor de pilot zijn bestaande cliënten die in de transitie van Awbz naar Wmo zitten én nieuwe cliënten. Transitiecliënten zijn cliënten die nu voornamelijk vanuit de Awbz en Jeugdzorg worden geholpen maar die per 1 januari 2015 door de verschuiving van centraal naar lokaal vanuit de Wmo ondersteund zullen gaan worden (de transitie van Awbz naar Wmo). Het gaat om de functie extramurale begeleiding. Recentelijk, vanuit het regeerakkoord, is de functie persoonlijke verzorging toegevoegd.³ De indicatie verzorging valt buiten deze pilot.

In de notitie van de stuurgroep staat beschreven welke cliënten kunnen worden opgenomen in de pilot. Nieuwe cliënten die worden aangemeld bij één van de organisaties worden gescreend op postcode. Wanneer blijkt dat ze in het Noorderkwartier wonen, brengt het betreffende teamlid ze in in het overleg van het transitieteam en worden het gezamenlijke cliënten van het team. Alle nieuwe cliënten woonachtig in het Noorderkwartier worden ingebracht, ook als al duidelijk lijkt welke zorg en zorgleverancier ingezet moet worden. Bestaande cliënten worden ingebracht in het overleg wanneer

^b Flexible Assertive Community Treatment team. Het voornaamste doel van het FACT team is om cliënten zo dicht mogelijk in hun eigen leefomgeving met *continuïteit* te begeleiden, behandelen en ondersteunen.

deze al gezamenlijk geholpen worden of wanneer de werker denkt dat de zorg efficiënter kan worden geregeld. Bestaande cliënten die geholpen worden door één organisatie en waarbij de zorg niet efficiënter kan, vallen buiten de doelgroep van de pilot. De doelgroep bestaat niet alleen uit begeleidingscliënten. Andere transitiecliënten kunnen ook in aanmerking komen. De werkers van het team hebben daarin vrijheid. Het streven is de opname in de pilot van ten minste 24 cliënten, opdat de werkwijze kon worden getoetst aan de praktijk.²

Voor een aantal organisaties was het lastig om twee cliënten in te brengen. Dit kwam in het bijzonder door bovengenoemde insluitingscriteria. Later is door het team het criterium dat de cliënt een transitiecliënt moest betreffen, bijgesteld, omdat dit in combinatie met het kleine werkgebied te weinig cliënten opbracht. Een aantal organisaties bracht meer dan twee cliënten in, sommige maar één en een aantal geen. Voor dit onderzoek zijn 22 cliënten geïnccludeerd. Volgens het transitieteam zijn in de pilot nog een aantal cliënten ingebracht, maar over hen is binnen het onderzoek geen informatie.

De cliënten die zijn opgenomen in de pilot zitten in verschillende fases van hulp/zorg. Ongeveer de helft betrof transitiecliënten. Van de 22 cliënten was de helft nieuw in zorg. De groep was zeer divers en werd gekenmerkt door het feit dat ze in meerdere leefdomen problemen ondervinden, hierdoor niet zelfredzaam zijn en daarom begeleiding nodig hebben. Bijvoorbeeld een verstandelijke beperking, gedragsproblematiek en/of een verslavingsprobleem. De cliënten zijn bij meerdere organisaties in beeld.

1.6 Het werkplan van het transitieteam

Werkafspraken zijn door het transitieteam beschreven in een werkplan. In het kort werden daarin de onderstaande afspraken gemaakt.

De deelnemende organisaties brengen elk twee cliënten in. De voortgang van de casus wordt door de inbrenger bijgehouden in een logboek. Een zogenaamd digiboord dient als overzicht van alle casussen. Het is geanonimiseerd, toegankelijk voor iedereen in het wijkteam en hierin worden alle werkafspraken en bestede tijd genoteerd. Bij de start en afsluiting van een casus wordt door de zorgverleners een meting uitgevoerd om de zelfredzaamheid van de cliënt en de cliënttevredenheid vast te stellen. Cliënten vallen onder de privacyregeling van de organisatie van de inbrenger. Wanneer het team besluit dat de casus opgenomen wordt in de pilot, dan krijgt de cliënt een informatiebrief en dient de cliënt een toestemmingsverklaring te ondertekenen. Tot slot werd als uitgangspunt genoemd: dat voor het reguliere aanbod een gelijkwaardige of betere inzet wordt gerealiseerd met een besparing van 25% van de kosten.

Kanttekening: in het resultatenhoofdstuk zal blijken dat het werkplan, door de weerbarstigheid van de praktijk, met enige flexibiliteit is uitgevoerd.

2 Methode

2.1 Triangulatie

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

'Data triangulatie' betreft het gebruik van meer dan één methode van datacollectie. In dit geval participerende observatie, diepte-interviews, een vragenlijst, de zelfredzaamheidsmatrix, focusgroep en de analyse van de logboeken. Een van de moeilijkheden bij triangulatie is de interpretatie van data die onderling discrepantie vertonen⁴. Wanneer een discrepantie tussen data zich voordoet, dan beschrijven wij dat bij de resultaten.

'Methoden triangulatie' betreft de combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek³. 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.

Daarnaast maken we gebruik van 'observator triangulatie'³; twee onderzoekers interpreteren en analyseren individueel de gevonden data. Zo beperken we een 'onderzoekers-bias'.

Tevens maken wij gebruik van een 'leden check'³. De resultaten en aanbevelingen van het onderzoek worden teruggekoppeld naar het transitieteam voor verificatie. Zodoende krijgen zij de mogelijkheid om feedback te geven en eventuele wijzigingen en aanvullingen door te geven.

2.2 Participerende observatie

Participerende observatie bij de wekelijkse vergaderingen had als doel inzicht te verkrijgen in de praktijk van de pilot. Hoe verliep dit overleg? Hoe werd er samengewerkt? Hoe werd in teamverband een plan opgesteld voor cliënten? Hoe werden nieuwe oplossingen aangedragen? Waar liep men in praktijk tegenaan? Wat ging er goed? In totaal zijn er 4 bijeenkomsten bijgewoond, in de fase van de pilot dat de teamleden net de cliëntenlijst hadden gevuld met namen en met de casuïstiek van start gingen.

2.3 Diepte-interviews

Er zijn drie interviews afgenomen. Dit ter verdieping en om een beter beeld te krijgen van de ervaringen van het transitieteam met de pilot. Wegens tijdslimiet is het aantal interviews beperkt tot twee diepte-interviews met teamleden en een diepte-interview met de voorzitter van de stuurgroep. Op basis van de interviews en participerende observatie is een vragenlijst ontwikkeld. De vragenlijst is afgenomen twee maanden nadat het transitieteam de tijd heeft gehad met een volledige cliëntenlijst aan de slag te gaan.

2.4 Vragenlijst

We hebben een vragenlijst ontwikkeld met voornamelijk open vragen. De teamleden kregen de ruimte om in eigen bewoordingen hun ervaring met de pilot te beschrijven. De vragenlijst en interviews zijn gebruikt om te toetsen wat tijdens de participerende observatie is waargenomen. De vragenlijst werd digitaal afgenomen. Van de veertien betrokken organisaties hebben twee organisaties geen vragenlijst ingevuld: Brijder Verslavingszorg en Cardea Jeugdzorg. Deze twee organisaties waren ook niet aanwezig ten tijde van de participerende observaties.

2.5 Focusgroep

Een maand na het afnemen van de vragenlijst is voor de terugkoppeling van de vragenlijsten een groepsinterview, een focusgroep^{5,6}, gehouden. Speerpunten van de pilot waren inzetten van de 'eigen

kracht' van de cliënt en het uitproberen van nieuwe, efficiëntere werkwijzen en samenwerkingsvormen. Deze onderwerpen stonden dan ook centraal tijdens de focusgroep. Daarnaast werden aanbevelingen geformuleerd voor de gemeente.

2.6 Logboeken

De logboeken zijn gebruikt om een helder beeld te krijgen van hoe de praktijk van de pilot verliep. Het transitieteam is gevraagd om van elke cliënt een logboek bij te houden om inzicht te krijgen in de complexiteit van de doelgroep en het hulp aanbieden aan deze doelgroep. Waar lopen zorg/hulpverleners in praktijk tegenaan? Hoe werden beslissingen over de casus genomen? De logboeken dienden ter ondersteuning van wat in de participerende observatie en de vragenlijsten aan het licht kwam. Wanneer bijvoorbeeld gesproken werd over een bepaalde casus die illustratief was voor de inzet van 'eigen kracht', dan kon het logboek worden gebruikt als naslagwerk om te verifiëren hoe dit in praktijk verliep. De logboeken konden echter niet worden gebruikt om verandering te meten. We hadden immers geen data uit de periode voor de pilot om deze gegevens tegen af te zetten. Verder hangt de kwaliteit van dit instrument sterk af van hoe uitgebreid de logboeken werden ingevuld. In de logboeken worden interventies beschreven en niet zozeer de afwegingen die zijn gemaakt om tot die interventies te komen. De participerende observaties gaven hier wel inzicht in. Een andere beperking was dat het moeilijk werd gevonden om het logboek bij te houden. In termen van 'tijd vinden' om dit te doen, beperkte toegang tot een computer op locatie en het programma waar niet iedereen mee kon werken. Daardoor zijn sommige logboeken pas achteraf ingevuld, wat een vertekend beeld kan geven van de praktijk. Van een aantal cliënten ontbreken de logboeken.

2.7 Consumer Quality Index

In het werkplan van het transitieteam was opgenomen dat de cliënttevredenheid met de zorg zou worden gemeten met een selectie van de vragen uit de Consumer Quality index (CQ-index)⁷. Dit is een gestandaardiseerde vragenlijst die wordt gebruikt door zorginstellingen ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit instrument bleek ongeschikt in de pilot-situatie. De vragen sloten niet goed aan op de complexe zorgpraktijk van de cliënt. Cliënten hebben bijvoorbeeld meerdere hulp- en/of zorgverleners over de vloer en daar is de vragenlijst niet op toegesneden. Bovendien sloten de vragen niet aan op de leefwereld van cliënten. Zij hadden veelal niet het vermogen, een laag IQ en gebrek aan inzicht, om de vragenlijst te kunnen beantwoorden. Daarvoor waren de vragen te abstract. Het was niet haalbaar om tijdens het onderzoek een nieuw adequaat instrument te ontwikkelen en de cliënten individueel te interviewen.

2.8 Zelfredzaamheidsmatrix

De zelfredzaamheidsmatrix^{8,9} (ZRM) wordt in de pilot Noorderkwartier Leiden ingezet om de resultaten van de vernieuwde aanpak bij de cliënt te meten. Bij het begin van de pilot wordt de ZRM door de hulpverlener ingevuld direct na een gesprek met de cliënt. Dit is de nulmeting. Aan het eind van de pilot wordt de ZRM nog een keer ingevuld. Dit is de eindmeting. 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

3 Resultaten

3.1 Start van de pilot

In januari 2013 was de kick off van de pilot. In februari is het team begonnen met het vormen van een theoretisch kader en de ontwikkeling van een nieuwe werkwijze. Daarbij is een werkplan ontwikkeld. Maart tot en met juni betrof volgens de planning de uitvoeringsfase waarin het team met casuïstiek aan de slag zou gaan. Pas eind mei was, na aandringen van de stuurgroep, de lijst met cliënten gevuld. De opname van cliënten in de pilot heeft drie maanden langer geduurd dan gepland. In de volgende paragrafen worden de knelpunten beschreven waar het team bij de start van de pilot tegenaan liep.

Kennismaking en oriëntatie op de opdracht

Het team kreeg de opdracht om te starten met de ontwikkeling van een theoretisch kader en werkwijze. Daarin werden zij door de stuurgroep tamelijk vrij gelaten. Hierdoor kregen zij de ruimte om op alternatieve en creatieve wijze kostenbesparende zorgvormen te ontwikkelen. Logischerwijs leidde het gebrek aan structuur in eerste instantie tot meer chaos en een pluraliteit aan werkvormen. De hulpverleners stonden voor een pittige uitdaging: zelf kaders ontwikkelen zonder procesleider die sturing kon geven of zekerheid bieden dat het proces in goede banen werd geleid. De werkwijze die werd ontwikkeld had een fluïde structuur die naarmate er meer ervaring werd opgedaan met het samenwerken meer vaste vorm kreeg.

De teamleden gaven aan dat het creatieve proces in praktijk moeizaam verliep. Bij het brainstormen bleek het lastig om tot consensus te komen. Dit kwam mede doordat er zoveel verschillende partijen met elk een eigen visie, achtergrond en belang aan tafel zaten. Verder gaven de teamleden aan liever de handen uit de mouwen te steken dan theorie verder te ontwikkelen.

Eén van de teamleden was bij aanvang van de pilot aangesteld om de rol van technisch voorzitter op zich te nemen tijdens de vergaderingen. Zij werd het centrale aanspreekpunt voor de teamleden en voor de stuurgroep. Zij probeerde het creatieve proces binnen het team in goede banen te leiden. Zij was één onder gelijken en had niet de bevoegdheid om knopen door te hakken of eisen te stellen.

Omdat de beginfase tamelijk ongestructureerd verliep, rapporteren de teamleden elk verschillende ervaringen met deze ontwikkelingsfase van de pilot. De belevingen liggen soms ver uit elkaar. Waar de een van mening is dat er geen theoretisch kader is ontwikkeld en deze fase feitelijk is overgeslagen, stelt de ander dat er juist te veel tijd is gestoken in het opzetten van een theoretisch kader. Sommige teamleden spreken van een 'nieuwe werkwijze' die zou zijn ontwikkeld en onderbouwen dit met voorbeelden, waar anderen dit ontkennen.

In de eerste fase van de pilot bestond veel onduidelijkheid over allerlei zaken die de aanpak betreffen. Bijvoorbeeld welke cliënten wel en niet kunnen worden ingebracht in de pilot. Veelal betroffen het uiteindelijk 'te zware gevallen' om bijvoorbeeld met minder middelen aan de slag te kunnen gaan en de inzet van 'eigen kracht' te realiseren. Dit is echter wel de doelgroep die straks bij de Wmo zal aankloppen voor begeleiding. Verder was het onduidelijk op welk moment en met wie de keukentafelgesprekken moesten worden gevoerd, wanneer de ZRM-score moest worden ingevuld, wat er precies wordt verstaan onder de inzet van 'eigen kracht', wat een creatieve 'out of the box' benadering van de casuïstiek zou behelzen en wat er precies van de teamleden wordt verwacht in de beoogde 'nieuwe werkwijze'. Er was onduidelijkheid over het digitaal bijhouden van gegevens. Deze onduidelijkheden waren mede het gevolg van het feit dat er gaandeweg veranderingen werden doorgevoerd in de opzet en eindtermen van de pilot. Toen de pilot al was gestart werd duidelijk dat

voor de evaluatie van de pilot een subsidie kon worden aangevraagd bij de Academische Werkplaats, dit stelde weer nieuwe eisen aan de opzet van de pilot.

Uiteindelijk heeft het team deze tijd van aftasten nodig gehad om elkaar en elkanders zienswijze beter te leren kennen, wat in een latere fase van de pilot ten goede is gekomen aan de samenwerking.

Facilitaire voorzieningen

Het team geeft aan dat de facilitaire voorzieningen bij de start van de pilot in gebreke bleven. Een groot gemis was een goed werkende fysieke en digitale werkomgeving. Veel tijd is verloren gegaan aan het opzetten van deze voorzieningen. Een centrale vergaderlocatie met een laptop, beamer en internet zou volgens het team wenselijk zijn geweest. Verder ontbrak het aan een systeem waar ieder teamlid vanuit zijn of haar eigen organisatie mee kon werken. Sommige teamleden konden op hun werk geen gebruik maken van het systeem en waren genooddakt om vanuit huis de gegevens bij te werken. Uiteindelijk heeft het team gebruik gemaakt van de programma's dropbox en gmail om bestanden te delen. Digiboard en digitale logboeken werden gebruikt om casuïstiek te beschrijven. Digiboard was voor iedereen in het team toegankelijk, de digitale logboeken waren alleen voor de desbetreffende casushouder toegankelijk.

Privacy

Het openlijk bespreken van cliënten was in eerste instantie niet goed haalbaar doordat de privacy van cliënten niet kon worden gewaarborgd. Sommige teamleden wilden liever geen informatie over cliënten delen met de andere partijen aan tafel. In eerste instantie zou iedere hulpverlener het privacybeleid van zijn of haar eigen organisatie naleven. Elke cliënt kreeg een nummer en werd op deze wijze geanonimiseerd. Sommige hulpverleners hadden toestemming nodig van hun eigen organisatie voordat ze de cliënt in het team mochten bespreken. Daarnaast moest de cliënt zelf ook een toestemmingsformulier tekenen. Aan beiden ging veel tijd verloren. Verder was het lastig om gegevens van cliënten naast elkaar te leggen omdat de organisaties ieder een ander systeem hanteerde. Doordat niet elke partij openheid kon geven over haar cliënten en er geen centraal systeem bestond waarin alle cliënten zijn opgenomen, ontbrak het aan een overzicht van organisaties waar cliënten al in zorg zijn. Dit overzicht is mede van belang ter voorkoming van kostbare overlap en om een efficiëntere samenwerking tussen ketenpartners te realiseren.

Uiteindelijk is door de stuurgroep een toestemmingsformulier ontwikkeld waardoor het probleem met de privacy werd getackeld. Dit document bleek het keerpunt in de samenwerking. Nu konden zij veel opener cliënten bespreken en informatie delen. De privacy-kwestie heeft lang geduurd, maar deze tijd bleek nodig om vertrouwen te krijgen in elkaar om privacygevoelige informatie te delen.

Inclusie cliënten

De opname van cliënten in de pilot heeft lang op zich laten wachten. Drie maanden na de beoogde start om met casuïstiek aan de slag te gaan, stonden 22 cliënten op de lijst. Op dat moment betrof het voor het merendeel slechts een naam op de cliëntenlijst en is er nog geen actie ondernomen, geen keukentafelgesprek of interventie geweest. Een van de moeilijkheden bij het includeren van cliënten in de pilot was de criteria waaraan de cliënt moest voldoen. Het moest in eerste instantie een cliënt in transitie betreffen of een cliënt bij wie het van meerwaarde was om met een team naar alternatieve goedkopere hulpverlening te kijken. En de cliënt moest in het Noorderkwartier wonen. Deze criteria bleken te strikt. De wijk het Noorderkwartier werd door de groep als te klein werkgebied ervaren. Verder werkt niet elk teamlid met cliënten met een Awbz-indicatie. Later zijn de criteria voor de doelgroep van de pilot versoepeld om meer cliënten in de pilot te kunnen opnemen.

Ondersteuning vanuit eigen organisatie

De ondersteuning vanuit de eigen organisatie werd veelal als 'goed' ervaren. Teamleden hadden de mogelijkheid om bij hun eigen manager aan te kloppen wanneer dit nodig was. Zij kregen verder de ruimte om zelf invulling te geven aan de pilot. Naast de ruimte die zij kregen van hun manager om

creatief aan de slag te gaan en 'out-of-the-box' te denken en handelen, werd de tijdsdruk als erg hoog ervaren. Door de managers werd de druk bij hun werknemers opgevoerd om sneller meer casussen in te brengen. Dit werd door de teamleden als belemmerend voor het creatieve proces ervaren. Verder gaf één teamlid aan vooraf niet goed op de hoogte te zijn gesteld van de tijdsinvestering in de pilot. Een ander teamlid gaf aan dat de samenwerking met de eigen organisatie niet optimaal verliep door problemen met de inbreng van cliënten in de pilot.

Vanuit de stuurgroep had het team graag meer duidelijkheid gekregen voor wat betreft het privacybeleid en een goed werkende digitale werkomgeving. Verder vond de groep de verwachtingen en prestatiedruk vanuit de stuurgroep soms hoog. Tijdsdruk verhoudt zich slecht met 'de tijd nemen' om elkaar te leren kennen en nieuwe ideeën te ontwikkelen. De meningen over de wenselijke mate van sturing en afstand van het proces zijn verdeeld. Sommige leden vonden de betrokkenheid van de stuurgroep te veel, waar anderen het juist als weinig ervoeren.

Voldoende bagage voor de pilot?

Over het algemeen gaven de teamleden aan voldoende bagage te hebben om het pilotraject te starten. Als uitzondering gaf slechts één teamlid aan onvoldoende bagage te hebben. Dikwijls begreep zij het jargon van de andere teamleden niet, waardoor zij zich soms beperkt voelde.

Het team was over het algemeen zeer gemotiveerd en enthousiast om de handen uit de mouwen te steken. Ondanks de bovengenoemde 'moeizame' start bleven zij persoonlijk betrokken bij het proces en waren zij vast van plan er een succes van te maken.

3.2 Out-of-the-box

"Een enorme meerwaarde is dat je van protocollen af kan wijken bij aanmelden en oppakken! Dit versnelt, maakt slagvaardiger en effectiever." - teamlid

Uit de vragenlijsten, logboeken en participerende observatie kwam naar voren hoe het team is omgegaan met een creatieve 'out-of-the-box' benadering van de casuïstiek. Deze benadering wordt door het team verwoord als:

- Buiten eigen vaste kaders denken
- Afstappen van geijkte protocollen en werkwijzen en komen tot nieuw inzicht en andere wijze van handelen ten behoeve van cliënt en kwaliteit van zorg
- Het niet altijd handelen/denken zoals men altijd doet maar ook kijken naar alternatieve oplossingen
- Denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen
- *"Je hebt voor de hand liggende oplossingen, maar die werken niet altijd. Dan ga je nadenken over alle mogelijkheden die niet voor de hand liggen maar toch kunnen passen bij een cliënt."*
- Je niet door regeltjes laten vangen
- Eigen werkwijze los laten en open staan voor inzichten van andere expertises

Verschuivingen

Een aantal verschuivingen vond plaats in de manier van denken over casuïstiek. Er werd minder vanuit de eigen organisatie en meer discipline-overstijgend casuïstiek besproken en met elkaar meegedacht. Daar waar het kon werden protocollen losgelaten. Er werd breder naar oplossingen gezocht. Minder werd gefocust op wat niet kan en meer gekeken naar mogelijkheden, naar wat de cliënt wel kan. Meer gekeken naar wat 'noodzakelijk' is voor de cliënt in plaats van 'nodig'. Verder werd vanuit de hulpvraag van de cliënt hulp georganiseerd en minder vanuit wat de organisaties zelf nodig achtten. Het is de vraag of dit op den duur kostenbesparend is. Bij dit laatste punt werd ook een belangrijke kanttekening geplaatst. Niet elke cliënt van deze doelgroep is in staat zijn of haar hulpvraag te verwoorden of in te zien.

Voorbeelden van 'out-of-the-box' denken en handelen

- In plaats van, zoals dit voorheen ging, de cliënt opnemen in een wooninstelling, de cliënt thuis laten wonen onder ambulante (goedkopere) begeleiding.
- Het initiatief voor begeleiding bij de cliënt laten in plaats van het wekelijks in te plannen. Daarmee wordt een beroep gedaan op zijn 'eigen kracht' en worden kosten bespaard.
- Afzien van hulpverlening wanneer dit niet noodzakelijk is.
- Preventief handelen in de wijk, nog voordat de indicatie rond is. Dit voorkomt escalatie en bespaart kosten op de lange termijn.
- Verbinding realiseren tussen cliënten. Bijvoorbeeld een structureel koffie-uurtje in het buurthuis voor gelijkgestemden ter vergroting van hun sociale netwerk.
- Professionals die kleine handelingen uit handen geven aan vrijwilligers
- Betrokken mantelzorger ondersteunen in plaats van meer zorg te realiseren voor de cliënt
- In plaats van kijken naar welk nieuw hulptraject kan worden gestart, kijken in welke hulpstructuren cliënten al verweven zitten en daarmee aan de slag te gaan en dubbelingen eruit halen.
- Pas in laatste instantie aan de inzet van reguliere zorgtrajecten denken
- Sneller andere instanties/organisaties raadplegen waardoor er slagvaardiger kan worden gehandeld
- Meer gebruik maken van voorzieningen in de buurt
- Ook kijken naar wat de cliënt voor de buurt kan betekenen
- Instellingen die mét elkaar werken in plaats van naast elkaar. Bijvoorbeeld: de één geeft geïndiceerde zorg, de ander aanvullende niet-geïndiceerde zorg.
- vertrouwen op elkaars intake en deze niet herhalen voor de vorm, alleen wanneer de inhoud dit vraagt
- Door kennis te nemen van elkaars expertise hoeft de begeleiding van cliënten niet helemaal overgedragen te worden en hoeft er niet opnieuw tijd te worden besteed aan contactopbouw.
- Niet denken in termen van voorliggende voorzieningen, indicaties en zorg, maar meer vanuit een combinatie aan interventies op leefgebieden.

Belemmeringen om out-of-the-box te kunnen denken en handelen

- Eigen organisatiestructuur
- Gevangen binnen de regels
- Tijdsdruk

Een aantal teamleden merkt op dat het 'out-of-the-box' werken altijd al hun reguliere werkwijze is geweest. Daar staat tegenover dat een aantal teamleden beweert dat het niet is gelukt om 'out-of-the-box' te werken.

3.3 Samenwerking, vernieuwing en efficiëntie

De grootste verandering in werkwijze ten opzichte van de tijd voor de pilot, is dat een groot aantal zorg- en hulpverleners van verschillende organisaties, specialisten en generalisten, ten behoeve van cliënten in één wijk elke week bij elkaar aan tafel zitten om casuïstiek te bespreken. Hierdoor wordt er vanzelf vanuit meerdere invalshoeken naar de situatie van cliënten gekeken en dat alleen al leidt tot nieuwe inzichten en mogelijke oplossingen. Door gezamenlijk de casussen te bespreken wordt de klant een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er is een beter beeld van wie wat doet en werkzaamheden kunnen worden gecombineerd.

Het team vindt over het algemeen dat de samenwerking prettig verliep. Het wekelijkse overleg biedt de mogelijkheid om casussen te bespreken en gebruik te maken van de kennis en ervaring van de andere zorgverleners. Met steun vanuit het team zijn de teamleden zekerder van de stappen die zij nemen. Er is nu meer openheid op inhoudelijk vlak, meer vertrouwen in de samenwerkingspartners en er ontstaat meer samenhang tussen diverse organisaties door grotere bekendheid met elkaars werk.

Hierdoor weten zij beter dan voor de pilot, welke diensten beschikbaar zijn en hoe zij elkaar kunnen vinden. Door de pilot is er een directere samenwerking tussen de verschillende organisaties ontstaan. De teamleden geven aan dat hierdoor cliënten directer en efficiënter worden geholpen. *“Er ontstaan kortere lijntjes met als gevolg een korter hulpverleningsproces dat je samen met andere partijen optuigt.”*

Desondanks werd het team over het algemeen als ‘te groot’ en gedifferentieerd ervaren om cliënten efficiënt te bespreken. Tevens lagen de werkgebieden soms te ver uit elkaar om elkaar goed van dienst te kunnen zijn.

Een grote meerwaarde van de samenwerking is volgens het team dat cliënten nu minder hulpverleners zien dan voor de pilot en dat zij nu sneller en adequater kunnen worden ondersteund. Er is meer overzicht van waar de cliënt al hulp ontvangt en zo kunnen dubbelingen en extensieve zorgconsumptie van cliënten worden voorkomen. Cliënten werden door meerdere mensen in het team gekend en zo kon er in het team worden *“gekeken naar passende zorg in plaats van dat we allemaal los van elkaar op pad gingen.”* Cliënten en hulpverleners worden door de betere afstemming minder van het kastje naar de muur gestuurd. Doordat er nu meer wijkgericht wordt gewerkt is er meer kennis van wat er in de wijk speelt en de mogelijkheden die de wijk biedt. Hulpverleners zitten dicht op hun cliënten en kunnen direct met andere hulpverleners in de wijk maatregelen kortsluiten. Het team denkt dat deze manier van samenwerking om de bovengenoemde redenen op lange termijn kostenbesparend kan zijn.

De grotere zichtbaarheid van het team in de wijk leidde tot meer (vroeg)signalering van problemen. Buurtbewoners klopten bij het team aan en het team zelf signaleerde problemen in de buurt. Hoewel dit in eerste instantie meer werk voor het team leek op te leveren, bleek het snelle handelen grotere problemen in de wijk te voorkomen.

De teamleden willen graag preventief kunnen handelen, nog voor de indicatie rond is. De afhandeling van een indicatie-aanvraag duurt soms maanden. Wanneer zij sneller zouden kunnen ingrijpen, zouden minder indicaties nodig zijn, omdat ‘schade’ niet achteraf hoeft te worden hersteld en minder zorgverleners hoeven worden ingezet. Sommige organisaties geven hiervoor de ruimte, andere krijgen alleen binnen deze pilot deze ruimte. Als de cliënt eenmaal in een zorgverlenerscircuit zit, is dit lastig terug te draaien, omdat indicaties weinig flexibel zijn. Beter is het om te voorkomen dat cliënten daarin terecht komen.

Wanneer hulpverleners de mogelijkheid krijgen om in de beginfase van het hulptraject meer uur in te zetten en de situatie te stabiliseren, zouden kosten op lange termijn kunnen worden bespaard. Daarvoor krijgen zij nu maar beperkte ruimte. De teamleden geven aan dat zij een flexibele indicatie zouden willen; waarbij op bepaalde momenten bij de cliënt kortdurend meer zorg kan worden ingezet en op andere momenten minder. Als de situatie van de cliënt verergert, zouden mantelzorgers extra ondersteuning moeten kunnen krijgen. Vooral in de beginfase van het zorg/hulptraject en in crisissituaties, zoals scheidingen of andere ingrijpende gebeurtenissen, is dit wenselijk. Met deze mogelijkheid zou zorg sneller kunnen worden ingezet en de situatie minder escaleren. Daarnaast zouden de hulpverleners de mogelijkheid willen hebben om minder zorg in te zetten op het moment dat het goed gaat met de cliënt. Zo voorkom je dat mantelzorgers overbelast worden en zorg wordt verspild.

Voor deze flexibele inzet van zorguren is volgens het team meer vertrouwen nodig vanuit de overheid in hun expertise. Wanneer hulpverleners zorg aanvragen voor hun cliënt zijn zij nu regelmatig genooddaakt de situatie van de cliënt op papier aan te zetten om in aanmerking te komen voor de juiste indicatie/zorg voor de cliënt. De situatie van de cliënt wordt aangepast aan de indicatiecriteria, in plaats van dat criteria worden afgestemd op de praktijk.

Het team ziet veel voordelen in het gezamenlijk voeren van het keukentafelgesprek in combinatie met het bespreken van de casus in het team. Zij stellen tot betere oplossingen te komen wanneer zij

multidisciplinair de casuïstiek bekijken en konden zaken sneller regelen, bij elkaar of in de wijk kortsluiten, waardoor bijvoorbeeld wachtlijsten werden omzeild en de cliënt sneller werd geholpen. De teamleden dachten met elkaar mee, wat voor de teamleden ondersteunend werkte doordat zij zich zekerder voelden bij een bepaalde aanpak. Verder heeft de deskundigheid van de FACT-teamleider (GGZ) aan tafel onnodige verwijzingen naar de GGZ en onnodige hulpverlening aan cliënten weten te voorkomen.

Een positief gevolg van de 'nieuwe werkwijze' is de laagdrempeligheid. Hiermee wordt bedoeld dat men de 'officiële' weg van verwijzing naar een bepaalde instelling kan omzeilen. De 'oude' methode houdt in dat je een cliënt verwijst naar bijvoorbeeld de GGZ of een instelling voor gehandicapten (Gemiva-SVG groep, Haardstee, Ipse de Bruggen). Dit is meestal voor de cliënt een hoge drempel en vaak komt een cliënt er niet toe deze stap te zetten. Als de cliënt besluit het advies op te volgen, duurt het vaak weken voordat hij of zij terecht kan. Zeker als eerst een indicatie moet worden aangevraagd die door het zorgkantoor moet worden toegewezen. Voordat de toewijzing er is, kan de zorgorganisatie niet starten omdat de financiering dan nog niet is geregeld.

Een hulpverlener geeft een voorbeeld van hoe drempels in het hulpverleningsproces kunnen worden weggenomen. In plaats van cliënten direct door te verwijzen naar de GGZ, maakt zij de situatie luchtiger voor de cliënt door te zeggen dat zij in het teamoverleg, waar de GGZ aanwezig is, de situatie zal voorleggen. Door minder expliciet te maken dat de cliënt psychische hulp nodig heeft en deze directe confrontatie uit de weg te gaan, zijn cliënten sneller geneigd om mee te werken. In het team kan worden gekeken naar wat de mogelijkheden zijn voor de cliënt, of andere hulpverleners betrokken moeten worden, en dit snel kortsluiten.

Deze flexibele samenwerking door het team is mogelijk doordat er wordt gewerkt met een gesloten beurs. Financiële (eigen)belangen van de verschillende betrokken organisaties spelen binnen het team daardoor een ondergeschikte rol. *"Het is erg prettig om met gesloten beurzen te werken zodat er geen andere belangen zijn."*

3.4 Van 'eigen kracht' naar 'samen sterk'

Een van de belangrijke instrumenten waarmee binnen de pilot is geëxperimenteerd, is het inzetten van de 'eigen kracht' van de cliënt. Binnen het team is het begrip 'eigen kracht' vervangen door het begrip 'samen sterk', wat sterk overeenkomt maar waarbij meer het accent ligt op 'samen'. Hierbij wordt, net zoals bij 'eigen kracht', niet alleen gekeken naar de mogelijkheden van de cliënt zelf, maar ook die van het sociale netwerk en de woonomgeving. Tevens wordt gekeken wat cliënten voor elkaar en anderen kunnen betekenen. Daarnaast wordt met dit begrip ook geduid op het netwerk van hulpverleners die samen casuïstiek aanpakken. Het begrip heeft een andere connotatie, is minder individualistisch georiënteerd en legt meer nadruk op gezamenlijke verantwoordelijkheid en verbinden. Gezien het latere stadium waarin 'samen sterk' werd geïntroduceerd en de overeenkomst tussen beide begrippen, spreken we hier van 'eigen kracht'.

'Eigen kracht' wordt door het team verwoord als:

- Uitgaan van de kracht van onze cliënt zelf, uitgaan van zijn of haar 'kunnen'.
- Niet als vanzelfsprekend de zorg regelen, maar zoeken naar de eigen kracht van cliënten.
- Eigen regie mogelijkheden bij cliënten opvragen.
- Cliënt en netwerk centraal stellen, hen zoveel mogelijk zelf problemen laten oplossen en laten doen wat zij zelf kunnen. Cliënt daarbij ondersteunen en mogelijkheden aanbieden zelf zijn oplossingen te vinden.
- Dat je kijkt naar de mogelijkheden van een klant en zijn netwerk en een zo hoog mogelijke graad van zelfredzaamheid probeert te realiseren en verduurzamen
- Dat ik vooral kijk naar de mogelijkheden van de cliënt en ook om toe te werken naar nieuwe mogelijkheden voor de cliënt. Hierbij ook vooral gelet op kleine stapjes zodat cliënten ook verder kunnen groeien en de kans van slagen zo groot mogelijk is.

- Samen met andere teamleden altijd eerst kijken naar eigen kracht van de cliënt en zijn steunsysteem en proberen deze te versterken zonder een beroep te doen op reguliere zorg.

Deze visie houdt in dat pas in laatste instantie gekeken wordt naar noodzakelijke reguliere zorg. Als er zorg nodig is wordt bewust gezocht naar de minst zware zorg. Cliënten worden gemotiveerd om zelf bijvoorbeeld als vrijwilliger een steentje bij te dragen. Zo krijgen zij taken en verantwoordelijkheden. Er klinkt ook een waarschuwing: verwacht niet ineens teveel van de cliënt. Geef hem of haar de tijd om kleine stapjes te zetten, zodat de kans op een duurzame oplossing groter wordt.

Voorbeelden inzet 'eigen kracht'.

- Het is gelukt om de zus van een cliënt in te schakelen als begeleidster met een persoonsgebonden budget.
- De opname van een cliënt in een (dure) begeleid-wonen-instelling is voorkomen door de interventie van het team. Het is gelukt de cliënt in zijn eigen huis te laten wonen met (goedkopere) ambulante begeleiding.
- Bij een casus bleek de oplossing niet te liggen in meer zorg voor de cliënt, maar in het ondersteunen van de partner in haar mantelzorgtaken.
- Bij een aantal cliënten zijn minder zware indicaties gesteld dan *'we normaal gesproken doen'*.
- Een aantal cliënten is als vrijwilliger aangemeld om een maatschappelijke bijdrage te leveren en tegelijkertijd hun zelfvertrouwen te vergroten.
- Bij een cliënt is het initiatief voor begeleiding bij de cliënt zelf gelegd. Nu is er een langere tijd tussen de contactmomenten met de hulpverlener dan de eerdere vaste wekelijkse contacten. Enerzijds levert dit minder contacturen/zorgkosten op, anderzijds betekent dit alert blijven op de mogelijkheid dat de cliënt niet snel genoeg aan de bel trekt en de boel escaleert.
- Door de expertise van de GGZ-FACT-teamleider aan tafel kon in een aantal gevallen worden voorkomen dat de cliënt onnodig of te vroeg in de GGZ-zorg terecht kwam waar andere oplossingen adequater bleken.
- Stichting Jeugd en Jongerenwerk activeren probleemjongeren om zelf bij te dragen in het jongerenwerk. Door bijvoorbeeld een rolmodel te worden voor andere jongeren in de wijk. Er wordt gebruik gemaakt van 'eigen kracht', door jongeren verantwoordelijkheden te geven en in te spelen op waar hun krachten en talenten liggen.

Inzet wijkvoorzieningen

In de pilot werd gekeken naar wat er in de wijk voor mogelijkheden zijn voor cliënten. Welke voorzieningen zijn er in de wijk, waar zouden cliënten gebruik van kunnen maken en ook zelf aan kunnen bijdragen? In de pilot is uitgebreid naar deze mogelijkheden gekeken en zijn initiatieven gestart en bedacht.

Buurthuizen, ouderenadviseurs en jongerenwerk hebben laagdrempelige activiteiten aangeboden om transitiecliënten te betrekken bij de maatschappij. De wijkvoorzieningen spelen een cruciale rol bij het betrekken van mensen uit de wijk en het opbouwen van netwerken. Zij zijn bovendien goed op de hoogte van de overige voorzieningen in de wijk en zij kennen vaak de omgeving van de cliënt. De teamleden vertellen dat het belangrijk is voor cliënten om in de wijk een plek te hebben waar zij naar toe kunnen voor sociaal contact. Ook als cliënten niet hun eigen netwerk kunnen of willen aanboren, kan worden gekeken naar mogelijkheden in de buurt. Cliënten kunnen bijvoorbeeld in het buurthuis gaan eten en worden zodoende regelmatig gezien door vrijwilligers en professionals.

Wat al deze initiatieven op de lange termijn zullen opbrengen in termen van verbetering van de situatie van de cliënt en/of besparing van de professionele zorg- en hulpverlening, is niet op basis van de korte pilotperiode in te schatten.

Inzet eigen kracht is niet nieuw

Volgens het team is de inzet van 'eigen kracht' van belang voor duurzame en betaalbare zorg, maar biedt niet de oplossing om zorg betaalbaar te houden. Het idee van 'eigen kracht' is namelijk niet nieuw. Door de hulpverlening werd in het verleden ook gekeken naar wat de cliënt zelf nog kan en zelf moet doen. Hulpverleners kijken altijd naar het sociale netwerk van de cliënt om daar vervolgens een beroep op te doen. Echter, *"waar in de organisatie al steeds meer en sneller naar het sociale netwerk wordt gekeken, staat dit in deze pilot nog meer op de voorgrond."* Het idee dat de inzet van eigen kracht grote besparingen gaat opleveren vindt het team dan ook te idealistisch.

Belemmeringen om eigen kracht te kunnen inzetten:

Onderstaande belemmeringen werden genoemd bij de inzet van eigen kracht.

Zware problematiek van cliënten

Het inzetten van 'eigen kracht' als instrument om kosten te drukken is volgens het team vaak te optimistisch in het licht van de complexe problematiek van transitiecliënten. Deze cliënten hebben bijvoorbeeld zware gedragsproblematiek, verslavingsproblemen, een laag IQ of zijn fysiek ernstig beperkt. Bij deze mensen de 'eigen kracht' aanboren is een uitdaging. Vanwege de vele problemen waarmee ze kampen hebben zij te maken met veel verschillende voorzieningen die allerlei eisen aan hen stellen. Zo hebben zij bijvoorbeeld ondersteuning nodig bij de volgende zaken: het inschrijven met digid op werk.nl, het Curriculum Vitae actief houden om te voorkomen dat de uitkering wordt stopgezet, allerlei gegevens aanleveren voor een schuldhulpverleningstraject, het aanvragen van toeslagen, het aantonen dat hij of zij in aanmerking komt voor speciale voorzieningen etc. De geselecteerde cliënten behoren volgens het team tot een 'zware' categorie. Toch zijn deze mensen representatief voor de groep waar het bij de transitie Awbz-Wmo om gaat. Het zijn onder andere mensen met een Awbz-indicatie voor langdurige zorg. Een zodanige indicatie krijgen cliënten niet zomaar.

Tijdsinvestering

Het inzetten van 'eigen kracht' en mobiliseren van het sociale netwerk kost tijd. In de relatief korte periode van de pilot zijn eerste aanzetten hiertoe gedaan. In de praktijk valt het niet altijd mee om toegang tot het sociale netwerk te krijgen. Het kost tijd om het vertrouwen van cliënten te winnen. Ook komt het voor dat cliënten geen toestemming geven om contact op te nemen met familie of kennissen.

Beperkte mogelijkheden sociaal netwerk

De teamleden geven aan dat de doelgroep meestal een beperkt netwerk met beperkte mogelijkheden heeft. Soms is zelfs sprake van geen sociaal netwerk. *"Mijn cliënt heeft helemaal geen sociaal netwerk: nul."* Sommige netwerken van cliënten zijn overbelast, kwetsbaar of kampen al met problemen.

Privacy problemen

Het probleem met de privacy doet zich al voor tussen de verschillende organisaties van het team. Het is de vraag hoe dit zal zijn wanneer vrijwilligers en mantelzorgers nog meer dan voorheen betrokken worden in het hulpproces. Hoe kan de privacy worden gewaarborgd wanneer verschillende vrijwilligers, mantelzorgers, buurtorganisaties en hulpverleners bij de zorg aan cliënten worden betrokken?

Inzet vrijwilligers

Op papier lijkt de inzet van vrijwilligers, die taken van de professional overnemen, de grootste potentiële besparing in zorgkosten op te leveren. Het team heeft de indruk dat de gemeente te positief denkt over de inzet van vrijwilligers en hoe dat een bijdrage kan leveren aan kostenbesparing.

Er zijn grofweg twee soorten vrijwilligers. Enerzijds mantelzorgers en mensen die zich 'vrijwillig' aanmelden om op welke manier dan ook cliënten te ondersteunen. Anderzijds cliënten die in het kader

van 'activering' worden gemotiveerd om zelf als vrijwilliger aan de slag te gaan. Het team geeft als kanttekening bij deze tweede groep dat cliënten die als vrijwilliger werken veel begeleiding nodig hebben in de uitvoering van taken. De eerste groep heeft misschien minder begeleiding nodig, maar capabele vrijwilligers die met de zware doelgroep willen en kunnen werken zijn schaars. Daarnaast moeten vrijwilligers ook in hun rol groeien. *"Het is ook voor vrijwilligers een groeiproces. Er staat niet elk jaar weer een peloton aan vrijwilligers klaar. Die illusie moeten ze niet hebben."*

Het team ziet als geschikte taak voor vrijwilligers het onderhouden van sociaal contact met cliënten en het ondernemen van sociale activiteiten. Maar zij zien niet goed hoe hun taken als hulp- of zorgverlener door de vrijwilligers uit handen kunnen worden genomen. Daarbij speelt de complexe problematiek en gedragsproblemen van de doelgroep een grote rol. In deze pilot heeft het team ervaren hoe de inzet van vrijwilligers in sommige gevallen moeizaam verloopt, juist door de zwaarte van de cliënten. De kans dat de vrijwilliger gedemotiveerd raakt is ruim aanwezig. Zoals een hulpverlener dit beeldend vertelt: *"iemand die scheldend en tierend in een stoel zit met een cva, en daar moet jij dan mee gaan wandelen, nou hartstikke leuk."*

Onvrede over dienstverlening gemeentelijke loketten

De mogelijkheid om mantelzorgers/vrijwilligers in te zetten voor het invullen van formulieren en de contacten met instanties is volgens het team beperkt. De loketmedewerkers zijn volgens de hulpverleners vaak onvoldoende vaardig, niet op de hoogte van bestaande regelingen of wegens tijdgebrek niet in staat de benodigde ondersteuning te bieden. Dit ligt aan de keuzes die gemaakt zijn bij de inrichting van die loketten. Een teamlid beschrijft een veelvoorkomende situatie, waarbij een mantelzorger/vrijwilliger zich meldt bij een zorgloket ten behoeve van een cliënt. Bij het zorgloket wordt de vrijwilliger onvoldoende geholpen: voor vragen wordt zij doorverwezen naar het internet of gevraagd dit zelf uit te zoeken, met als gevolg dat de vrijwilliger weer door professionals bij het loketbezoek moet worden ondersteund.

Verder gaan veel regelingen tegenwoordig via internet, en vrijwilligers/mantelzorger en cliënten zijn met dit medium vaak onvoldoende bekend. Daarbij is begeleiding nodig van iemand die de benodigde vaardigheden heeft. Vaak is dat de professionele hulpverlener, omdat een capabele vrijwilliger niet voorhanden is.

Het team verwacht meer kennis en kunde van loketmedewerkers om de cliënt/mantelzorger te ondersteunen en 'eigen kracht' te faciliteren. Over het in gebreke blijven van het loket vertelt een hulpverlener het volgende: *"En dat vind ik stagnerend werken in het kader van eigen kracht en het is onnodig duur. Want als die loketfunctie die taak zou oppakken, dan heb je een werker minder nodig. En dan denk ik: dat is 'eigen kracht'. Je moet eigen kracht faciliteren."* Wanneer het loket beter in staat is zijn faciliterende functie te vervullen, kan efficiënter worden gewerkt.

3.5 Zelfredzaamheidsmatrix

De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is tussen 2 april en 12 juni 2013 voor 14 van de 22 cliënten ingevuld. Het gaat om vier cliënten van Gemiva-SVG groep, twee van de Haardstee, twee van Radius, drie van ActiVite (van wie één samen met GGZ Rivierduinen) en één cliënt van respectievelijk De Binnenvest, Libertas Leiden en Ipse de Bruggen. Dit is de nulmeting. De ZRM is ingezet als diagnostisch instrument. Vanuit het perspectief van de zorgverlener geeft de ZRM inzicht in de mate waarin de cliënten in elf domeinen problemen ervaren.

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. Zes cliënten hebben een cognitieve beperking. Bij twee cliënten moest de cognitie nader worden onderzocht. Vijf cliënten hebben een beperking met spreken, lezen en/of schrijven. Twee cliënten hebben zowel een cognitieve als een taalbeperking en vier cliënten hebben noch een cognitieve-, noch een taalbeperking. Eén cliënt heeft de zorg voor een kind jonger dan twaalf jaar.

Aanwezigheid zorg of hulp nulmeting

Tijdens de nulmeting is geregistreerd in welke domeinen de cliënt zorg, hulp of begeleiding krijgt. Het is niet bekend in hoeverre de aanwezige zorg of hulp aansluit bij de behoefte van de cliënt op het moment van de nulmeting.

Bij vier van de veertien cliënten is op het tijdstip van de nulmeting in geen enkel domein zorg aanwezig (*Tabel 1*). Aan de andere kant van het spectrum krijgt één cliënt zorg in zeven domeinen. Het domein waarin de meeste zorg wordt verleend is de fysieke gezondheid (8 van de 14 cliënten). In het domein justitie krijgt geen enkele cliënt hulp. Gemiddeld krijgt de cliënt in 3,0 domeinen zorg.

Tabel 1 Domeinen waarin zorg of hulp aanwezig is bij nulmeting 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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
C	ja	-	ja	-	ja	ja	-	-	-	-	-	4
D	-	-	-	ja	ja	-	-	-	ja	-	-	3
E	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
F	ja	-	ja	ja	ja	ja	ja	-	-	-	-	6
G	ja	-	-	-	-	ja	-	ja	ja	ja	-	5
H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
I	-	-	-	ja	-	ja	-	-	-	-	-	2
J	-	-	-	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	-	6
K	-	ja	-	ja	ja	ja	-	ja	ja	ja	-	7
L	-	-	-	-	-	ja	-	ja	-	-	-	2
M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
N	ja	-	-	-	-	-	-	ja	-	-	-	2
Aant¹	4	1	2	5	5	8	2	5	5	3	0	3,0²

¹aantal cliënten met zorg per domein

²gemiddeld aantal domeinen met zorg of hulp per cliënt

ZRM-score nulmeting

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

De meeste cliënten hebben een lage ZRM-score in de domeinen dagbesteding (12 cliënten) en sociaal netwerk (13 cliënten). De hoogste ZRM-scores zijn in de domeinen verslaving en justitie.

Gemiddeld zijn de cliënten niet of beperkt zelfredzaam in bijna zes van de elf domeinen (*Tabel 2*). De 'beste' cliënt was niet of beperkt zelfredzaam in vier domeinen, de 'slechtste' in tien domeinen. Dit geeft een goed beeld van de complexe problematiek waarmee deze cliënten te maken hebben.

Tabel 2. ZRM-score per cliënt per domein, gemiddelde ZRM-score per cliënt en per domein; aantal domeinen waarin cliënt onvoldoende zelfredzaam is (score lager dan 4)

Elf domeinen Zelfredzaamheidsmatrix													Gemiddelde ZRM-score per cliënt	Aantal domeinen niet zelfredzaam
Cliënt	Inkomen	Dagbesteding	Huisvesting	Gezinsrelaties	Geestelijke gezondheid	Fysieke gezondheid	Verslaving	ADL-vaardigheden	Sociaal netwerk	Participatie	Justitie			
A	3	2	5	4	4	3	3	2	3	3	5	3,4	7	
B	3	2	4	2	4	3	5	4	3	5	5	3,6	5	
C	3	4	4	4	4	3	4	5	3	3	5	3,8	4	
D	1	3	1	3	3	4	1	4	3	4	1	2,5	8	
E	1	2	1	4	4	5	5	3	3	2	4	3,1	6	
F	3	2	5	5	2	2	3	5*	2	2	5*	3,3	6	
G	3	2	5	4	4	4	5	1	1	2	5	3,3	5	
H	5	2	5	4	2	5	5	2	1	3	5	3,5	4	
I	4	4	3	4	3	2	5	4	3	3	5	3,6	5	
J	3	2	5	3	3	3	5	4	2	3	4	3,4	7	
K	5	3	5	5	2	3	5	4	5	3	5	4,1	4	
L	5	2	5	3	2	3	3	2	3	2	5	3,2	8	
M	2	2	2	3	3	2	5	3	2	2	2	2,5	10	
N	5	3	5	3	2	3	5	5	3	3	5	3,8	6	
Gem¹	3,4	2,5	4,1	3,7	3,0	3,3	4,2	3,5	2,7	2,9	4,5	3,4	6,1	

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

¹Gem = gemiddelde ZRM-score voor 13 cliënten

Laagste en hoogste ZRM-scores nulmeting

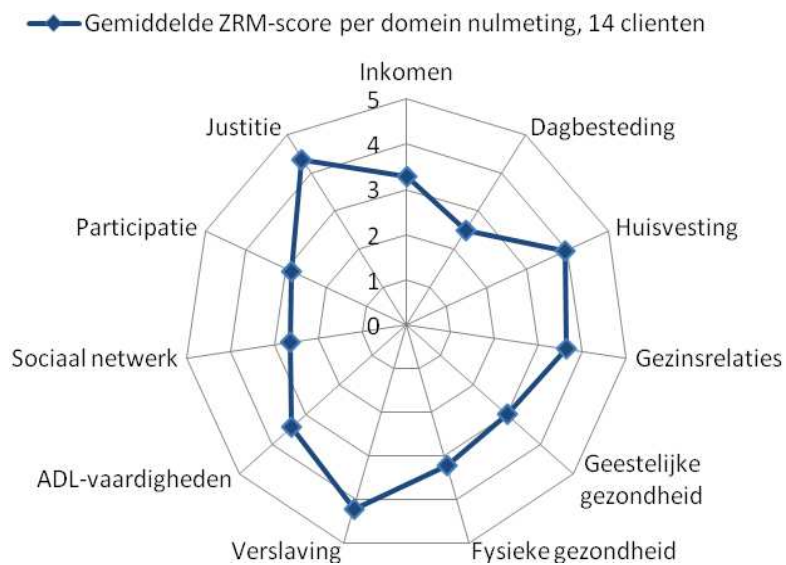
De resultaten worden in de vorm van een spinnenweb gepresenteerd. Hoe dichter de punten bij het centrum liggen, des te minder zelfredzaam de cliënten zijn op het betreffende leefdomein. De maximumscore voor elk domein is 5, volledig zelfredzaam, de ideale situatie. De minimumscore is 1, acute problematiek.

In *Figuur 1* staan de gemiddelde ZRM-scores per domein op groepsniveau. De domeinen dagbesteding en sociaal netwerk hebben een gemiddelde ZRM-score tussen de 2 en 3 (niet zelfredzaam en beperkt zelfredzaam). De domeinen justitie en verslaving scoren gemiddeld tussen de 4 en 5 (voldoende zelfredzaam en volledig zelfredzaam).

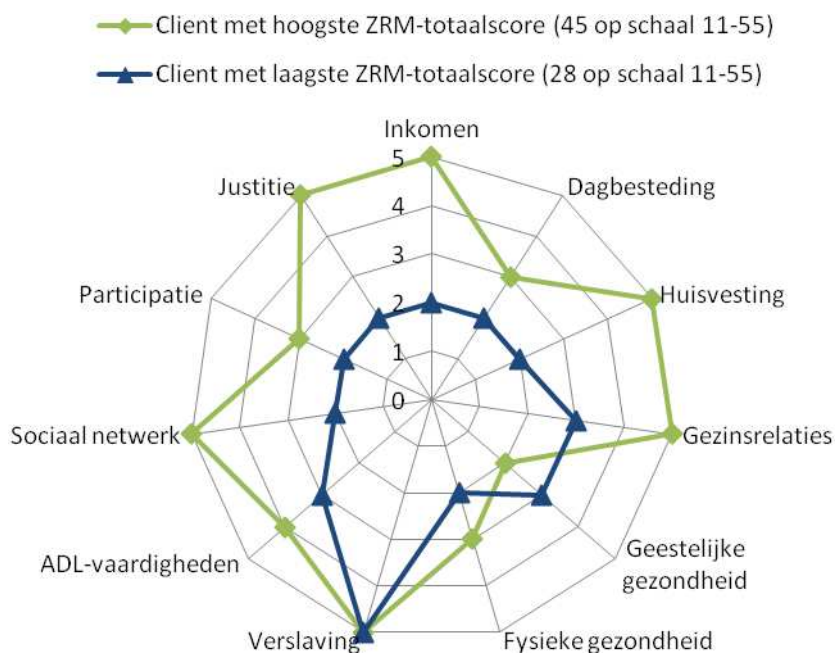
In *Figuur 2* is de cliënt met de hoogste en met de laagste ZRM-totaalscore weergegeven. Het totaal aantal punten dat een cliënt kan halen is minimaal 11 en maximaal 55. Met de score 11 zou de cliënt in elk domein in een acute situatie verkeren. Met de score 55 zou de cliënt in elk domein volledig zelfredzaam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

De laagst voorkomende score is 28 (*Figuur 2*). Deze cliënt is voldoende zelfredzaam in het domein verslaving. Zij is beperkt zelfredzaam in de domeinen gezinsrelaties, geestelijke gezondheid en ADL-vaardigheden; zij is niet zelfredzaam in de domeinen inkomen, dagbesteding, huisvesting, fysieke gezondheid, sociaal netwerk, participatie en justitie.

De hoogst voorkomende score is 45 (*Figuur 2*). Deze cliënt is in 7 domeinen voldoende tot volledig zelfredzaam. Hij is beperkt zelfredzaam in de domeinen dagbesteding, fysieke gezondheid en participatie; niet zelfredzaam in het domein geestelijke gezondheid.



Figuur 1 Gemiddelde ZRM-scores per domein bij nulmeting



Figuur 2 Cliënten met hoogste en laagste ZRM-scores per domein bij nulmeting

ZRM-score eindmeting

Voor 5 van de 14 cliënten is een tweede ZRM-formulier ingevuld, gemiddeld 3 maanden na de nulmeting (tussen 1,5 en 5 maanden later).

Bij één cliënt is in vijf domeinen verbetering van de zelfredzaamheid gemeten: inkomen, huisvesting, gezinsrelaties, fysieke gezondheid en participatie. De zelfredzaamheid in het domein geestelijke gezondheid is van score 3 (beperkt zelfredzaam) gedaald naar 2 (niet zelfredzaam). In de overige domeinen is de zelfredzaamheid gelijk gebleven. In het domein verslaving was de cliënt bij de nulmeting al volledig zelfredzaam.

Bij de overige vier cliënten is geen verandering in zelfredzaamheid gemeten. Dit heeft verschillende redenen. Bij de eerste cliënt is al veel gebeurd: vertrouwen van de cliënt is gewonnen, ambulante begeleiding bij de Haardstee is gestart, Brijder en MEE bouwen af en zullen op korte termijn stoppen. Maar de zorgverlener beoordeelt de mate van zelfredzaam onveranderd. De effecten van de interventies op de zelfredzaamheid van de cliënt heeft meer tijd nodig. De tweede cliënt heeft veel last gehad van epilepsie de afgelopen maanden en is voor een aantal weken opgenomen, waardoor niet aan de verschillende hulpvragen kon worden gewerkt, maar het onder controle krijgen van de epilepsie op de voorgrond stond. Ook de derde cliënt is acuut opgenomen in een verpleeghuis en aan het eind van de pilot-periode uit het verpleeghuis ontslagen, waarna het hulpverleningstraject weer is opgepakt. Voor de vierde cliënt geldt dat hij door zijn psychische aandoening en hoge leeftijd zorg mijdend en niet tot verandering in staat is, zo oordeelt de hulpverlener. Het gaat in deze pilot veelal over cliënten die waarschijnlijk nooit voldoende zelfredzaam zullen worden en altijd een zekere mate van begeleiding en ondersteuning nodig zullen hebben. Ook zijn het cliënten die snel uit balans zijn bij veranderingen.

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 14 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.

3.6 Opbrengst pilot

In de focusgroep is gesproken over de werkwijzen in deze pilot die waardevol bleken en die het team zou willen behouden. Met andere woorden: welke positieve spin off kan de pilot hebben voor het eigen werk en voor de cliënten?

Onderstaande punten werden genoemd:

- 1 Het wijkgerichte werken. Het team vond het werken in de wijk zeer productief vanwege het feit dat zij dicht op de problematiek zaten, meer overzicht hadden van wat er speelt bij cliënten en meer kennis hadden over de beschikbare voorzieningen. Hierdoor kon er sneller (preventief) worden ingegrepen.
- 2 De laagdrempeligheid. Een cliënt snel op de juiste plek kunnen krijgen zonder de 'normale' bureaucratische rompslomp. Dit is efficiënt, levert tijdwinst op en de cliënt is sneller geholpen.
- 3 Vanuit de cliënt denken. De houding 'dit is mijn cliënt' loslaten. Zoeken naar de beste oplossing voor de cliënt en het organisatiebelang minder mee laten wegen.
- 4 Blijven inzetten op 'eigen kracht' en 'samen sterk'. Ondanks de belemmerende factoren geeft het voldoening als het lukt om de sociale omgeving van de cliënt in te schakelen en/of de cliënt zelf een beetje verantwoordelijkheid terug te geven.
- 5 Beschikbaar zijn. Door direct naar de cliënt toe te gaan, werden wachttijden omzeild. Deze werkwijze bleek voor de cliënt en zorgverlener efficiënt te zijn. Het was niet voor alle teamleden haalbaar vanuit de eigen instelling.
- 6 De verruimde blik. Dat een hulpvraag vanuit verschillende disciplines wordt bekeken. Dit leidt regelmatig tot nieuwe inzichten, nieuwe mogelijkheden en het openbreken van vaste patronen.
- 7 Preventief werken. Door snel handelen worden grotere problemen in de wijk voorkómen en hogere kosten bespaard.

- 8 De productieve samenwerking in het team. *'ik heb wel eens voor de gein geroepen, met deze mensen durf ik alle problemen in Leiden aan'*. De relatief lange aanpassingsfase in het begin heeft haar vruchten afgeworpen en geleid tot een veilige sfeer, waarin openhartig over de mogelijke aanpak van cliënten kon worden gesproken.
- 9 Het overzicht van waar de cliënt al in zorg is. Dit wordt gegenereerd doordat verschillende organisaties aan tafel zitten. Zo kunnen 'dubbelingen' worden voorkomen en extensieve zorgconsumptie van de cliëntesignaleerd.

Het team spreekt de hoop uit dat iets van de opbrengst van hun gezamenlijke investering behouden zal blijven. Ze zouden het erg jammer vinden als alles wat ze nu hebben opgebouwd, weer zou verdwijnen.

4 Voorstellen uit de praktijk

De teamleden doen op basis van de pilot voorstellen ten aanzien van facilitaire randvoorwaarden, efficiënter werken en een nieuwe structuur voor samenwerking.

4.1 Facilitaire randvoorwaarden

Aanbevelingen voor de start van de pilot:

- zorg voor een goed werkende elektronische en fysieke werkomgeving.
- maak van te voren heldere afspraken voor een gemeenschappelijk gedragen privacybeleid.
- stel een externe procesleider aan om het proces te bewaken
- meer afbakening van (eind) termen/doelen en sterker theoretisch raamwerk om vanuit te vertrekken
- kijk kritisch naar de haalbaarheid van de inclusiecriteria van cliënten en stel het zo nodig bij
- bespreek de verwachtingen van de pilot in het team en kijk of deze bijgesteld moeten worden
- realistische tijdsplanning om het creatieve denkproces te faciliteren en de benodigde stappen te kunnen zetten voor de inzet van 'eigen kracht'
- Voor aanvang van de pilot 24 cliënten selecteren vanuit de Awbz-instellingen, zodat hier gelijk gezamenlijk mee aan de slag kan worden gegaan

4.2 Efficiënter werken

1. Centrale registratie/ één intake

Als suggestie ter verbetering van de zorg aan cliënten, voor de samenwerking tussen verschillende organisaties, om overlap te signaleren en kennis te nemen van het voortraject van cliënten (om daar de zorg goed op aan te sluiten) pleit het team voor een centraal aanvraagstelsel. Een stelsel waarin helder staat beschreven wat het voortraject is van de cliënt en bij welke instanties de cliënt in zorg is. Niet dat daarin de specifieke problematiek wordt beschreven, maar dat er een overzicht is van welke organisaties al betrokken zijn bij de zorg van de cliënt.

Daarnaast pleiten de hulpverleners voor een formulier/ 'huisreglement' dat standaard wordt ondertekend wanneer cliënten in zorg komen. In het formulier wordt uitgelegd dat er contact zal worden opgenomen met de zorginstellingen waar de cliënt al bekend is. Zo wordt overlap direct zichtbaar.

De huidige procedure van elke keer weer een nieuwe intake bij een volgende instelling is zeer tijdrovend. Waarom niet gebruik maken van elkaars intake? Aansluitend hierop kan één gezamenlijk plan worden gemaakt voor de cliënt.

2. Hervorm het indicatiesysteem

Het invullen van de formulieren en procedures voor indicatie-aanvragen leveren veel ergernis en frustratie op. Het invullen van het formulier sluit niet aan bij het beleid om de cliënt op zijn of haar 'eigen kracht' aan te spreken:

“het is allemaal eigen kracht en wat je kunt, maar als je dan iets gaat aanvragen dan moet het vooral gaan over de problemen”.

“keer het om: vraag om wat er nodig is [om de mogelijkheden van de cliënt] te versterken, in plaats van wat is er fout, wat is de beperking, de stoornis en wat is er mis?”.

Volgens de teamleden gaat het bij de indicatie-aanvraag erom de problemen zo sterk mogelijk aan te zetten, omdat anders het aantal uren begeleiding dat de hulpverlener noodzakelijk acht, niet wordt gehonoreerd. Het is een bron van ergernis dat zij als deskundigen veel tijd steken in het invullen van lange formulieren, terwijl buiten het zicht de indicatie-aanvraag beoordeelt en 'standaard' naar beneden bijstelt. Deze werkwijze vindt het team nadelig voor de cliënt en zeer inefficiënt. Door het aandikken van de problemen wordt bij de overheid de indruk van 'fraude' gewekt en het systeem raakt vervuild. Als de formulieren 'naar eer en geweten' worden ingevuld, draait dit vaak uit op een afwijzing, waarbij het starten van een bezwaarprocedure de cliënt maandenlang achterop zet.

Hier ligt wat het team betreft een schone opgave voor de overheid, om het indicatiesysteem te hervormen naar een doeltreffender en efficiëntere werkwijze.

3. Maak de indicatie flexibel en geef ruimte voor preventief handelen

Aansluitend op een vereenvoudigde indicatieprocedure, raadt het team aan om de indicaties flexibeler te maken. Maak het mogelijk om meer uren in de begeleiding te investeren als het nodig is en minder uren als het beter gaat met de cliënt of als de omgeving van de cliënt de situatie aankan. Geef de hulpverleners de ruimte om preventief in te grijpen zonder een indicatie. Dit kan volgens het team veel extra kosten besparen.

4. Stel doelen 'eigen kracht' bij op basis van realistische verwachtingen

De groep cliënten die uit de Awbz gaan instromen in de Wmo wordt gekenmerkt door 'zware' problematiek. Zij hebben niet voor niets de indicatie 'langer durende begeleiding' gekregen. Het gaat onder andere om aandoeningen die 'niet over gaan', zoals verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel. De cliënt motiveren zelf de verantwoordelijkheid te nemen gaat met kleine stapjes en zal voor sommige cliënten maar beperkt mogelijk zijn. Dit proces laat zich niet onder druk versnellen.

Hetzelfde geldt voor het inzetten van het sociale netwerk van de cliënt. Een aantal belemmerende factoren speelt hierbij een rol: het sociale netwerk is klein of niet aanwezig; het sociale netwerk is net als de cliënt minder vaardig, kwetsbaar en/of overbelast en heeft soms extra ondersteuning.

5. Versterk de ondersteuning van mantelzorger/vrijwilliger

De teamleden realiseren zich dat de gemeente het belang inziet van het ontlasten van overbelaste mantelzorgers en dat er aandacht voor is. De teamleden onderschrijven dit belang en hebben in de pilot hier voorbeelden van gezien. Door de mantelzorger beter te ondersteunen hoeft niet altijd (nog) meer zorg te worden aangevraagd voor de cliënt.

6. Investeer in werving en scholing van capabele vrijwilligers

Stel de verwachtingen bij het inzetten van vrijwilligers naar beneden bij. Op papier staat het leuk om 'gratis' begeleiding te regelen met vrijwilligers. In de praktijk blijkt dat veel vrijwilligers de vaardigheden missen om zelfstandig een cliënt te kunnen begeleiden. Met andere woorden, ook de vrijwilliger heeft vaak professionele begeleiding nodig. Bovendien kunnen vrijwilligers niet voor alle functies worden ingezet. Vrijwilligers zijn vooral 'goed' in sociaal contact onderhouden, boodschappen doen en samen met de cliënt activiteiten ondernemen. Het team vindt het te ver gaan om vrijwilligers in te zetten voor persoonlijke verzorging en ziet daar geen heil in. Bovendien wordt door deze cliënten, door de aard van hun problemen, veel van de vrijwilliger gevraagd. Het team raadt de gemeente aan te investeren in de werving en scholing van capabele vrijwilligers.

7. Maak de gemeentelijke zorgloketten toegankelijker

Cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers hebben vaak moeite met de manier waarop medewerkers van de hulp- en zorgloketten met hen omgaan. Dit maakt de drempel naar die loketten te hoog en is vaak een professionele hulpverlener nodig om hun belangen bij de loketten te behartigen. Als de gemeente wil dat de cliënt en mantelzorger meer zelfredzaam worden, zorg dan voor een toegankelijk loket waar ze adequaat te woord worden gestaan met extra begeleiding als dat nodig is.

“Dan denk ik, als je als gemeente wilt dat mantelzorgers uit de voeten kunnen, maak de toegang tot je gemeentelijke dienst dan wat toegankelijker.”

“Eigen kracht moet je faciliteren.”

Dus geen uitsluitend digitale loketten die voor veel cliënten en vrijwilligers onbereikbaar zijn. De teamleden raden aan een professional (bijvoorbeeld vanuit het maatschappelijk werk of Gemiva-SVG groep) aan het personeelsbestand van de zorgloketten toe te voegen. Deze professional verdient zichzelf snel genoeg terug omdat de klant dan zonder professionele begeleiding goed geholpen kan worden, zo verwachten de teamleden.

4.3 Nieuwe samenwerking

Het team is in de loop van de pilot uitgegroeid tot een hecht team met een groot onderling vertrouwen. De nieuwe samenwerking begint haar vruchten af te werpen. Door de cliënt centraal te stellen en niet in de eerste plaats het organisatiebelang, is in een aantal gevallen de cliënt sneller op het juiste pad gebracht, waardoor onnodig shoppen en/of te zware zorg is voorkomen. Als deze aanpak consequent zou worden doorgevoerd, verwacht het team dat dit een besparing in de toekomst zal opleveren.

Het team is op de hoogte van het experiment van de gemeente in de wijk Leiden Zuidwest met een ‘sociaal wijkteam’, samengesteld uit vier organisaties die ook meedoen in de pilot Noorderkwartier: Kwadraad, ActiVite, Radius en Libertas Leiden. De gemeente wil na het experiment een dergelijk ‘kernteam’ in elke wijk optuigen. Dit zouden ‘signaleringsteams’ moeten worden. De samenstelling van deze ‘wijk/kernteams’ staat nog niet vast. In de ogen van het team zijn deze organisaties ‘generalisten’. Als suggestie wordt geopperd om specialisten aan dit team toe te voegen, specifiek gehandicaptenzorg en de GGZ Rivierduinen (FACT-team-deskundigheid) omdat de doelgroep veelal met deze instanties te maken heeft.

De teamleden zien voor de overige organisaties in de pilot (Gemiva-SVG groep, GGD Hollands Midden, Cardea Jeugdzorg, GGZ Rivierduinen, de Haardstee, Stichting Jeugd- en Jongerenwerk Holland Rijnland, MEE, Ipse de Bruggen, Brijder en De Binnenvest) een belangrijke rol in een zogenaamde ‘tweede schil’ van ‘specialisten’ rond het kern/wijkteam. Hoewel de precieze uitwerking van een dergelijke tweede schil en de afstemming met het ‘kernteam’ de teamleden nog niet duidelijk voor ogen staan, formuleren ze wel een aantal voorwaarden waaraan de nieuwe structuur moet voldoen. En dat zijn nu juist de positieve ervaringen uit de pilot:

- Korte lijntjes houden op wijkniveau
- Multidisciplinair een cliënt bespreken en/of bezoeken. *“Doorgaan met intakegesprekken laten voeren door een generalist en een specialist.”*
- Snelle beschikbaarheid van de deskundigheid die op zeker moment nodig is, vooral ook buiten overlegtijden
- Elkaar blijven zien, weliswaar in een lagere frequentie (bijvoorbeeld elke maand of elk kwartaal in plaats van elke week) en misschien in kleinere deelteams/clusters per ‘doelgroep’ met hierin zowel generalisten en specialisten.
- Zorg dat er een goede en directe samenwerking blijft bestaan tussen generalisten en specialisten
- Aan het kern/wijkteam deskundigheid vanuit het GGZ-FACT-team koppelen die periodiek met het kernteam overlegt over casuïstiek.

- De wijk dient klein genoeg te zijn om elkaar en de voorzieningen in de wijk te leren kennen en groot genoeg zodat er voldoende potentiële cliënten wonen.

Zoek de juiste modus voor 'korte lijntjes'

De teamleden willen graag de goede samenwerking uit de pilot behouden, maar hebben nog geen helder antwoord op de vraag met welke structuur ze dat kunnen realiseren. Ze zijn het erover eens dat het voor een snelle afstemming niet nodig is om de wekelijkse bijeenkomsten met een zo groot aantal deelnemers structureel te maken. Bovendien zou dat teveel tijd van de professionals vragen.

Maar, juist het wekelijks bij elkaar komen bevorderde de korte lijntjes en open sfeer dat leidde tot de efficiënte samenwerking en mogelijkheid om snel in te grijpen. Het is de vraag hoe aan deze voorwaarden voor efficiënt werken kan worden voldaan als je elkaar niet meer zo vaak ziet. Verwatert het contact dan niet dusdanig dat de grotere afstand en onbekendheid met elkaar weer terugkeert? En leidde niet juist het bij elkaar zetten van organisaties die elkaar voor de pilot bijna nooit tegenkwamen tot het doorbreken van vaste patronen en het bedenken van nieuwe mogelijkheden? Als je alleen de 'geijkte' partners bij elkaar zet, beperk je juist weer de 'brede blik' die de teamleden in de pilot zo waardeerden. Het is een uitdaging om hiervoor de juiste modus te vinden.

Maak samenwerking lonender dan concurrentie

Het team voorziet mogelijke problemen in de toekomstige samenwerking door de financiële belangen van de betrokken organisaties. Organisaties zouden hun cliënt kunnen verliezen aan een ander, daardoor zou er een concurrentiestrijd kunnen ontstaan. Ook tijdens het proces in het team konden gevoelens van concurrentie niet altijd worden onderdrukt. Het team voorziet een hernieuwde concurrentiestrijd als de financiering niet dusdanig wordt hervormd dat samenwerking tussen de organisaties meer loont dan concurrentie. Bijvoorbeeld door met gesloten beurs te werken, zoals nu in de pilot is gebeurd, of door een vast budget vast te stellen voor de wijkteams/clusters

Literatuur

¹CIZ Basisrapportage AWBZ, gemeente Leiden, 1 juli 2012, 1 januari 2012, 1 juli 2011

²Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD–PvdA, 29 oktober 2012

³Document 'pilot wijkgericht werken'. Noorderkwartier Leiden 19-1-2013 pp. 2,3

⁴Robson, C. (2011) *Real World Research*. United Kingdom: John Wiley & Sons pp.156-158

⁵Morgan, D.L.& R.A. (1998) *The Focus Group Kit*. London: Sage Publications

⁶Van Assema P., Mesters I. & G. Kok (1992) Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde* (70)7 pp.431-437

⁷Kleemans (2012) CQIMeting. www.cqimeting.nl/wat_is_en_waarom_cqi.html (bezoekt 10/05/2013)

⁸Fassaert 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

⁹GGD Amsterdam (2013) Zelfredzaamheid-matrix. www.zelfredzaamheidmatrix.nl (bezoekt 05/06/2013)