



Grip op herstel na verward gedrag als gevolg van ggz-problematiek

Samenvatting van de uitkomsten van TSD toezichtonderzoek in 2019 in twee wijken in Arnhem

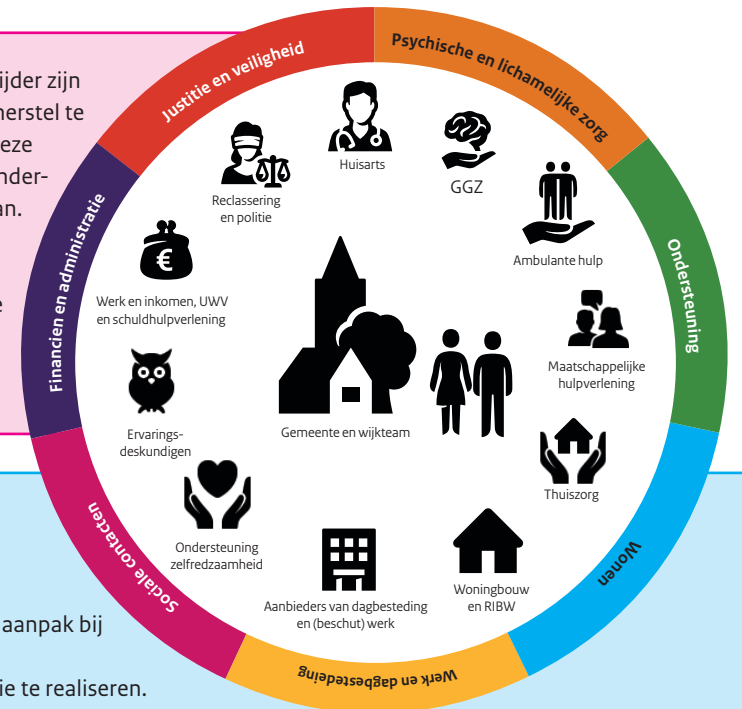
Conclusies

TSD zag in Arnhem betrokken professionals en mooie voorbeelden van zorg en ondersteuning bij herstel na verward gedrag. Tegelijkertijd zijn er ook zaken die beter kunnen.

Zo staat de inwoner niet altijd centraal. Daardoor krijgt die nog te weinig passende, resultaatgerichte en samenhangende zorg en ondersteuning. Het wijkteam heeft een centrale rol bij het organiseren van die passende zorg maar kan die rol niet voor iedereen vervullen. Bovendien bestaan in Arnhem verschillen in de hoeveelheid zorg en ondersteuning die inwoners krijgen bij herstel na verward gedrag.

Voor een herstellende inwoner die zelf hulp zoekt en een zorgmijder zijn er te hoge verwachtingen over de eigen kracht. Ook wordt hun herstel te weinig integraal benaderd. Daarnaast maken professionals bij deze inwoners niet genoeg afspraken over de regie over de zorg en ondersteuning. De 'waakvlam' om terugval te signaleren ontbreekt dan.

Bij ernstige verwaarlozing, overlast of crisis heeft een inwoner direct hulp nodig. In die gevallen zag TSD dat er meer intensieve en samenhangende hulp wordt ingezet. Dat geldt ook voor inwoners die gedetineerd zijn geweest en/of toezicht van de reclassering hebben (justitiële titel).



Wat gaat goed?

- Betrokken professionals.
- In het wijkteam is vier uur per week een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) beschikbaar voor advies.
- Afspraken tussen betrokken organisaties over zorgmijders in de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz-tafel) en over inwoners met een justitiële titel in het veiligheidshuis.
- Veel aanbod.
- Goede ervaringen met inzet van Centrum Activerend Werk.
- UWV is actief voor de doelgroep en kijkt breder dan alleen het eigen werkveld.
- Buurtcirkels maken het sociaal netwerk groter.
- Goede ervaringen met outreachende zorg van het FACT-team.
- Samenwerken in (opschalen van) zorg en ondersteuning met de hulp van een overlast- en zorgcoördinator.
- Woningbouw is actief in samenwerking met professionals en gemeente.
- De mogelijkheid bestaat om de waakvlamfunctie te beleggen met minimale uren gefinancierd uit de Wmo.

Wat kan beter?

De inwoner met (eerder) verward gedrag meer centraal stellen in het herstelproces:

- Een breed gedeelde visie op integrale persoonsgerichte aanpak bij herstel.
- Samen praktische voorwaarden vaststellen om deze visie te realiseren.
- Ook letten op de zelfredzame zorgvrager en de zorgmijder.
- Partijen in heel het sociaal domein moeten weten wat een integrale persoonsgerichte aanpak is en wat daarbij hun (regie)rol, bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn.

Betrokken partijen in het sociaal domein ondersteunen:

- Overzicht van het aanbod dat professionals en inwoners kunnen bekijken.
- Meer sturen op de kwaliteit van Wmo- en zorgaanbieders.
- De opdracht aan en de uitvoering door het sociaal wijkteam evalueren.
- Zorgen dat professionals duidelijke afspraken maken over regie, waakvlamfunctie en (warme) overdracht.

Samen investeren (gemeente en zorgorganisaties) in de professionals:

- Zorgen dat professionals tijd hebben voor een vertrouwensrelatie met de inwoner en het betrekken van naasten.
- Zorgen dat professionals kennis en vaardigheden hebben over omgaan met de doelgroep, zodat ze ook de zorg- of ondersteuningsbehoefte beter in kaart kunnen brengen.



Toezicht Sociaal Domein
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Toelichting bij de factsheet Grip op herstel in Arnhem

Inleiding

In 2019 is Toezicht Sociaal Domein (TSD)¹ gestart met het toezichtproject Grip op herstel na verward gedrag. Hierin bekijkt TSD in drie gemeentes² in hoeverre mensen die verward zijn geweest door ggz-problematiek passende, samenhangende en resultaatgerichte zorg en ondersteuning krijgen bij hun proces van herstel.³ De factsheet geeft de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek in twee wijken van de gemeente Arnhem weer. Het onderzoek liep van juni tot en met december 2019. In deze toelichting gaan we verder in op de uitkomsten.

Voor kwetsbare personen met (soms ernstige/chronische) ggz-problematiek betekent herstel meer dan alleen herstel op het gebied van psychische en/of lichamelijke gezondheid. Het gaat om persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel (participatie). Daarom heeft TSD gekeken naar herstel op verschillende leefgebieden: wonen, werken/dagbesteding, financiën, gezondheid (psychisch en lichamelijk), vrije tijd, zingeving, sociale contacten en in aanraking komen met justitie. (Zie verder bijlage 1 over de opzet van het onderzoek en deelnemende organisaties.)

TSD voert na Arnhem dit toezichtproject ook uit in de gemeente Lelystad en de gemeente Midden-Drenthe. Het doel van het toezicht is om regionale en lokale partijen te stimuleren hun aanpak persoonsgericht, passend, effectief en integraal vorm te geven. Die aanpak moet vorm krijgen op lokaal niveau, gericht op de wijk, waar de inwoner zorg en ondersteuning vindt bij het herstel. Rode draden uit de onderzoeken agendeert TSD bij de voor dit onderwerp relevante ministeries.

Leeswijzer

Hieronder volgen eerst de conclusies en daarna worden de uitkomsten in drie paragrafen toegelicht. Daarin is aangegeven wat er beter kan en wat er goed gaat. De goede voorbeelden staan in de tekstkaders. Tot slot geeft TSD drie aanbevelingen op basis van besprekingen van de uitkomsten met vertegenwoordigers van de betrokken organisaties.

Conclusies

In de twee onderzochte wijken zag TSD dat de professionals zeer betrokken zijn bij de doelgroep. Ze zetten zich vol overtuiging in om de inwoners de best mogelijke zorg te bieden. In de oudere wijk (Klarendal/ St. Marten) bij het centrum kennen zorgverleners en vrijwilligers elkaar beter dan in de jongere nieuwbouwwijk (Schuytgraaf/ Elderveld). TSD zag mooie voorbeelden van zorg en ondersteuning die kunnen bijdragen aan persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel voor (chronisch) psychisch kwetsbare inwoners. Deze staan in de volgende paragraaf telkens in de roze kaders beschreven.

Er liggen ook verbeterpunten. Bij een herstellende inwoner die zelf hulp zoekt of een zorgmijder (geen hulpvraag wel zorgbehoefte) liggen er hoge verwachtingen van de eigen kracht van de inwoner; wordt hun herstel weinig integraal benaderd en maken professionals te weinig afspraken over de regie op de zorg en ondersteuning. De 'waakvlam' om terugval te signaleren ontbreekt dan.

Aan de andere kant ziet TSD dat bij acuut hulpbehoevenden (ernstige verwaarlozing, overlast, crisis) en bij inwoners met een justitiële titel er meer intensieve en samenhangende hulp wordt ingezet. Er zit verschil in de benadering van inwoners met ggz-problematiek die zorg en ondersteuning nodig hebben bij hun herstel.

Wanneer professionals hun energie telkens (moeten) richten op de laatste twee groepen, kan dit ten koste gaan van de aandacht voor inwoners die minder zichtbaar zijn, maar wel een zorgbehoefte hebben. Daardoor wordt hun hulpbehoefte misschien te laat gesignaleerd. Het risico

¹ In Toezicht Sociaal Domein (TSD) werken vier rijksinspecties samen aan toezichttaken op het gebied van kwetsbare jeugdigen en volwassenen. De vier inspecties die binnen TSD samenwerken zijn: Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie Justitie en Veiligheid en Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid. TSD richt zich in het toezicht op verbetering van de kwaliteit en samenhang van de zorg en ondersteuning binnen het sociaal domein.

² TSD stemt voor dit onderzoek af met een Toezicht op de Ambulante GGZ (TAG) van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/toezicht-op-ambulante-ggz>.

³ TSD werkt in haar toezichtonderzoeken waar mogelijk nauw samen met Wmo-toezichthouders. In de gemeente Arnhem is de Wmo-toezichthouder betrokken geweest bij het verzamelen van de bevindingen en het analyseren ervan.

bestaat dat hun problematiek verergert, verward gedrag toeneemt. Op een gegeven moment kan dan een acute zorgvraag of delictgedrag ontstaan. De hulp is dan misschien intensiever dan nodig was geweest. Tijdige en passende hulp aan inwoners die zelf om hulp vragen of zorg mijden, kan intensievere zorgvragen voorkomen.

Daarnaast rijst de vraag of de herstellende inwoner wel centraal genoeg kan staan bij alle partijen. TSD ziet hierbij knelpunten bij het betrekken van naasten, het in beeld brengen van de problematiek op alle leefgebieden en het toeleiden naar passende zorg en ondersteuning. Toeleiden wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt door een tekort aan kennis bij professionals over het aanbod en het werk van andere organisaties. Ook de overgang tussen financieringsstelsels is een knelpunt hierbij (ZVW, forensische zorg, Wmo). Daarnaast zag TSD een belangrijk knelpunt dat op verschillende thema's terugkomt, namelijk de rol van het wijkteam. Het wijkteam vervult een centrale rol bij toeleiden naar zorg en ondersteuning bij herstel na verward gedrag. Maar zij kan deze niet voor de hele doelgroep oppakken.

In de praktijk is het een grote uitdaging om generalistisch te werken. Dat komt doordat regelgeving snel verandert en inwoners veel verschillende vragen hebben. Bovendien heeft het wijkteam in Arnhem de taak om de ondersteuning te indiceren en te beschikken. Beide taken vragen een verschillende rol richting de inwoner en een andere expertise.

TSD concludeert dat in Arnhem de mate van zorg en ondersteuning bij herstel na verward gedrag sterk wordt bepaald door het ervaren van overlast en/of een drang/dwangkader.

Uitkomsten

1. Verschillen in de perceptie van de eigen kracht van een inwoner

*Verwachting: De participatiemaatschappij gaat uit van de **eigen kracht** van de burger. Voor kwetsbare burgers is het niet vanzelfsprekend dat deze eigen kracht er is. Voor inwoners die herstellende zijn van verward gedrag verwacht TSD dat professionals aandacht hebben voor **de mate waarin een cliënt het vermogen heeft om zelf regie te hebben in zijn herstel**. Op basis hiervan kan passende zorg en ondersteuning worden gezocht. Naasten kunnen de eigen kracht van een inwoner versterken. Om herstel te bevorderen en om de kans op terugval te verkleinen helpt het als professionals **naasten betrekken** bij besluiten over, de inzet van, en het stellen van prioriteiten in de zorg en ondersteuning.*

Eigen kracht

Professioneel ervaringsdeskundigen benadrukken dat eigen regie niet hetzelfde is als het zelf regelen. Er zit verschil in zelf beslissen en het zelf kunnen doen. Iemand die herstelt van verward gedrag heeft momenten waarop het goed gaat en zelf kan beslissen. Maar ook momenten dat het minder gaat waarbij de eigen regie ook kan verminderen. Het helpt als hulpverleners alert zijn op veranderingen in het vermogen om zelf te beslissen en zelf te doen en hierbij aansluiten in hun zorg en ondersteuning.

Een goed voorbeeld in Arnhem ziet TSD bij het achterhalen wat de inwoner wil en nodig heeft. Het gesprek met de inwoners een belangrijk uitgangspunt voor alle professionals. In Arnhem zijn eigen kracht en het vermogen eigen regie te voeren de uitgangspunten voor hulpverlening. Daarbij ligt de focus op positieve gezondheid.

Bij inwoners die zorg en ondersteuning krijgen op basis van een justitiële titel en inwoners die acute zorg en ondersteuning nodig hebben, gaan professionals minder uit van de eigen kracht en de mogelijkheid om zelf regie te voeren. Terwijl de eigen kracht er misschien wel is. Politie, reclassering en woningbouw houden bij herstel veel meer rekening met wat terugval doet voor de omgeving, namelijk wat is de kans dat er onveilige situaties of overlast voor de omgeving ontstaan.

Als de inwoner tijdens het traject laat zien meer zelfstandig en vanuit eigen kracht het herstel aan te kunnen, wordt stapsgewijs eigen regie vergroot. De hulpverleners inclusief professioneel ervaringsdeskundigen redeneren meer vanuit de inwoner en de mogelijkheden om zelf te kunnen (gaan) beslissen binnen verschillende levensgebieden en doen met een proces van vallen en opstaan.

Hoge verwachtingen voor een deel van de doelgroep

Voor de inwoners met een psychische kwetsbaarheid die vrijwillig hulp zoeken of zorg mijden, zijn de verwachtingen over de eigen kracht en eigen regie niet altijd passend. De toegang tot zorg en ondersteuning ligt bij de wijkteams. Het wijkteam werkt vraaggericht: in de communicatie naar inwoners wordt gevraagd om zelf de hulpvraag te formuleren per mail of telefonisch. Deze verwachting is voor de doelgroep te hoog, een laagdrempeligere aanpak zou beter passen.

De wijkteams proberen ook outreachend te werken, maar in de praktijk komen ze hier te weinig aan toe doordat ze regelmatig overbelast zijn. Er is geen andere organisatie in Arnhem die nog outreachend kan werken voor de doelgroep die geen zorg meer heeft/wil.

Ook in de verslavingszorg wordt verwacht dat de cliënt een hulpvraag heeft en deze ook weet te stellen. Als dat niet goed lukt, zou de cliënt ongemotiveerd over kunnen komen en geen hulp willen ontvangen. Een verslaafde die een terugval heeft en geen hulp meer wil (maar wel nodig heeft) krijgt daardoor onvoldoende toegang tot zorg en ondersteuning.

Professionals verwachten ook vaak dat iemand zelf in staat is (eigen kracht) om hulp in de wijk of in de stad te vinden, terwijl dit in de praktijk moeilijk blijkt. Dit komt mede door de hoeveelheid aanbieders en het gebrek aan informatie over de aanbieders (zie ook de volgende paragraaf over het aanbod).

Een goed voorbeeld voor laagdrempelige ondersteuning aan de zorgmijders zag TSD bij de daklozenuitkering die de afdeling Werk en Inkomen van de gemeente verstrekt. Doorgaans is het een voorwaarde dat een inwoner is ingeschreven op een woonadres om een uitkering aan te kunnen vragen. Voor deze groep maakt Arnhem een uitzondering en geven ze een briefadres. Hierdoor krijgt deze groep toch een uitkering. Door deze verstrekking kan de gemeente deze kwetsbare doelgroep in beeld krijgen. De toegang tot deze regeling mag volgens TSD meer bekendheid krijgen onder de professionals.

Betrekken van naasten

Betrekken van naasten in het herstel om de eigen kracht te versterken is een uitgangspunt voor alle professionals. Tocht lukt het ze in de praktijk vaak niet om dit daadwerkelijk tot stand te brengen.⁴ Mensen die verward zijn geweest willen vaak niet (weer) hun omgeving belasten met hun problemen. Ze zijn bang dat hun sociaal netwerk wordt ingezet in de hulp. De omgeving en de familie blijken vaak zelf ook niet te beschikken over een grote zelfredzaamheid. Het kost alle professionals veel tijd en moeite om hen een rol te geven in het herstel. Het ontbreekt hen echter aan die tijd. Bij het wijkteam leidt dit er toe dat zij toch professionele hulp inschakelen.

⁴ IGJ signaleerde met het toezicht op de ambulante ggz eveneens dat de Pro Persona en de huisartsen in Arnhem moeite hebben om naasten te betrekken.

In de praktijk zijn ook goede voorbeelden rond het betrekken van naasten te vinden. Naasten uit het sociaal netwerk kunnen anderen zijn dan familieleden. Sommige professionals waaronder de ervaringsdeskundigen hebben positieve ervaringen met het betrekken van naasten zoals een buurvrouw of een inloop in de buurt als het niet mogelijk is om familie of andere naasten te betrekken. Verschillende organisaties hebben bovendien aandacht voor het onderwerp in de vorm van training of door proberen naasten te betrekken bij de intake met de inwoner.

2. Herstel wordt te weinig integraal benaderd

*Verwachting: Om inwoners met ggz-problematiek goed in hun herstelproces te ondersteunen, is het van belang dat hun zorgbehoefte, zelfredzaamheid en competenties **integraal in kaart worden gebracht**. Dat houdt in dat niet alleen de actuele hulpvraag en wensen worden geïnventariseerd, maar dat ook gekeken wordt naar **mogelijk achterliggende hulpvragen op alle leefgebieden** zoals wonen, werken, inkomen, zorg, vrije tijd en zingeving. Er is een geïntegreerde, wijkgerichte benadering; waarbij er **op wijkniveau afspraken zijn met alle betrokken actoren** zodat de zorg en ondersteuning op alle leefgebieden dichtbij beschikbaar en toegankelijk zijn. Om integraal aan herstel te kunnen werken is het bovendien van belang dat er **continuïteit** in zorg en ondersteuning is.*

Integrale blik

TSD heeft organisaties bevestigd die een rol spelen in het leven van een inwoner die herstelt na verward gedrag. Afhankelijk vanuit welke organisatie ze werken, kijken professionals breder of smaller naar wat nodig is en wat ze kunnen aanbieden. De organisaties hebben soms een rol op één leefgebied (woningbouw), soms op een aantal leefgebieden (werk en inkomen, schuldhulpverlening) en sommige hebben een rol op alle leefgebieden (beschermde wonen, reclassering, wijkteam).

Organisaties die niet of weinig integraal kijken, werken over het algemeen aanbodgericht: "wat kan ik vanuit mijn organisatie voor deze inwoner betekenen, in plaats van: hoe kunnen wij gezamenlijk passende hulp bieden en samen toewerken naar verder herstel?". Soms kijken organisaties wel breed, maar kunnen ze alleen smal inzetten. Dit kan liggen aan het beperkte aanbod (wachlijst of eigen aanbod), maar ook aan de tijd die beschikbaar is voor de inwoner.

- De reclassering (dwingend kader) en sommige aanbieders van begeleid wonen zoals de Stichting 4 Your Care lukt het beter om een **integraal beeld** op te halen. Zij benaderen het herstel in brede zin en kijken naar alle leefgebieden en of daar doelen liggen.
- Om het wijkteam te ondersteunen op expertise over de doelgroep (o.a. herkennen van de problematiek) is er vier uur per week een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) beschikbaar voor consultatie.

Vertrouwen opbouwen kost tijd

Eén van de oorzaken waardoor het niet lukt om een breed beeld te krijgen is gebrek aan tijd bij het wijkteam en bij de Wmo-aanbieders om een vertrouwensband met de inwoner op te bouwen. Het wijkteam heeft ook de opdracht om breed uit te vragen en probeert dit zoveel mogelijk te doen. Vooral bij het wijkteam ontbreekt de tijd om het vertrouwen op te bouwen.

Ook Wmo-aanbieders merken dat door de korte looptijd van beschikkingen die door de gemeente zijn afgegeven, er weinig tijd is om het vertrouwen te winnen en problemen te achterhalen. Hierdoor kijkt men vooral naar oplossingen voor de meest urgente problemen (crisis wordt

bezwoeren) of naar de voorliggende vraag van de inwoner. Het ontbreekt dan aan een weloverwogen inzet met een grotere kans op bestendig herstel. Vooral de ervaringsdeskundigen vinden dat professionals meer zouden kunnen (leren) doorvragen bij de doelgroep.

Ervaring dat informatie delen niet kan

Een andere oorzaak is de beperking die professionals ervaren om informatie over een inwoner met elkaar te delen. Professionals hebben aangegeven dat het met elkaar kunnen delen van noodzakelijke informatie in de praktijk een struikelblok kan vormen om te komen tot een integraal beeld. Dit speelt tussen verschillende type organisaties, bijvoorbeeld tussen de ggz en de welzijnsorganisaties, maar ook tussen Werk & Inkomen en het wijkteam. Vooral op de 'zorg carrière' van een inwoner die zorg mijdt is weinig zicht. Bij verhuizing van wijk naar wijk, of vanuit een andere stad, is er geen informatie beschikbaar en herhaalt de cyclus zich. Bovendien wordt breed gedeeld dat het veel tijd kost om samenwerking te zoeken.

- Door afspraken te maken over zorgmijders zoals in de oggz-tafel¹ zoekt Arnhem naar oplossingen om informatie beter te kunnen delen.
- Justitiepartners en het netwerk waar zij veel mee samenwerken vinden elkaar in het Veiligheidshuis waar ze op basis van afspraken informatie delen over de doelgroep. Deze afspraken en overleggen zijn helpend in het inzetten van integrale hulp.

(Kennis over) de sociale kaart

Arnhem heeft een breed palet van aanbieders voor zorg en ondersteuning in de regio. Zestig procent van de beschermd wonen voorzieningen voor de regio is gehuisvest in Arnhem. Ook het aanbod voor maatschappelijke opvang en verslaving is in Arnhem gelokaliseerd. In de buurt kan in principe voor de inwoner veel georganiseerd worden.

- De gemeente Arnhem heeft veel aanbod georganiseerd, waardoor professionals en ervaringsdeskundigen ervaren dat het aanbod in theorie kan voldoen aan de vraag.
- Professionals zijn positief over de inzet van Activerend werk om de doelgroep weer (laagdrempelig) te laten participeren.
- Het UWV is actief voor de doelgroep en kijkt breder dan alleen het eigen werkveld.
- Een voorbeeld waarbij Arnhem zorg dichtbij de kwetsbare burger organiseert, is de opzet van een aantal buurtcirkels (een netwerk van buurtbewoners) in Arnhem. De buurtcirkel is bedoeld voor inwoners met psychische, psychosociale of verstandelijke problematiek. Door de Buurtcirkels ontvangen zij de zorg meer op maat, wordt hun sociaal netwerk uitgebreid en wordt de kans vergroot dat zij succesvol zelfstandig kunnen blijven wonen zonder (opnieuw) een beroep te doen op intramurale (duurdere) zorg.
- Professionals zijn ook positief over de outreachende ggz-zorg van het FACT¹ van Pro Persona waarbij een multidisciplinair team dichtbij de inwoner staat. Dat een inwoner 'vaste gezichten' heeft in de hulp speelt hier een belangrijke rol. Zij zouden graag zien dat dit type hulp (multidisciplinair en outreachend) hulp voor een bredere doelgroep beschikbaar komt.

Zorg en ondersteuning in de buurt zou met voldoende aanbod mogelijk moeten zijn voor de doelgroep. Toch ervaren professionals en ervaringsdeskundigen dat het moeilijk is juist doordat er veel aanbieders zijn. Professionals vinden het soms lastig om inwoners de juiste informatie te geven. Het is onduidelijk wat er allemaal is en wat de kwaliteit is. Wachtlijsten komen voor of er

zijn toelatingseisen.⁵ In de praktijk blijkt ook weleens dat een organisatie de benodigde of toegezegde diensten niet kan leveren.

Professionals zien een toename in meervoudige problematiek bij inwoners met verward gedrag: zowel psychische/verslavingsproblemen als persoonlijkheidsproblematiek. Lang niet elke organisatie heeft de expertise om met deze zeer complexe problematiek om te gaan. Professionals signaleren dat er behoefte is aan meer aanbod voor deze groep zowel in de ggz als in de zorg en ondersteuning die de Wmo betaalt.

Er is ook behoefte aan meer passende dagbesteding/werk in de wijk. Voorzieningen zijn er en volgens geïnterviewden is er voldoende plek, maar de activiteiten sluiten niet of onvoldoende aan (bijvoorbeeld voor hoger opgeleiden).

Een manier waarop meer zicht op de kwaliteit van het aanbod komt, is door toezicht op de Wmo-aanbieders. Dit toezicht is in Arnhem beperkt en richt zich voornamelijk op calamiteiten of op organisaties waar signalen over zijn dat het niet goed gaat.

Continuïteit van zorg en ondersteuning

Een voorwaarde voor passende, resultaatgerichte en samenhangende zorg en ondersteuning is de continuïteit ervan. In Arnhem is er nog te weinig continuïteit voor de doelgroep. Het pad van herstel na een verwarde periode is grillig en gaat met vallen en opstaan. Door continuïteit van hulp na opname in de ggz is een goede en warme overdracht naar het wijkteam of instelling voor beschermd wonen van groot belang voor een goed herstel. Professionals geven aan dat deze overdracht echt beter kan.⁶

Maar ook andere factoren maken het lastig om zorg en ondersteuning rondom de inwoner goed in te richten. De wachtlijsten bij de ggz, maar ook bij beschermd wonen, schuldhulpverlening en sommige dagbestedingsplaatsen brengen de continuïteit van hulp in gevaar.

Na behandeling in de ggz zou stapsgewijze afbouw in samenwerking met Wmo-voorzieningen eventuele risico's op teruggang kunnen verkleinen. Dit afschalen van zorg is in de praktijk soms moeilijk te organiseren. Het FACT-team ervaart bijvoorbeeld dat het moeilijk is om inwoners over te dragen aan lichtere vormen van zorg zoals de ondersteuning via de Wmo waardoor de uitstroom moeilijker wordt. De Wmo wordt wel gebruikt om ondersteuning te bieden in de periode dat een inwoner op de wachtlijst staat bij de ggz.

Hoewel de inzet een noodverband is, blijkt het soms ook een positieve werking te hebben. Door deze ondersteuning krijgt de inwoner soms meer structuur in zijn leven en dat helpt bij de behandeling van het eigenlijke probleem.

In de praktijk ervaren professionals en ervaringsdeskundigen knelpunten bij het opschalen van zorg en ondersteuning. Zij merken dat het moeilijk is om bij terugval te kunnen opschalen bij de ggz. Als de inwoner, de omgeving of de hulpverlening signaleert dat er behoefte is aan ggz zoeken ze contact met de ggz. Zij merken dat de ggz slecht bereikbaar is voor overleg en de ggz vraagt bijvoorbeeld of een inwoner naar het kantoor van de ggz kan komen terwijl dit gelet op het ziektebeeld van de inwoner juist een grote drempel is.

Als de ggz tijd heeft om een inwoner te beoordelen dan vinden zij regelmatig dat deze nog in staat is om thuis te blijven zonder behandeling in tegenstelling tot de inwoner, professional of ervaringsdeskundige. Dit verschil van inschatting in de ernst van de problematiek frustrereert. De ggz biedt dan geen oplossing, maar laat het probleem bij de inwoner en betrokkenen.

Een ander knelpunt op het gebied van continuïteit ligt bij de kortdurende beschikkingen voor ondersteuning die het wijkteam afgeeft. De reden van de korte duur is dat ze inwoners willen stimuleren om zelfredzamer/onafhankelijker te worden en om snel de inzet te kunnen evalueren. De beschikking opschalen in uren zou praktisch gezien geen probleem zijn, maar dat vinden de organisaties om het wijkteam heen juist lastig. Het zorgt voor onrust als er bij de start weinig tijd is en cliënten zijn niet in alle gevallen gelijk vertrouwd met de hulpverlener.

⁵ IGJ signaleerde in het toezicht op de ambulante ggz eveneens dat er een versnippering is in het aanbod van (geestelijke) gezondheidszorg.

⁶ De IGJ en de NZA kijken in hun toezicht naar oorzaken van de wachtlijsten in de ggz en de rol van de zorgverzekeraar hierbij.

3. De mate waarin professionals afspraken maken over de regie verschilt

*Verwachting: Voor de kwetsbare inwoner is het van belang dat wanneer betrokkene zelf niet optimaal regie kan voeren over het herstelproces en de ondersteuning daarbij, er door betrokken professionals **afspraken** worden gemaakt over **coördinatie** en wie waar voor verantwoordelijk is.*

Regie bij inwoners met verplichte zorg en ondersteuning en bij complexe en crisisgevallen
Een goede coördinatie van persoonsgerichte aanpak, het realiseren van een sluitend voorzieningenaanbod en het versterken van de beleidsregie zijn speerpunten in het beleid van Arnhem op het gebied van maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) en verslavingszorg. In de praktijk blijkt dat er vooral coördinatie op de samenhang in zorg en ondersteuning is (zoals afspraken over regie en informatie-uitwisseling) als de reclassering betrokken is of als er acute hulp nodig is door terugval. Er is dan een drang of dwangkader.

Als de persoon geen zorg of ondersteuning accepteert, verliest deze mogelijk zijn woning, krijgt een boete, komt voor de rechter of wordt opnieuw ingesloten. Voor inwoners die op basis van een justitiële titel zorg ontvangen, is de regie strakker geregeld en maken professionals afspraken wie wat wanneer doet. Daarnaast vindt op structurele basis terugkoppeling plaats (ook met betrokken inwoner) hoe het zorg- ondersteuningstraject verloopt.

Bij andere complexe casussen waar (ineens) veel zorg en ondersteuning nodig is, spreken de professionals af welke partij de regie heeft. Voor inwoners die overlast veroorzaken, die andere mensen een onveilig gevoel geven of waar mensen zich zichtbaar zorgen over maken (vanwege specifiek gedrag of bijvoorbeeld een vervuilde woning) zijn er in Arnhem coördinatie/overleg tafels, zoals het Overlast- en Zorg Overleg.

Bij complexe casussen waar (ineens) veel zorg en ondersteuning nodig is, spreken de professionals af welke partij de regie heeft. Een voorbeeld waar zorg opgeschaald wordt en er afspraken worden gemaakt is als de Overlast en zorgcoördinator in de wijk contact zoekt met wijkteam en de politie om een inwoner die acute hulp nodig heeft te benaderen. Het sociaal wijkteam wordt in het nieuwe convenant (2020) aangesloten bij het OZO.

Als er geen grote knelpunten zijn dan wordt meestal niet uitgesproken wie de regie heeft. Voor inwoners die vrijwillig hulp zoeken en voor zorgmijders ligt er een risico dat er te weinig regie zit op de voortgang van het herstel. Terwijl er juist ook in deze doelgroep problemen kunnen ontstaan waardoor er ineens met spoed aandacht nodig is.

Een goed voorbeeld van een concrete oplossing: in een positief hersteltraject van een inwoner belegde het wijkteam een waakvlamfunctie/monitoring bij een Wmo-aanbieder met minimale uren. Zo werd er een vinger-aan-de-pols gehouden en kon terugval tijdig opgemerkt worden.

Oorzaken van te weinig afspraken en coördinatie

In de praktijk wordt ervaren dat de grote hoeveelheid aan aanbieders de samenwerking bemoeilijkt. Ze wijzen naar elkaar. Dit blijkt ook uit de antwoorden op de casuïstiekvragen. Veel partijen zien het sociaal wijkteam of de ggz als regiehouder, maar zij wijzen ook naar elkaar of naar andere organisaties. Professionals in Arnhem stemmen zorg en ondersteuning af in multidisciplinaire overleggen het liefst samen met de inwoner. Deze blijken moeilijk te organiseren omdat agenda's niet matchen. Het gebeurt dan ook vaak per mail.

Bij casuïstiek waar het niet uitgesproken is wie de regie heeft, ligt de regie bij het sociaal wijkteam. De wijkteams zijn door de gemeente ingehuurd en functioneren als een zelfstandige stichting. Zij bepalen zelf op welke manier zij hun opdracht invullen en hun werkwijze. Regie voeren vraagt coördinerende taken zoals het samenbrengen van het beeld over de inwoners, het netwerk in kaart brengen en deze samenbrengen voor overleg over het te volgen pad. Maar met zoveel inwoners in hun caseload kunnen zij niet voor iedereen regie voeren. Hoewel de gemeente overleg heeft met het wijkteam over hun werkzaamheden, wordt van het wijkteam verwacht dat zij deze knelpunten zelf oplost.

Aanbevelingen aan de gemeente en betrokken (zorg)organisaties

1. Zet de inwoner met (eerder) verward gedrag in het herstelproces centraal, door:

- te zorgen voor een breed gedeelde *visie* op een integrale persoonsgerichte aanpak van herstel.⁷ Behandeling en begeleiding moeten daarbij meer in elkaar schuiven met de nadruk op herstel in brede zin (kijk naar alle leefgebieden). Stel als gemeente met Wmo-aanbieders en zorgorganisaties als ggz en RIBW de gedeelde visie en benodigde *randvoorwaarden* vast;
- ervoor te zorgen dat in die visie en uitvoerend beleid meer aandacht komt voor de zorgvrager die als zelfredzaam wordt ingeschat en voor de zorgmijder. Door hen tijdig passende zorg en ondersteuning te bieden kan voorkomen worden dat problemen escaleren waardoor duurdere zorg nodig is.
- ervoor te zorgen dat partijen sociaal domein breed *weten* wat wordt verstaan onder een integrale persoonsgerichte aanpak en wat hun (regie)rol, bevoegdheden en verantwoordelijkheden daarbij zijn.

2. Ondersteun bij het herstelproces betrokken partijen in het sociaal domein, door:

- te zorgen voor een overzicht van het aanbod dat professionals en inwoners kunnen bekijken. Het gaat om een overzicht van aanbieders van zorg en ondersteuning in de regio en om inzicht in elkaars werkwijzen en de kwaliteit van het aanbod;
- als gemeente meer te sturen op de kwaliteit van Wmo- en zorgaanbieders. Meer en intensiever toezicht draagt bij aan het inzicht in de kwaliteit van het aanbod⁸;
- de opdracht aan en de uitvoering door het sociaal wijkteam te evalueren⁹;
- Organiseer dat professionals expliciete afspraken maken over regie, de waakvlamfunctie en (warme) overdracht ten behoeve van continuïteit van de zorg en ondersteuning. Ook voor inwoners die vrijwillig hulpvragen of zorg mijden.

3. Investeer gezamenlijk (gemeente en zorgorganisaties¹⁰) in de professionals zodat ze beschikken over:

- tijd voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de inwoner, die zorg en ondersteuning nodig heeft, voor het beter/meer kunnen betrekken van naasten;
- expertise in de omgang met de doelgroep, zodat ook zorg- of ondersteuningsbehoefte integraal beter in kaart kan worden gebracht.¹¹

Die gezamenlijke investering levert herstelgerichte zorg en ondersteuning op. Dit geldt voor de inwoner die om vrijwillige hulp vraagt, maar ook voor acute zorg, zorg in een justitieel kader en de zorg mijdende inwoner.

⁷ In aansluiting op de toezichtactiviteiten van de IGJ en de NZA benadrukt TSD hier nogmaals dat ook de zorgverzekeraar hierbij betrokken moet zijn.

⁸ Zie ook Brief aan Tweede Kamer d.d. 10 februari 2020 over Contractering, toeleiding, rechtmatigheid en toezicht in de Wmo

⁹ Zie ook het rapport basisfuncties, KPMG in opdracht van het ministerie van VWS.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/09/30/basisfuncties-voor-lokale-teams-in-kaart-de-route-en-componenten-onder-de-de>

¹⁰ Zorgverzekeraars spelen hierbij een belangrijke rol. Zie ook rapportages van Toezicht op de ambulante ggz van de IGJ.

¹¹ Ervaringsdeskundigen adviseren bovendien om dit zoveel mogelijk gezamenlijk (met meerdere organisaties) te doen om van elkaar te leren kennen en te leren van elkaars blik/perspectief op de inwoner.

Bijlage 1: Aanpak van het onderzoek en overzicht deelnemende organisaties

Het onderzoek in Arnhem bestond uit verschillende onderdelen:

Documentenstudie

Om inzicht te krijgen in de Arnhemse werkwijze rond zorg en ondersteuning aan de doelgroep is eerst een documentstudie uitgevoerd. Bovendien is er op basis van deze documentstudie en in overleg met de gemeente voor gekozen om het onderzoek uit te voeren in de wijken Klarendal/St. Marten en Schuytgraaf/Elderveld.

Vignettenonderzoek

Om inzicht te krijgen in het handelen van professionals in de wijken is aan de hand van vignettenonderzoek informatie opgehaald. Hierbij hebben professionals (inclusief ervaringsdeskundigen) van verschillende organisaties schriftelijk vragen beantwoord over vier fictieve casussen (vignetten). Elke casus verschilde op de leefgebieden die onderdeel zijn van herstel. De antwoorden zijn geanalyseerd per wijk en per casus.

(Groeps)interviews

In beide wijken heeft TSD de uitkomsten besproken in een focusgroep met de betrokken professionals. Hier is dieper in te gaan op de werkpraktijk in de twee wijken en is de informatie uit de vignetten verrijkt. Deze bevindingen zijn nog aangevuld met interviews met de beide wijkteams. Om de ervaringen van de kwetsbare burger beter in beeld te brengen sprak TSD met ggz-ervaringsdeskundigen en cliënten/vertegenwoordigers van cliënten.

Reflectie op voorlopige conclusies

Met een groep ervaringsdeskundigen en met een vertegenwoordiging van de organisaties op tactisch/strategisch niveau heeft TSD gereflecteerd op het totaalbeeld van de uitkomsten.

Deelnemende organisaties

- Buurtcirkel (onderdeel van RIBW AVV)
- Di-Rumah (Wmo)
- Driestroom/driekracht (Wmo)
- Huisartsenpraktijk Klarendal
- Huisartsenpraktijk Arts en Zorg Schuytgraaf
- Iriszorg verslavingszorg (ggz)
- Neocura BV (Wmo)
- NextArnhem (Wmo)
- Politie
- Portaal (woningbouw)
- Reclassering Iriszorg
- Pro Persona (ggz)/ incl. het FACT
- Reclassering Leger des Heils
- Reclassering NL
- RIBW AVV (begeleid en beschermd wonen)
- Rijnstad (OZO) welzijnswerk
- Siza (Wmo)
- Sociaal wijkteam
- Stichting 4 Your Care (Wmo en forensische zorg)
- Thuiszorg Evital (Wmo)
- UWV
- Vitale Verbindingen (platform ervaringsdeskundigen)
- Vivare (woningbouw)
- Volkshuisvesting
- Werk en inkomen gemeente Arnhem
- Woonzorgnet (begeleid en beschermd wonen)
- Zorgbelang inclusief (ervaringsdeskundigen)