

Studiemiddag GGZ ervaringswerkers in de Wijk

Wo 7 nov 2018

Verhaal: Peter van Dalen. Graphics: Jeannet Klooker



1. GGZ in de wijk

Waarom is wijkgericht werken ook voor de GGZ interessant? In de eerste plaats omdat de cliëntèle ook in de wijk woont. En vanwege de visie van veel gemeenten:

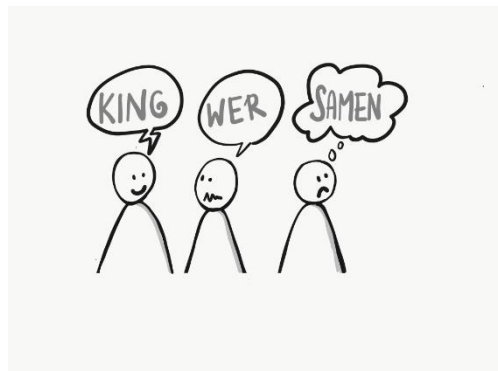
- Normaliseren, leven in de wijk als het kan. Idee van inclusieve samenleving.
- Preventie, vroeg er bij, en kleine problemen met kleine inzet opvangen
- Integrale benadering mogelijk maken en effectieve inzet van voorzieningen vanuit leefwereld
- Goed vangnet bieden, steunsystemen, inzet ervaringswerkers, hulp dichtbij, dagbesteding



Deze moeder met 3 kinderen red het niet zelfstandig. Ze is verstandelijk beperkt, al merk je dat niet altijd, want ze heeft een vlotte babbel. Maar telkens maakt ze verkeerde keuzes en komt ze in de problemen. Ze heeft meerdere verkeerde vriendjes gehad. Ze heeft een beschadigd verleden en is zelf ook misbruikt. De kinderen hebben dat deels gezien en gehoord. Ze maakt schulden. Ze heeft conflicten op school over de kinderen. Ze red het thuis niet, ze ervaart

veel stress en reageert niet adequaat op post.

Wijkgericht werken voor deze moeder betekent: De school, de woningcorporatie, wellicht ook de burens, signaleren dat het niet goed gaat, en trekken vroegtijdig aan de bel. Bijv. bij het SWT. Het SWT gaat kijken brengt de gehele situatie en geschiedenis in beeld en schakelt hulp in waar nodig. O.a. Ambulante jeugdhulp, die helpt met de opvoeding van de kinderen en structuur in huis. GGZ-hulp voor moeder i.v.m. PTSS. Een schuldmaatje die de administratie ordent en de post doorneemt. Een vriendin die meegaat op gesprek naar school. Andere vriendinnen helpen met het huis op orde brengen. Deze moeder merkt dat de stress snel af neemt.



Waar het gaat om de samenwerking tussen SWT's en GGZ zie ik in de praktijk toch vooral gescheiden werelden. Ze lijken elkaars taal niet te spreken. Samenwerking verloopt vaak nog moeizaam.

De SWT's zijn er voor alle inwoners, met alle problematieken. Daar zijn ze op ingericht. Dus niet voor specifieke doelgroepen. Ze moeten alles kunnen en alle leefdomeinen bedienen.

De GGZ is primair gericht op behandeling en begeleiding van mensen met psychiatrische problematiek, vaak in combinatie met verslaving, verstandelijke beperking. Steeds vaker werkt de GGZ ook ambulante en integraler, bijv. in de vorm van ACT en FACT teams in de wijk. De tendens is naar meer wijkgericht en herstelgericht. Maar is het echt integraal? In de zin dat vanuit bijv. FACT de uitkering geregeld wordt, of de huisuitzetting voorkomen wordt of de schulden gesaneerd worden? Daarvoor moeten de ambulante werkers ook de samenwerking zoeken

met ketenpartners, net als de SWT's dat moeten. En onderling de taken en rollen steeds goed afspreken.

Voor het realiseren van die visie is effectieve samenwerking tussen organisaties die in de wijk actief zijn. Dat is geen sinecure. Het is druk in de wijk. Wijkverpleging, huisartsen, scholen, het SWT, ambulante zorg, politie, wooncorporaties etc. En iedereen wil wel samenwerken, maar wie doet precies wat? Kunnen zij elkaar wel vinden? En accepteren ze elkaars rollen?



En samenwerken kost veel tijd. Vooral bij deze complexe casuïstiek. En dan is er de vraag naar efficiency. Gaat de ambulant GGZ begeleider zelf contact leggen met de schulphulpverlening? Of neemt het wijkteam de regie, en doet de sociaal werker dat?

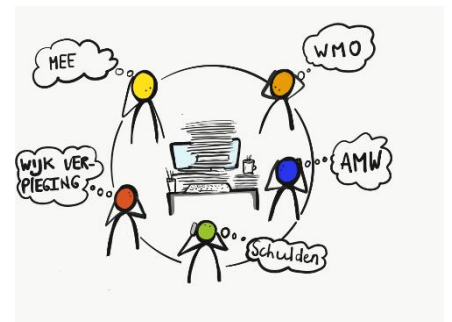
Gelet op hun opdracht is het SWT de partij die moet zorgen voor een integraal en op de persoon afgestemd pakket van ondersteuning en hulp. Steunsysteem, inzet ervaringswerkers, hulp dichtbij, dagbesteding, medicatie. En de partij die taken en rollen afspreekt tussen betrokken partijen. Regie neemt dus.

Vinden SWT en GGZ elkaar voldoende in die samenwerking? Mijn inziens nog niet. Centrale vraag: Hoe verbinden we GGZ en het wijkgericht werken.

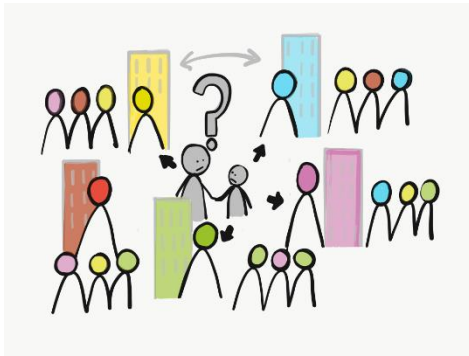
2. Hoe gaat het met de sociale wijkteams

Uit onderzoek, publicaties, maar ook materiaal dat ik uit Zaanstad heb gekregen komt het volgende beeld:

- Veel teams zijn vooral eerstelijnssteams. Meer gericht op de generalistische taken, zoals de vraagverheldering, de huisbezoeken en (voorbereiding op) indicatiestelling. In sommige gemeenten voelen medewerkers zich indicatiemachines.
- Weinig tijd beschikbaar, veel taken, en te hoge caseload voor grondig en zorgvuldig werken (voor analyse inhoud, systeem, hulpverleningsgeschiedenis en inrichten proces van hulpverlening)
- Hinder van registratiedruk en bureaucratie
- Er is weinig specialistische kennis en vaardigheid beschikbaar. Onder meer op het gebied van de GGZ.
- Mede daardoor hebben de wijkteams moeite met complexe, multiproblematiek.
- Outreachend werken komt niet altijd goed van de grond. Als er geen manifeste vraag is, maar wel zorgsignalen, hoe werk je dan? Veel handelingsverlegenheid.
- Samenwerking met ketenpartners en het regievraagstuk, 1-1-1 principe nog slecht uitgewerkt en vorm gegeven. Hier gaat veel mis.
- En de werkwijze: er is nog geen sprake van echt wezenlijk anders werken.



3. Regievraagstuk



Inwoner heeft regie: een goed uitgangspunt maar vaak een excuus om als professional van het wijkteam achterover te leunen. Uit mijn eigen situatie: al jarenlang verzorg ik en mijn ex-vrouw de coördinatie van hulp tussen instanties voor mijn zoon. In de loop van de tijd jaren hebben we zo'n 40 verschillende professionals van ca. 25 organisaties gesproken. Regie over de beslissingen: graag, die wil ik graag zelf houden. Maar regie op de samenwerking tussen professionals en regie op het overkoepelende proces? Nee, dat is mijn taak als ouder niet.

Wie dan wel? Een professional die in overleg met mij de coördinatie oppakt en mij daarin bijstaat. Dat is geen hulpverleners taak, maar een coördinatie/ casemanager taak. Spreek af wie die taak op zich neemt. Een van de betrokken hulpverleners of iemand van CJG, SWT. Dat vraagt wel tijd en dus geld. Die vaak niet in de behandel of hulpverlenersplannen zit. Past niet in de DBC's.

Zie ook: regiesociaaldomein.nl

4. De werkwijze

Nog veel belangrijker dan de juiste organisatie en randvoorwaarden: de manier waarop we werken. De huidige praktijk:

- er is een zorgvraag
- er volgt een keukentafelgesprek
- client, hulpverlener maken een plan
- client, sociaal netwerk en zorgaanbieder voeren het plan uit

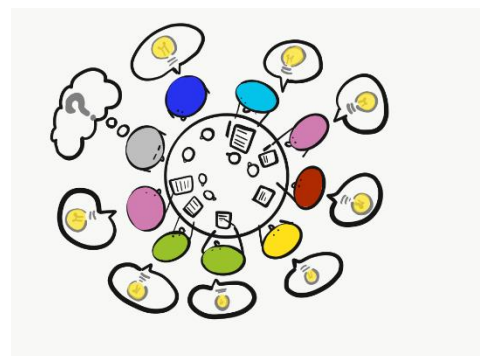
Tamelijk lineair procesopvatting. Mede onder tijdsdruk gaat de meeste processen zo. Zo werkt het in praktijk natuurlijk niet. Niet bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en niet bij alle andere hulpvrager. Twee grootste knelpunten hierin:

1. Het proces is niet lineair en vraagt continu bijstelling. Deze taak is vaak niet goed ingeregeld.
2. De verkeerde mensen zitten aan tafel en de client en het netwerk zijn niet echt eigenaar.

Degene die willen dat de situatie verandert – de mensen die zich zorgen maken - zitten niet aan tafel bij het maken van het plan.

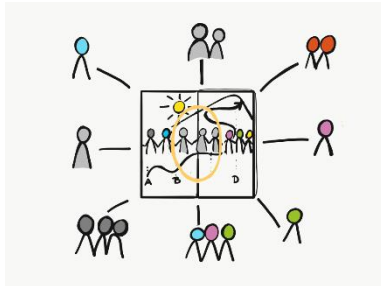
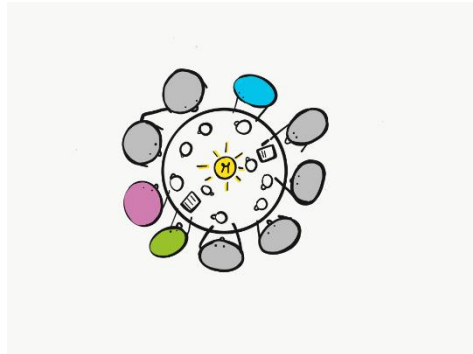
Je creëert zo een soort tribunaal. Kan heel intimiderend zijn voor de inwoner. Er zitten vooral veel professionals aan tafel met heel veel ideeën en vakkennis, die allemaal heel goed weten wat er met de inwoner aan de hand is. Professional en systeem wereld bepalen zo het plan.

Resultaat: een integraal plan met zorgvragen, doelen, activiteiten. Een lijstje van activiteiten waar dan namen bij staan van familie, sociaal netwerk die mogen schoonmaken of met de patiënt een uitstapje moeten maken. Maar niemand voelt zich eigenaar. Niet de inwoner, niet het netwerk en niet andere betrokken professionals.



Hoe dan wel? Het draait om eigenaarschap. Van het begin af de broer, moeder, oma, vriend van de familie, betrokken buur. Zij bespreken de zorgen en de oplossing.

Dat voelt toch anders hè. De balans is heel anders. Andersom werken dus. En betrek hierin de ambulante begeleider, de mentor van de dagbesteding, de woonconsulent, de huisarts. Als mede eigenaar. Cruciaal resultaat: het integraal plan wordt leidend voor iedereen die betrokken is.



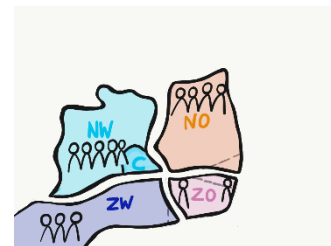
Iedereen gelijke informatie. Iedereen voelt zich betrokken en is mede-eigenaar.

Lees ook: De Nieuwe Route. Anke Siegers. 2016.

5. Praktijk: Apeldoorn

160.000 inwoners. 4 sociale wijkteams. Elk stadsdeel 1 wijkteam.

De SWT's richten zich uitsluitend op multiproblematiek. Dat wil zeggen: de top 1 a 2 % zwaarste problematiek. Problematiek die ernstig is op meerdere levensdomeinen, vaak een verleden van jarenlange hulpverlening die niet aanslaat. Vaak ook intergenerationeel. Denk aan dreigende huisuitzetting, huiselijk geweld, ernstige overlast, psychiatrie, verslaving, langdurig uitkeringsafhankelijk, hoarding etc. Dus anders dan veel andere gemeenten: waar de sociale teams meeste de eerste lijnsfunctie hebben.



Professionals in SWT Apeldoorn hebben een specialistische achtergrond: specialistisch hulpverleners van tweedelijns zorgverleners met bepaalde expertise (jeugd en gezin, verstandelijke beperkingen, psychiatrie, werk&inkomen, etc. Zij zijn extra (bij)geschoold op de 'generalistische taken' : systeemanalyses, casemanagement, risicotaxaties, praten met kinderen etc.

Apeldoorn heeft veel geïnvesteerd in deze aanpak: in totaal ca. 27 fte uitsluitend voor de multiproblematiek. Gefinancierd via substitutie van middelen. Van Wmo individueel maatwerk naar eerste lijn/ algemeen. Ca 2 miljoen euro.

De SWT's hebben een locatie in de wijk. Daar vindt intensieve samenwerking plaats met collega's van het:

- welzijnswerk (MEE, AMW, ouderenwerk, opbouwwerk, jongerenwerk, sociaal cultureel werk)
- WMO (m.n. begeleiding)
- Activering
- Schulddienstverlening

Verder is er een goed functionerend netwerk van verwijzers, samenwerkingspartners: wooncorporatie, politie, huisartsen, zorgaanbieders, scholen, informele zorg, wijkverpleging.

6. Bemoeizorg Apeldoorn



In Apeldoorn is de oggz/ bemoeizorg dit jaar als taak geïntegreerd in de SWT's. Onderscheid tussen zorgmijders en niet-zorgmijders was onlogisch. Gelet op de aard van de STW's in Apeldoorn: veel overlap in taken en doelgroep tussen SWT en Oggz. SWT is al sterk outreachend georiënteerd.

Integratie in wijkgericht werken, moet impuls geven aan vroeg er bij zijn (preventie), via wijknetwerken en de integrale en buurtgerichte aanpak (inclusief).

Hoe is bemoeizorg ingebed in de teams?

- Ieder team 2 aandachtfunctionarissen bemoeizorg. Mensen met achtergrond psychiatrie en verslavingszorg.
- Doen bemoeizorg maar ook andere casussen
- Outreachend werken is opgave voor iedereen in het wijkteam
- Extra opleiding bemoeizorg
- Stedelijk vakgroep: uitwisselingen van ervaringen, waar loop je tegen aan, hoe pak je dingen aan.
- Aansluiting bij stedelijke overlegstructuur veiligheid en overlast (Veiligheidskamer/ veiligheidsregisseur, team woonoverlast)

Verder de samenwerking met de reguliere GGZ:

- Vakgroep en spv'er en psychiater of psycholoog 1 keer per maand gezamenlijk casuïstiek afstemmen
- Leden FACT-teams en SWT schuiven onderling aan bij elkaar team overleggen (wijkgericht)
- Tevens periodiek overleg dak- en thuislozen opvang voor afstemming casuïstiek
- Psychiater kan op consult basis ingevlogen worden en gaat ook mee op huisbezoek indien gewenst
- Geborgd met zakelijke afspraken (uur – factuur)

7. Werkwijze in Apeldoorn

Hoe werken we dan in Apeldoorn?

Grondige analyse. Van problematiek, maar vooral ook van de hulpverleningsgeschiedenis en wie er allemaal betrokken zijn, zowel informeel als professioneel.

Casusteam vormen. Casusteam is inwoner waar zorgen over zijn, dienst netwerk, en de belangrijkste betrokken professionals. CT-leden zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor koers en alle besluiten.



Dus geen besluitvorming in casuïstiek besprekingen binnen de veiligheid van het eigen team waar de inwoner en het netwerk niet bijzitten! Dit is toch echt nog vaak de praktijk in veel gemeenten: De

medewerker van het SWT die de veiligheid zoekt van het eigen team en de teamleider voor het vaststellen van de aanpak.

Besluiten alleen nog in het casusteam!

Dit loop nog moeizaam: belangenverschillen, verschillende taakopvattingen tussen professionals. Niet willen dat de casemanager SWT zich bemoeit met het werk van de ambulante begeleider.

8. Wat is nodig

Visie en sturing

- Gemeentelijk leidend als systeemverantwoordelijke.
- Betrek verzekeraar
- Werk visie uit met ketenpartners
- Neem product en coördinatie/ regie voeren op in de inkoop. Werk het regie vraagstuk praktisch uit en neem de afspraken op in de inkoop voorwaarden en/of in een convenant.

Netwerk en samenwerking

- Een goed signalerend netwerk, zowel in de wijk (dorp) als stedelijk
- Samenwerking in de keten (niet vrijblijvend!)
- Uitwerking van het regievraagstuk. Duidelijke afspraken en acceptatie van elkaars rollen en expertise, en m.n. ook die van de regisseur.
- Aansluiting op stedelijke structuur veiligheid en overlast
- Overweeg: integratie of fysiek bij elkaar brengen van functies en rollen van Oggz/bemoeizorg, wijkteams, FACT en stedelijke coördinatie en casus overleggen voor ernstige overlast en veiligheid.



Organisatie en randvoorwaarden

- Capabele mensen, voldoende expertise in de wijk beschikbaar
- Tijd en ruimte
- Het hoeft niet perse in de wijk, kan ook stedelijke of regionaal (gespecialiseerd) team zijn

Werkwijze

- Begin bij de basis. De zorgvraag. De eerst volgende vraag is: Wie zijn betrokken, wie zouden mee kunnen doen en mee kunnen denken. Richt je eerst op het proces, niet op de inhoud. De inwoner om wie het gaat, dienst netwerk én de betrokken professionals maken samen het plan en nemen de besluiten. In gelijkwaardigheid. Het netwerk is geen hulpmiddel, maar de kern. (muv crisissen / onveilige situaties uiteraard).
- Vooral: houding en rol! Wie is eigenaar? Verantwoordelijkheid nemen voor het geheel en niet slechts een deel ervan. Rol: proces facilitator, en doen wat nodig is.