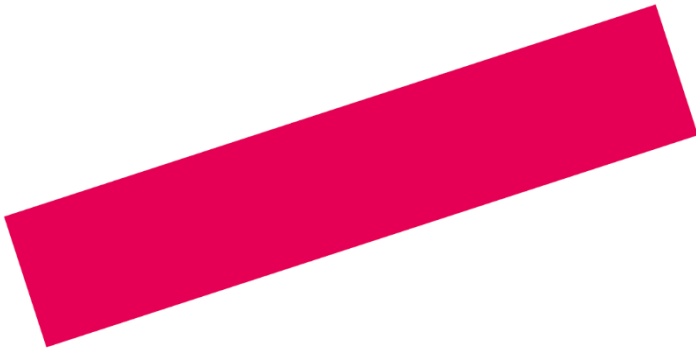


VOORBIJ DE PROEFTUIN: NIJMEGEN DUKENBURG EN TIEL_

Karin van Montfoort-De Rave, Tjeerd Schatorjé en Bauke Koekkoek
mei 2021



Colofon

Auteurs:

Karin van Montfoort-de Rave, MANP, docent-onderzoeker Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Tjeerd Schatorjé, MSc., docent-onderzoeker Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Onder leiding van dr. Bauke Koekkoek, lector lectoraat Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving

In opdracht van Leonie Braks, senior-beleidsmedewerker gemeente Nijmegen. Dit onderzoek kwam tot stand dankzij de door ZonMw verstrekte subsidie voor het project 'Geïntegreerde GGZ in de wijk: twee proeftuinen in Gelderland-Zuid'.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	5
Resultaten	5
Aandachtspunten	7
Aanbevelingen	8
Methodologische kanttekeningen	8
1 INLEIDING	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 De ontwikkeling van de WijkGGZ: van Taskforce tot pilotteam	9
1.2.1 Uitgangspunten proeftuinen WijkGGZ	10
1.2.2 Toekomst: regiobrede uitrol teams WijkGGZ	11
1.3 Onderzoek	11
1.3.1 Aanleiding	11
1.3.2 Plan van onderzoek	11
1.4 Theoretische verkenning van andere WijkGGZ initiatieven	14
1.5 Leeswijzer	17
2 METHODE	18
2.1 Onderzoeksdesign	18
2.1.1 Operationalisering van het onderzoek	18
2.2 Opzet van het onderzoek	20
2.2.1 Inleiding	20
2.2.2 Observaties teamoverleg en huisbezoeken	20
2.2.3 Semi-gestructureerde individuele interviews bewoners	21
2.2.4 Focusgroepen	21
2.2.5 Semi-gestructureerde individuele interviews teamleden	22
2.2.6 Semi-gestructureerde individuele interviews bestuurders	23
2.2.7 Semi-gestructureerde individuele interviews ketenpartners	23
2.3 Data-analyse	24
3 RESULTATEN	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Strategy	27
3.3 Structure	43
3.4 Systems	45

3.5	Staff	57
3.6	Style	62
3.7	Skills	66
3.8	Shared Values.....	69
3.9	Overige inzichten	71
4	CONCLUSIE, KANTTEKENINGEN EN AANBEVELINGEN	75
4.1	Beantwoording deel- en hoofdvragen	75
4.1.1	Bewoner	75
4.1.2	Proces	77
4.1.3	Systeem	79
4.2	Kritische inhoudelijke kanttekeningen.....	83
4.3	Methodologische kanttekeningen bij het onderzoek.....	85
4.4	Aanbevelingen	86
	LITERATUUR.....	89
	BIJLAGEN.....	91
	Bijlage 1: Begeleidingscommissie Wijkggz	92
	Bijlage 2: Interviewleidraad Bewoners	93
	Bijlage 3: Interviewleidraad Focusgroep Dukenburg	95
	Bijlage 4: Interviewleidraad Focusgroep Tiel	98
	Bijlage 5: interviewleidraad Interviews Teamleden Dukenburg	101
	Bijlage 6: Interviewleidraad Interviews Teamleden Tiel	104
	Bijlage 7: Interviewleidraad Bestuurders.....	106
	Bijlage 8: Interviewleidraad Ketenpartners.....	109
	Bijlage 9: Respondenten	111
	Bijlage 10: Formatie teams WijkGGZ 2019-2021	112

SAMENVATTING

In Nijmegen Dukenburg en Tiel zijn in januari 2019 twee pilotteams WijkGGZ gestart. De twee gemeenten en de instellingen Pro Persona, Iriszorg, Pluryn en RIWB Nijmegen en Rivierenland hebben een multidisciplinair team afgevaardigd bestaande uit professionals en ervaringsdeskundigen.

Doelstelling van de Wijk GGZ is: vroege herkenning van psychische kwetsbaarheid en passende ondersteuning aan mensen met chronische ernstige psychische aandoeningen, door snelle en juiste interventies op alle leefgebieden (multidisciplinair en integraal), individueel en/of in groepsverband.

Onderdeel van de pilot was een evaluatief onderzoek door het lectoraat Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving van de HAN, waarvan in deze rapportage de uitkomsten te lezen zijn.

De hoofdvraag luidde:

Wat gebeurt er in de WijkGGZ en wat is de waarde van de aanpak van de WijkGGZ volgens betrokkenen, zowel op het niveau van de individuele cliënt (= bewoner), de samenwerking rond de bewoner (= proces), als in en rond het zorgsysteem (= systeem)?

Het onderzoek werd uitgevoerd tussen september 2020 en mei 2021. Het voorgenomen plan van aanpak voor dit onderzoek moest worden bijgesteld, aangezien gedurende de pilotperiode WijkGGZ weinig tot geen kwantitatieve data was bijgehouden door de teams. Hierdoor was er onvoldoende basis om zicht te krijgen op bv. tevredenheid van bewoners, aantallen aanmeldingen, duur van begeleiding, type hulpvragen en doorverwijzingen. Bijstelling resulteerde in een kwalitatief onderzoek onder betrokken partijen WijkGGZ (bewoners, teamleden, bestuurders, ketenpartners) door middel van individuele interviews, observaties, literatuurstudie, casusbeschrijvingen en focusgroepen om zicht te krijgen op het bewoner-, proces- en systeemniveau.

Resultaten

Er heerst bij alle betrokken partijen enthousiasme over (de potentie van) WijkGGZ. Teamleden zijn tevreden over de focus op de wijkbewoner in hun werk, waarbij als onnodig ervaren registratielast niet aan de orde is.

Oprichting en visie

Bij de oprichting van WijkGGZ-teams is actiegericht gestart, waarbij de samenstelling van de WijkGGZ-teams vanuit pragmatische overwegingen tot stand kwam. Voorafgaand werden geen functieprofielen opgesteld of besluitvormingsprocessen in de teams, en tussen de teams en aansturende laag, beschreven. Gaandeweg zijn deze zaken organisch tot stand gekomen. Een overkoepelende visie is vooraf, en tijdens de pilot, niet geformuleerd. Betrokkenen refereren in interviews wel aan de visie, maar zijn niet eenduidig in wat deze concreet inhoudt.

Laagdrempelig en vraaggericht

Doordat WijkGGZ DBC- en beschikkingsvrij werkt, ervaren teamleden de ruimte om flexibel en vraaggericht te handelen in het behandelen en begeleiden van wijkbewoners. Ketenpartners waarderen het eenvoudig kunnen aanmelden van bewoners bij de teams, zonder hiervoor vele administratieve handelingen te hoeven verrichten. Daarnaast is het werken zonder wachtlijst van meerwaarde. Hierdoor kunnen wijkbewoners geholpen worden op het moment dat hun vraag urgent is. De verwachting van betrokkenen is dat dit snelle ingrijpen verergering van klachten kan voorkomen en doorverwijzingen naar de tweede lijn kan verminderen.

Methodisch handelen

Het methodisch handelen in de praktijk wijkt amper af van hoe teamleden gewend zijn te werken, of van anderssoortig wijkgericht GGZ-aanbod. De teams WijkGGZ kunnen snel en laagdrempelig in actie komen, waarbij het vraaggerichte werken bij complexere casussen zowel door teamleden, gesproken bewoners en ketenpartners als waardevol wordt gezien. Er wordt ingegaan op het verhaal en de behoeften van bewoners, waardoor gelijkwaardigheid in het contact versterkt lijkt te worden. Het ervaringsdeskundig perspectief heeft waarde in het leggen van contacten. De duur, de inhoud en de intensiteit van de begeleiding door WijkGGZ wordt organisch afgestemd op de wensen van de bewoner.

De combinatie van herstelondersteunende kennismaking, het gebruik van de actieleercyclus tijdens casuïstiekbesprekingen, het bieden van zowel behandeling als begeleiding en het “in the lead” plaatsen van ervaringsdeskundigen zijn minder geijkte elementen die WijkGGZ in Tiel en Nijmegen onderscheidt van ander wijkgericht GGZ-aanbod. Daarbij verdient de inbedding van deze elementen nog wel aandacht. De agenda’s van de aanwezige ervaringsdeskundigen stromen bijvoorbeeld snel vol, waardoor deze niet altijd betrokken kunnen worden bij (het eerste contact in) casuïstiek.

Het is voor verwijzende instanties nog niet helder welke in- en exclusiecriteria gehanteerd worden voor verwijzing naar WijkGGZ. De teams noemen diverse criteria; nadere uitwerking hiervan, en overeenstemming hierover, zou kunnen leiden tot een duidelijkere positionering van WijkGGZ binnen het bestaande (wijk-, begeleidings- en zorg-)aanbod. De matching tussen teamlid en bewoner ontstaat vanuit verschillende criteria. Ruimte in de agenda is daarbij belangrijk, naast het hebben van een klik.

Preventie

Aandacht voor universele en selectieve preventie sluit aan bij de doelen van WijkGGZ. De teams hebben ideeën hiervoor, maar deze zullen nog nader uitgewerkt moeten worden. Het consequent inbedden van preventie in het takenpakket van teamleden is van belang om een continue preventieve inzet te realiseren.

Samenwerkingsprocessen

De samenwerking tussen teamleden onderling kan worden gekenschetst als informeel en gelijkwaardig. Daarbij zijn samenwerkingswerkprocessen organisch tot stand gekomen. Aanmeldingen bij WijkGGZ verlopen grotendeels via (dezelfde) ketenpartners; bewoners lijken WijkGGZ nog niet zelf te vinden en het netwerk van doorverwijzende ketenpartners mag nog uitgebreid worden. De korte lijnen tussen WijkGGZ-teamleden en ketenpartners worden beiderzijds gewaardeerd, en dit leidt tot betere samenwerking. Teamleden ervaren afstand tot de aansturende laag (projectgroep), bestuurders omschrijven de samenwerking met de teams juist als bottom-up en met korte lijnen.

Professionalisering

Duidelijke samenwerkingsafspraken met ketenpartners en een grotere bekendheid van het aanbod, met professionele communicatiemiddelen als een website, een algemeen telefoonnummer en professioneel mailadres, kunnen bijdragen aan de professionalisering van WijkGGZ. Daarbij is ook het hebben van een elektronisch rapportagesysteem (patiëntendossier), een belangrijk gemis geweest tijdens de pilotfase. In het primaire proces is er hierdoor sprake van een kwetsbare situatie, doordat bewonergegevens niet voor alle teamleden te raadplegen zijn op één centrale plek. Dit leidt daarnaast tot het missen van kerngegevens ten behoeve van monitoring. Aandachtspunt is wel dat het vergroten van de registratielast ten koste zou kunnen gaan van de beschikbare tijd en aandacht voor het primaire proces richting bewoners. Dat wordt door zowel teamleden als bestuurders erkend, en over hoe en hoeveel te registreren zouden in onderlinge dialoog afspraken gemaakt kunnen worden.

Bij de uitbreiding van teams WijkGGZ is het waarborgen van het flexibel en vraaggericht werken zonder wachtlijst en met ruimte voor preventieve activiteiten van belang. Het risico bestaat dat, indien deze karakteristieke elementen niet zeker gesteld worden, het onderscheidend karakter van WijkGGZ op termijn beperkt zal zijn.

Aandachtspunten

- DBC-/beschikkingsvrij werken creëert de ruimte om in het primaire proces flexibel aan te sluiten bij de hulpvragen van bewoners. Indien DBC-/beschikkingsvrij werken niet geborgd kan worden, is het de vraag of het onderscheidend vermogen van WijkGGZ ten opzichte van andere wijkgerichte GGZ-initiatieven behouden blijft.
- De werving en samenwerking met ketenpartners is weinig planmatig vorm gegeven.
- Er is geen duidelijk (functie)profiel opgesteld waar een WijkGGZ-professional aan zou moeten voldoen.
- De beschikbaarheid van voldoende ervaringsdeskundigen blijkt problematisch.
- De teams en de projectgroep ervaren de aansturing en onderlinge samenwerking verschillend.
- De projectgroep heeft veel wisselingen in samenstelling gehad, en betrokken bestuurders hebben niet altijd dezelfde ideeën over de voortgang, omvang en koers van WijkGGZ.

- De gezamenlijke visie heeft zich nog niet vertaald naar een concrete beschrijving van werkwijze, organisatie en inhoud van het aanbod van WijkGGZ, die overgedragen kan worden aan nieuw op te starten teams.
- Er is – mede door de COVID-19-uitbraak - weinig ruimte geweest voor teamontwikkeling.

Aanbevelingen

- Duidelijker definiëren van in- en exclusiecriteria.
- Uitvoeren van een wijkanalyse (populatiegrootte, problematieken, zorg- en welzijnsaanbod) voorafgaand aan oprichting nieuwe WijkGGZ teams.
- Hanteren van een elektronisch rapportagesysteem (patiëntendossier) voor bewonergegevens.
- Opzetten van een (registratie)systeem waarin de contacten met ketenpartners, inclusief contactpersonen overdraagbaar en inzichtelijk worden gemaakt.
- Concretiseren welke interventies gericht zijn op het bieden van behandeling, evenals duidelijker uitwerken welke vormen van behandeling wél, maar ook welke niet worden uitgevoerd.
- Het hebben van een gedeelde visie, die voldoende geconcretiseerd is naar het handelen op de werkvloer.
- Binnen de teams mag er meer aandacht zijn voor een werkwijze om tijdens de teamoverleggen casuïstiek gestructureerd te bespreken.
- Duidelijke afspraken maken met ketenpartners over terugkoppeling voorafgaand, gedurende en na afloop van begeleiding door WijkGGZ.
- Het goed uitwerken van teamdoelstelling en bijbehorend aanbod op het gebied van preventie.

Methodologische kanttekeningen

Het huidige onderzoek dient met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Op het niveau van de bewoner konden er (mede door de COVID-19-maatregelen) slechts twee interviews met bewoners afgenomen worden. Daarnaast is er mogelijk sprake van selectiebias van respondenten. Tot slot hebben parallelle processen, zoals opschaling van het aantal WijkGGZ-teams, mogelijk antwoorden van betrokkenen gekleurd.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Sinds 2018 hebben alle gemeenten de opdracht om een goed werkende en sluitende aanpak voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en (een risico op) verward gedrag te hebben. In Gelderland-Zuid is daarvoor medio 2015 het project 'Netwerkontwikkeling rond mensen met een psychische kwetsbaarheid' opgericht. Vanuit dit project is de Taskforce EPA Nijmegen en Rivierenland in 2017 ontstaan. Doel van deze taskforce was het formeren van een aantal proeftuinen waarbinnen een goed werkende sluitende aanpak gerealiseerd werd. De proeftuinen in het ambulante veld kregen vorm door het project 'geïntegreerde GGZ in de wijk'. In Nijmegen en Tiel is in januari 2019 gestart met de twee proeftuinen. Sinds eind 2019 zijn er twee operationele pilotteams wijkGGZ (Nijmegen Dukenburg en Tiel). De centrale doelstelling van deze pilotteams is 'vroeg herkenning van psychische kwetsbaarheid en passende ondersteuning aan mensen met chronische ernstige psychische aandoeningen, door snelle en juiste interventies op alle leefgebieden (multidisciplinair en integraal), individueel en/of in groepsverband' (Berkvens & Braks, 2019). In juni 2020 is het evaluatierapport 'Geïntegreerde GGZ in de wijk' verschenen (Berkvens, 2020), waarin proces- en productresultaten van het project beschreven zijn. Deze behaalde resultaten zijn gebaseerd op praktijkervaringen en basale monitoring, verder onderzoek naar een onderbouwing voor deze resultaten heeft nog niet plaatsgevonden. Onderdeel van de ZonMW subsidie waarmee het project geïntegreerde GGZ in de wijk gefinancierd is, is een onderzoek door het lectoraat Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving (OZS) van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Dit onderzoek is uitgevoerd door twee onderzoekers, onder leiding van dr. Bauke Koekoek, in de periode september 2020 – mei 2021. In voorliggend rapport worden de uitkomsten van dit onderzoek beschreven.

1.2 De ontwikkeling van de WijkGGZ: van Taskforce tot pilotteam

In de proeftuinen is gestart met ambulante multidisciplinaire teams, bestaande uit ervaringsdeskundigen, ambulant begeleiders en (sociaal) psychiatrische verpleegkundigen. In het plan van aanpak GGZ in de wijk (Berkvens & Braks, 2019) is beschreven dat bij aanvang van de proeftuinen gestart is met drie ervaringsdeskundigen van de betrokken organisaties (IrisZorg, Pro Persona, Pluryn en RIBW), vier sociaal psychiatrisch verpleegkundigen van FACT Pro Persona, twee ambulant begeleiders en een behandelaar van FACT IrisZorg (verslaving), twee ambulant begeleiders van de RIBW en een ambulant begeleider van Pluryn (LVB). Deze professionals vormden samen het WijkGGZ-netwerk, geconcretiseerd in twee teams WijkGGZ: Tiel en Dukenburg. Om de implementatie van de proeftuinen vorm te geven en te begeleiden, is een projectcoördinator aangesteld. Zij heeft de teams tot juni 2020 begeleid bij het opzetten, ontwikkelen en doorontwikkelen van WijkGGZ. In deze ontwikkeling is bewust gekozen voor een vrije benadering, waarbij co-creatie

centraal stond. Co-creatie is een lerende veranderingstrategie, waarbij het draait om de cyclische processen van doen, bezinnen, denken, beslissen en weer doen (Wierdsma & Swieringa, 2002). De uitgangspunten van co-creatie zijn:

- Verandering begint bij jezelf en bij de keuzes van waaruit je handelt
- Luister naar wat er uit het werkveld komt en handel ernaar
- Leer vanuit de huidige werkelijkheid en niet vanuit bekende patronen uit het verleden

In de proeftuinen is dit uitgewerkt in een iteratief proces, waarbij de focus steeds op het proces op zich lag, gebaseerd op actie-leerervaringen. Er werd niet gewerkt vanuit een vooropgezet uitgewerkt plan met concrete doelen en vaststaand eindresultaat, maar met een structuur waarin maandelijks een reflectiecyclus werd doorlopen. De inhoud, het proces en de resultaten werden in deze structuur uiteengerafeld (Berkvens & Braks, 2019). De veranderopgave waarmee de teams aan de slag gingen was het aansluiten bij de vitaliteit in de wijken, samen met elkaar en andere netwerkpartners (Berkvens, 2020). Om deze opgave te realiseren, werd het noodzakelijk geacht los te komen van 'kaders' en vaste structuren. Een vooraf geformuleerde missie en visie waren niet aanwezig, evenmin waren uitgewerkte documenten waarin teamsamenstelling, werkwijze en organisatorische aspecten beschreven stonden voorhanden. In het proces van co-creatie kan de koers veranderen door het constant afstemmen en bijstellen. In het evaluatierapport 'Geïntegreerde GGZ in de wijk' (Berkvens, 2020) wordt beschreven dat de keuze om de teams, en het ontwikkelproject van deze teams, op deze manier te laten groeien een geschikte vorm bleek. Inmiddels is dit leerprincipe geëvolueerd tot 'het geloof' van de pilotteams, vanwege de experimentele en reflectieve aard. Op 31 december 2020 is de pilotperiode van de proeftuinen afgerond¹.

1.2.1 Uitgangspunten proeftuinen WijkGGZ

De teams wijkGGZ beogen, zoals gezegd, psychische kwetsbaarheid bij mensen in een vroeg stadium te herkennen, gevolgd door snelle en juiste interventies op alle leefgebieden, individueel en/of in groepsverband. Vanuit deze doelstelling zijn acht uitgangspunten (Berkvens, 2020) beschreven die de wijkGGZ kenmerken, waarvan het eerste uitgangspunt randvoorwaardelijk is voor de volgende zeven uitgangspunten:

- Van GGZ verplaatsen naar GGZ veranderen
- Van medisch model naar sociaal model
- Van overnemen en overdragen naar samen doen
- Van doen wat past binnen je functieprofiel naar doen wat nodig is
- Van 'ongeveer ergens heen verwijzen' naar écht kennen van de vezels van een wijk

¹ Het onderzoek bij de teams heeft deels plaatsgevonden gedurende de pilotfase en deels in de periode daarna. Om de leesbaarheid te vergroten is ervoor gekozen om in deze rapportage voor beide periodes te spreken van teams.

- Van ervaringsdeskundigheid toevoegen aan het team naar ervaringsdeskundigheid als onderdeel van het team
- Van individuele focus naar verbinding van mensen en vragen
- Van individuele hulpverlening naar contextuele samenwerking

1.2.2 Toekomst: regiobrede uitrol teams WijkGGZ

Tijdens de laatste fase van de pilot is door de stuurgroep al gestart met de regiobrede uitrol van teams WijkGGZ, waarbij gestart is in de regio Tiel. Bij de start van de proeftuinen was het plan om door middel van een monitoring WijkGGZ tegen het licht te houden, en op basis van de uitkomsten van de monitoring besluiten te nemen voor de toekomst. Doordat de uitvoer van deze monitoring vertraging opliep door toedoen van de COVID-19-epidemie, was het besluit om te kiezen voor schaalvergroting reeds genomen voordat het huidige onderzoek (van een monitoring is door aanpassingen in de opzet geen sprake geweest) van start ging. Dit doet niet noodzakelijkerwijs af aan de relevantie van de bevindingen. Deze kunnen deels dienen als basis voor kritische reflectie, maar bovenal gedurende de uitrol alsnog meegenomen worden in de nieuw op te zetten teams.

1.3 Onderzoek

1.3.1 Aanleiding

Concrete aanleiding voor dit onderzoek is de ZonMw-subsidie voor het project geïntegreerde GGZ in de wijk, waarvan een onderzoek een onderdeel was. Oorspronkelijke plan was de evaluatie te laten starten medio 2020. Door de uitbraak van COVID-19 in het eerste kwartaal van 2020 is dit uitgesteld naar september 2020, met een looptijd tot mei 2021. Het onderzoek is uitgevoerd door twee onderzoekers van het lectoraat OZS, onder leiding van lector dr. Bauke Koekoek. Er is, waar mogelijk, gekozen voor een participerende vorm van kwalitatief onderzoek, waarin werd aangesloten op de werkprocessen in de praktijk. Een beschrijving van de methodische opzet van het onderzoek volgt in hoofdstuk 2. Gedurende het onderzoek is een begeleidingscommissie opgezet, waarin inhoudelijke overwegingen binnen het onderzoek werden besproken (bijlage 1).

1.3.2 Plan van onderzoek

Naast de door COVID-19 uitgestelde start van dit onderzoek, is ook het plan van onderzoek, zoals geformuleerd in de subsidie-aanvraag ZonMw (Berkvens & Braks, 2019) gewijzigd. Tijdens de kennismakings- en oriëntatiefase van de onderzoekers in september-oktober 2020 bleek dat het beoogde plan van onderzoek niet haalbaar was omdat enkele basisvoorwaarden voor het verzamelen van kwantitatieve data ontbreken. Kwantitatieve gegevens (persoonskenmerken, in-/uitstroom, wachttijden, gevolgen zorginzet, cliëntvragenlijsten etc.) zijn niet, of onvoldoende gestandaardiseerd

bijgehouden, waardoor het voor de onderzoekers niet mogelijk was om de monitoring zoals deze was voorgenomen, uit te voeren. Doordat er veel gegevens ontbraken, was betrouwbaar onderzoek niet mogelijk. Het was niet mogelijk om 'harde' data (zoals gegevens over wachttijd, behandelduur, duur en frequentie van contacten, afsluiting) achteraf te verzamelen. Hiervoor zou een beroep gedaan moeten worden op de herinneringen en aantekeningen van betrokken teamleden, een werkwijze die als onvoldoende betrouwbaar beoordeeld werd.

De optie om bij de start van de monitoring alsnog te starten met het bijhouden van kwantitatieve gegevens is besproken, maar ten behoeve van dit onderzoek was dit niet van meerwaarde. De verzamelde gegevens zouden slechts een klein deel van de totale groep bewoners waarmee WijkGGZ gewerkt heeft gedurende de pilot vertegenwoordigen, en daarmee niet representatief zijn.

Als laatste is verkend of het alsnog actief benaderen van bewoners van meerwaarde zou zijn voor het verzamelen van kwantitatieve gegevens met betrekking tot bijvoorbeeld cliënttevredenheid. Twee aspecten met betrekking tot zorgvuldigheidseisen hebben ertoe geleid dat deze onderzoeksmethode niet uitgewerkt is. Als eerste was de verwachting dat selectiebias zou optreden in de respons. Ten tweede zou vertekening optreden doordat bewoners waarbij de begeleiding langere tijd geleden is afgesloten, mogelijk meer moeite hebben om de herinneringen op te halen. Hierbij speelt daarnaast het risico dat gegeven antwoorden mogelijk gekleurd worden door de huidige situatie van de bewoner, wat de validiteit beperkt. In de oorspronkelijke opdracht werd onderzoek van de werkwijze van de pilotteams wijkGGZ Nijmegen Dukenburg en Tiel op drie niveaus omschreven:

Oorspronkelijke opdracht onderzoek:

1. Procesniveau

- Analyse naar welke (alternatieve) routes van in- en uitstroom er zijn en wat daar de effecten van zijn
- De nieuwe werkwijze en oplossingen dankzij de geïntegreerde samenwerking (kwalitatief) monitoren door middel van actieonderzoek (participatieve observatie). Tijdens de proeftuinen is dit tevens input voor aanpassingen van de werkwijze of randvoorwaarden. Ook doen we dit door reflectie op de gedragsindicatoren.

2. Cliëntniveau

- Door middel van semigestructureerde kwalitatieve interviews met cliënten en naastbetrokkenen de tevredenheid van cliënten en het netwerk meten: in hoeverre heeft het WijkGGZ-netwerk bijgedragen aan de kwaliteit van leven, aan participatie en aan het gevoel 'erbij te horen'?
- Jaarlijkse tevredenheidsenquête onder cliënten.
- I-ROC, FRI of andere vragenlijsten die al in het systeem van organisaties geborgd zijn, om te meten welk effect de ontvangen hulp heeft gehad op het persoonlijk en sociaal herstelproces van de cliënt

- Spiegelbijeenkomsten waarin gezamenlijk met betrokken partijen gereflecteerd wordt op de resultaten van de tevredenheids- en effectonderzoeken.

3. Systeemniveau

Op het niveau van het zorgsysteem was de verwachting een aantal kwantitatieve parameters in kaart te kunnen brengen om deze te vergelijken met de oude werkwijze. Het gaat dan om:

- het aantal mensen in zorg en in/uitstroom – een afgeleide indicator voor passendheid van de zorg;
- het aantal episodes SGGZ-zorgintensivering (FACT-bord, IHT, opname) – een indicator voor het ontstaan van crisis en het aanpassen van het niveau van zorgintensiteit;
- het percentage mensen met beantwoorde vragen op het gebied van werk, dagbesteding en/of welzijn;
- de samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals: reactietijden over en weer, in combinatie kwalitatief onderzoek (casuïstiek) waaruit blijkt dat 'korte lijnen' en 'laagdrempelig en snel contact' zullen leiden tot de-escalatie van problematiek en tot minder verwijzingen naar de SGGZ.

Naar analogie van deze oorspronkelijke opdracht, volgt hieronder een weergave van de aanpassingen in de onderzoeks aanpak. Deze zijn op 1 december 2020 met de begeleidingscommissie besproken en vastgesteld.

Aangepaste aanpak onderzoek:

1. Procesniveau

- Observaties van teamoverleg WijkGGZ in Nijmegen Dukenburg en Tiel, huisbezoeken en projectteamoverleg Nijmegen Dukenburg en Tiel. Indicatoren observaties: 7-S-model (McKinsey, 1981).
- Focusgroepbijeenkomsten met WijkGGZ-teams in Nijmegen Dukenburg en Tiel.
- Individuele semigestructureerde interviews met enkele teamleden.

2. Cliëntniveau

- Enkele casestudy's en verdiepende semigestructureerde interviews met bewoners². Eerder voorgenomen spiegelbijeenkomsten naar aanleiding van tevredens- en effectenonderzoek zijn niet mogelijk.

² In de GGZ wordt veelal gesproken over cliënt of patiënt. Teams WijkGGZ spreken consequent over (wijk)bewoners. In deze rapportage wordt, om de leesbaarheid te vergroten, gesproken over 'bewoners'.

3. Systeemniveau

- Semigestructureerde interviews met zowel teamleden WijkGGZ en het betrokken projectteam (zowel werkvloer, operationeel als bestuurlijk niveau).
- Semigestructureerde interviews met samenwerkingspartners

NB: De verwachting is dat ook de eerder genoemde casestudy's gegevens opleveren om op kwalitatief niveau uitspraken te doen over het systeemniveau.

Beoogde uitkomst van deze aangepaste aanpak is een gedetailleerde beschrijving van werk- en sturingsprocessen van de proeftuinen wijkGGZ in Nijmegen Dukenburg en Tiel op basis van observaties, casestudy's en interviews met betrokken bestuurders, teams en individuele teamleden.

Onderzoeksvraag

Wat gebeurt er in de WijkGGZ en wat is de waarde van de aanpak van de WijkGGZ volgens betrokkenen, zowel op het niveau van de individuele cliënt (= bewoner), de samenwerking rond de bewoner (= proces), als in en rond het zorgsysteem (= systeem)?

1.4 Theoretische verkenning van andere WijkGGZ initiatieven

De opzet van WijkGGZ pilot-teams in Nijmegen Dukenburg en Tiel kan niet los worden gezien van bredere ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Om de ontwikkelingen in Nijmegen Dukenburg en Tiel in een breder kader te plaatsen, wordt hier een (niet alles omvattende) literatuurverkenning weergegeven over landelijke, wijkgerichte ontwikkelingen binnen de GGZ.

Al bijna tien jaar wordt in de Nederlandse GGZ ingezet op psychische hulp buiten de muren van de instelling. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ (2012) werd afgesproken om de intramurale ggz-capaciteit af te bouwen en tot 2020 terug te brengen tot twee derde van de capaciteit van 2008. Tegelijkertijd moesten de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, worden uitgebreid en verbeterd. In het proces van ambulantisering zijn indicaties dat het ambulante aanbod zich niet ontwikkelt richting (de gewenste) integrale zorg en ondersteuning, maar meer de bekostigingskaders volgt (Van Hoof et al., 2016). FACT-teams beperken zich steeds meer tot de SGGZ in plaats van ook gebruik te maken van generalistische basis GGZ, en van Wmo-financiering gebruik te maken. In het land wordt wel op diverse plekken geëxperimenteerd met gecombineerd gefinancierde teams, WijkGGZ is één van de voorbeelden van zo'n team.

Sinds de opkomst van ACT- en FACT-team rond de eeuwwisseling, zijn er vele nieuwe organisatiemodellen en inhoudelijke werkmethodeken geïntroduceerd en geïmplementeerd in het ambulante werkveld. Intensive Home Treatment (IHT), Individuele Plaatsing en Steun (IPS) en Active recovery in the Triad (ART) zijn enkele voorbeelden. Parallel aan deze ontwikkelingen hebben de herstelbeweging en cliënten- en familieorganisaties meer invloed gekregen. Het uitgaan van de eigen

kracht en eigen regie van de cliënt, en het laten participeren van het systeem bij herstel krijgt een steeds prominenter plaats in het gedachtegoed over ambulante GGZ. Begrippen uit de positieve gezondheid en positieve psychologie, zoals *veerkracht*, *weerbaarheid*, *gelijkwaardigheid* en *wederkerigheid* worden op steeds meer plaatsen geformuleerd als uitgangspunten bij het werken met cliënten. Deze veranderde waarden vragen ook om een andere inrichting en bekostiging van de zorg én een andere houding en attitude van de ambulant hulpverlener.

Mulder et al. (2020) hebben een kader geschetst hiervoor, waarin beschreven wordt hoe vanuit deze veranderde waarden en met gebruikmaking van de nieuw ontwikkelde methodieken en werkmodellen de zorg en samenwerking met (en rondom) de cliënt en het systeem ingericht kan worden. Het kader, netwerkpsychiatrie, heeft tot doel bij te dragen aan succesvolle ondersteuning van de veerkracht en het herstel van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen (EPA), en daarnaast bij te dragen aan het verminderen van vaak met elkaar samenhangende problemen op het gebied van psychiatrie, verslaving, somatiek en het sociaal functioneren (Mulder et al., 2020). De geformuleerde principes van waaruit netwerkpsychiatrie beschreven is, zijn ontleend aan het rapport *Over de brug* (Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014), dat op hoofdlijnen contouren schetst om herstel te bevorderen voor de EPA-doelgroep.

De bouwstenen van netwerkpsychiatrie zijn:

1. Werken vanuit één visie op herstel en positieve gezondheid door het hele netwerk van voorzieningen heen.
2. Regie bij de cliënt, gezamenlijke besluitvorming: 'niets over ons, zonder ons'.
3. Langdurige en directe samenwerking met naasten.
4. Rekening houden met kwetsbaarheid en stimuleren van veerkracht van cliënten en zijn naasten.
5. Sectoroverstijgende samenwerking tussen het medisch (somaatich, psychiatrisch) en het sociaal domein:
 - a. op het niveau van de burger met kwetsbaarheid en zijn naasten (microniveau);
 - b. op het niveau van teams (mesoniveau);
 - c. op het niveau van instellingen en voorzieningen (macroniveau);
 - d. met daarbij het bevorderen van de dialoog en ruimte voor de verschillende perspectieven van de deelnemers in het netwerk.
6. Bieden van continuïteit van zorg, informatie en ondersteuning door het netwerk heen:
 - e. in een toegankelijk netwerk aan formele voorzieningen;
 - f. door het organiseren van een flexibel, stevig (in)formeel direct netwerk om de cliënt heen, bijvoorbeeld in de vorm van resourcegroepen: het microsysteem;
 - g. cliënten, naasten, GGZ en sociaal domein trekken samen op, waardoor uitwisseling van informatie en ervaringen eenvoudiger wordt (Mulder et al., 2020).

Vanuit deze bouwstenen wordt de hulpverlening zo veel mogelijk dichterbij, dus in de wijk geboden. Hierbij staat bereikbaarheid voorop, en is er ruimte voor functies als ambulante behandeling, crisiszorg, (woon)begeleiding, trajectbegeleiding en andere rehabilitatie-interventies, en wordt er gebruik gemaakt van virtuele netwerken (Mulder et al., 2020). Voorwaarden voor succesvolle implementatie worden als volgt geformuleerd (ontleend aan Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014, uit Mulder et al., 2020):

- Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties dienen flexibel te kunnen worden benut en bereikt (op- en afschalen) door mensen uit de doelgroep (en hun naasten) die deze functies voor kortere of langere tijd nodig hebben, ongeacht de achterliggende bekostigingsstructuur;
- Netwerkpartners (inclusief ervaringsdeskundigen en naasten) werken nauw samen op het niveau van de cliënt. Deze samenwerking is gericht op een integrale benadering van problemen (beperkingen) en ontwikkelingsmogelijkheden (kansen);
- Herstelondersteunend én evidence-based werken gaan hand in hand. Housing First en IPS bijvoorbeeld, zijn goede evidence-based praktijken om mensen met ernstige psychische aandoeningen te helpen aan respectievelijk een huis en werk, en deze interventies zijn beschikbaar wanneer nodig.

Ten slotte wordt ook de Herstelondersteunende Intake (HOI) benoemd als praktisch startpunt van de hulpverlening (Mulder et al, 2020).

Over het daadwerkelijke effect van GGZ-initiatieven in de wijk, waarbij (een greep uit de) principes zoals hierboven beschreven centraal staan, is relatief weinig bekend. In een publicatie van Van der Meulen (2017) wordt een selectie weergegeven van diverse initiatieven die zich in nabijheid richten op de burger in psychische nood. Effecten op toe- of afname van zorgvragen blijken echter weinig beschreven. Een zeer kleine studie biedt voorzichtige aanwijzingen voor afname aan zorgbehoefte bij bewoners, en tevredenheid over de aanpak van een GGZ in de wijk-aanpak (Planije, Lempens & Michon, 2018). In Zeist is een GGZ in de Wijk-project waarover positieve verhalen zijn opgetekend vanuit bestuurlijk perspectief en teamleden (Vereniging Nederlandse Gemeenten, z.d.; ZonMw, z.d.). Laagdrempelige consultatie zou hebben geleid tot voorkomen van onnodige escalatie in casuïstiek of snellere stabilisatie. De inzet van ervaringsdeskundigen wordt als grote meerwaarde gezien, doordat zij andere professionals leren anders te kijken en denken (Vereniging Nederlandse Gemeenten, z.d.). Uit een rapport van Van Eijkel, Gerritsen en Vermeulen (2019), waarbij het effect van de inzet van wijkteams op het Wmo-zorggebruik nader werd bekeken, bleek dat de inzet van sociale (wijk)teams leidde tot een stijging van het aantal cliënten (met 14%) in een Wmo-maatwerktraject. Uiteraard is een sociaal wijkteam een andere organisatievorm dan waar in dit huidige onderzoek op ingezoomd wordt. Wel zijn er enkele parallele mechanismen te onderkennen. Het doel om oplossingen te bieden dicht bij een cliënt, zoals een sociaal wijkteam nastreeft, bleek in het onderzoek door Van Eijkel, Gerritsen en Vermeulen (2019) te leiden tot een toename van duurdere vormen van ondersteuning. De verklaring

werd gezocht in de achtergrond van de indicatiesteller, waarbij teamleden met een zorgachtergrond sneller verwijzen naar de tweede lijn dan iemand met een ambtelijke achtergrond. Ook speelt mogelijk een financiële prikkel (vergoeding per cliënt) mee om te verwijzen naar een moederinstelling. Een derde verklaring is dat outreachende teams meer verborgen problematiek op het spoor lijken te komen, en dat een integrale aanpak leidt tot eerder opschalen van zorg naar een maatwerkvoorziening (Van Eijkel, Gerritsen & Vermeulen, 2019). In deze studie werd enkel gekeken naar het zorgverbruik, en niet naar de cliënttevredenheid of geboekte (gezondheids)winst voor wijkbewoners en overige betrokkenen. In een peiling door Movisie (Van Arum, Broekroelofs en Van Xanten, 2020) onder gemeenten, gericht op onder meer het effect en de meerwaarde van sociale wijkteams, bleken 68% van de gemeenten aan te geven tevreden te zijn over de bijdrage van sociale wijkteams. Door betere en passende zorg werd de zelfredzaamheid van bewoners vergroot. 32% van de ondervraagde gemeenten vond dat er nog onvoldoende maatwerk mogelijk was, aan preventie werd gewerkt en aan integraal werken gedaan werd. Genoemde oorzaken hiervoor waren onvoldoende financiële middelen en werkdruk. Wederom hierbij weer de kanttekening dat een sociaal wijkteam anders georganiseerd is, en andere doelen nastreeft dan de teams WijkGGZ. Maar bijvoorbeeld het vergroten van zelfredzaamheid van bewoners, preventieve activiteiten ontplooiën, integraal werken en maatwerk bieden, zijn factoren die ook door de pilot WijkGGZ in Nijmegen Dukenburg en Tiel worden nagestreefd.

Monitoring en evaluatie van sociale (wijk)teams wordt volgens Van Arum et al. (2020) binnen gemeenten gedaan aan de hand van diverse instrumenten, zoals cliënttevredenheidsonderzoeken, meetinstrumenten als de effectencalculator, zelfredzaamheidsmatrix of klantreizen, evenals evaluatiemethoden als interviews, casuïstiekbesprekingen en storytelling.

Over de wijze van het organiseren en positioneren van (wijk)teams is een rapport verschenen van Integraal Werken in de Wijk, waarbij verschillende organisatievormen (vanuit een moederorganisatie, vanuit de gemeente, buiten een gemeente en tussenvormen) aan bod komen. Zij beschrijven dat de gekozen vorm samenhangt met demografische factoren, het bestaande aanbod aan hulp, en politieke en budgettaire overwegingen (Van den Enden, Kooiman, Udo & De Meijer, 2017). Onderzoek binnen gemeenten laat zien dat 48% hun sociale (wijk)teams in eigen beheer heeft, 26% is uitbesteed aan meerdere aanbieders, 9% besteedt het (wijk)team uit aan een opgericht rechtspersoon en 12% organiseert het op een andere manier (Van Arum et al., 2020).

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de opzet van het onderzoek beschreven. Er wordt ingegaan op de operationalisering van begrippen en introductie van het 7S-model (2.1), de keuze voor de respondenten en het design van de onderzoeksmethoden (2.2) en de wijze van data-analyse (2.3).

Hoofdstuk 3 presenteert de resultaten van het onderzoek aan de hand van het 7S-model. In hoofdstuk 4 komt de conclusie op de onderzoeksvraag aan bod (4.1), worden kritische inhoudelijke (4.2) en methodologische (4.3) kanttekeningen besproken en zullen tot slot aanbevelingen gepresenteerd worden.

2 METHODE

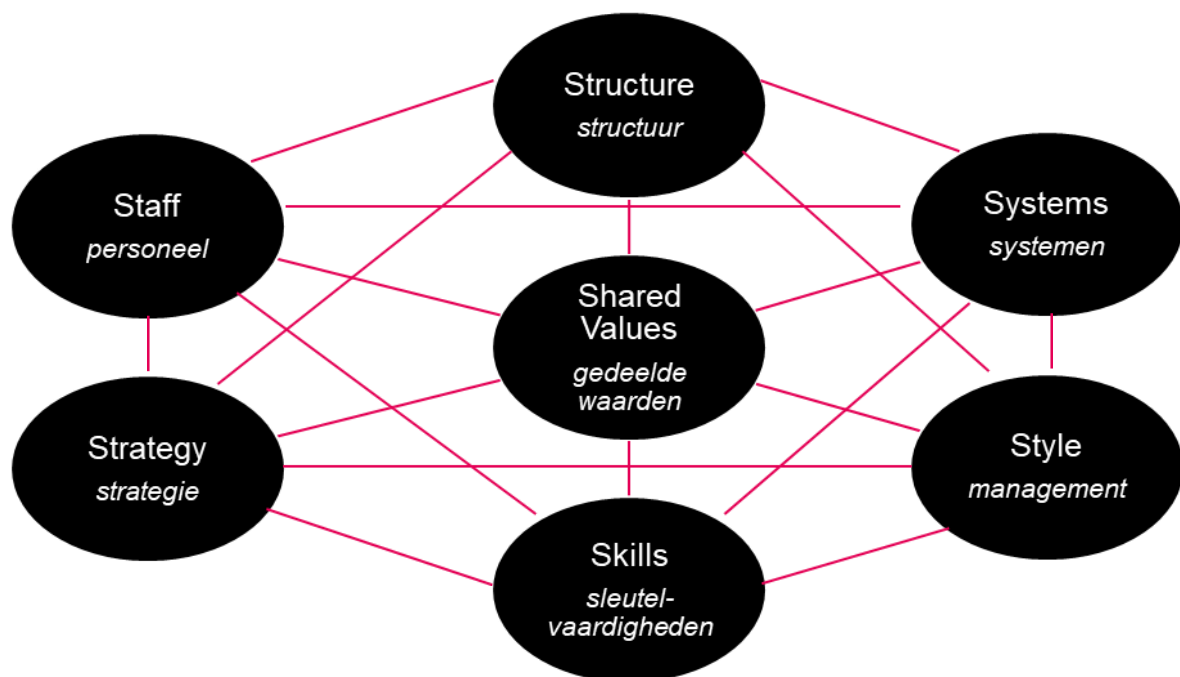
2.1 Onderzoeksdesign

2.1.1 Operationalisering van het onderzoek

De hoofdvraag probeert zicht te krijgen op wat er gebeurt binnen WijkGGZ vanuit verschillende overstijgende niveaus (cliënt, proces en systeem) en vanuit het perspectief van diverse belanghebbenden. Aangezien WijkGGZ uit een complex geheel aan activiteiten en samenwerkingsverbanden bestaat, is ervoor gekozen om de niveaus cliënt, proces en systeem nog nader te precisieren. Hierbij is gekozen voor het 7S-model. Dit model werd voor het eerst gepubliceerd door Pascale en Athos in 1981, en later doorontwikkeld. Het 7S-model is ontworpen om de prestaties van organisaties in kaart te brengen, mede met het oog op de ontwikkeling van een effectieve en efficiënte organisatie. Voor een kort overzicht wordt verwezen naar de Nederlandstalige website: www.7smodel.nl (z.d.).

Figuur 1

7Smodel, overgenomen uit 7smodel.nl (z.d.).



Het 7S-model gaat uit van een zevental factoren die onderling met elkaar samenhangen (figuur 1). We zullen in deze rapportage de Engelstalige termen gebruiken, om zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke definities en terminologie van de ontwerpers te blijven. De factor Shared Values is het centrale punt, in samenhang met de overige factoren. Met dit model als basis zijn de verschillende

onderzoeksactiviteiten vormgegeven, waarbij is gekozen voor een operationalisering van de 7S-factoren op basis van de specifieke context van de WijkGGZ. In tabel 1 wordt weergegeven hoe deze factoren geoperationaliseerd zijn voor het huidige onderzoek.

Tabel 1

Operationalisering factoren 7S-model.

Factor	Operationalisering huidige onderzoek
Strategy	De doelstellingen die WijkGGZ zich stelt, en hoe deze worden nagestreefd. Sublabels: aanmelding, in- en exclusiecriteria, doelstelling begeleiding, inhoud van de begeleiding, afronding, preventie.
Structure	De verdeling en ordening van taken. De bevoegdheden en organisatorische lijnen.
Systems	Alle formele en informele werkwijzen, procedures, voorschriften en afspraken. Sublabels: samenwerking met ketenpartners, samenwerking in de teams (bestaande uit: doelstelling teamoverleg en matching, en structuur teamoverleg).
Staff	De teamsamenstelling en achtergronden van medewerkers. De aanwezige competenties en motivaties. Sublabels: formatie van de teams WijkGGZ, samenstelling van het team en teamontwikkeling, competenties van teamleden.
Style	De stijl van leidinggeving en sturing, en de invloed daarvan op de werkvloer.
Skills	De onderscheidende elementen van de organisatie en de medewerkers daarbinnen, ten opzichte van andere initiatieven.
Shared values	De visie en hoe er gewerkt wordt om die visie te realiseren.

Binnen het 7S-model wordt onderscheid gemaakt tussen harde factoren en zachte factoren. De harde factoren zijn strategy, systems en structure. Volgens het model zijn deze het makkelijkst te beïnvloeden. De zachte factoren, en moeilijker beïnvloedbaar, zijn dien ten gevolge shared values, style, staff en skills. Het gebruiken van het 7S-model moet worden gezien als een ondersteunend ordeningsprincipe, waarbij scherpe afbakening tussen onderlinge factoren niet altijd mogelijk is. Er blijft overlap tussen de verschillende factoren, omdat het gaat om communicerende vaten binnen de complexe context van WijkGGZ.

In de resultatensectie zal alle data worden gepresenteerd op basis van analyse op basis van het 7S-model, waarna in de beantwoording van de hoofdvraag hernieuwde ordening plaatsvindt op de niveaus cliënt, proces en systeem.

2.2 Opzet van het onderzoek

2.2.1 Inleiding

Bij de start van het onderzoek was het idee om dit vorm te geven aan de hand van participatief actieonderzoek. Participatief actieonderzoek is passend bij een onderzoekscontext waarbij er sprake is van complexe vraagstukken binnen een organisatie, waarbij deze vorm van onderzoek kan bijdragen aan het begrijpen van deze context, en er ook direct een verandering in teweeg kan brengen (Migchelbrink, 2019). WijkGGZ is een dergelijk complexe context, waarbij er sprake is van een nieuwe samenwerking tussen verschillende organisaties en professionals, binnen de context van een wijk met meerdere samenwerkingspartners. Gaandeweg werd duidelijk dat het direct teweeg brengen van verandering in de context niet haalbaar was, maar dat er eerst aandacht diende te zijn voor een beschrijving van werkprincipes binnen WijkGGZ. Hiervoor werden overige onderzoekstechnieken (observatie, focusgroepbijeenkomsten en interviews) ingezet, die wel dynamisch werden aangepast op basis van voortschrijdend inzicht en externe factoren.

De hoofdvraag vraagt om het in beeld brengen van de inzichten van “de betrokkenen”. Bij de start van het onderzoek werd bepaald dat de volgende betrokkenen benaderd zouden worden: cliënten, teamleden in Nijmegen Dukenburg en Tiel, betrokken bestuurders en ketenpartners. Per betrokkene wordt in deze paragraaf uitgelegd waarom dat perspectief van belang is, welke onderzoeksvorm ingezet werd en waarom, en hoe de selectie van respondenten vorm kreeg. Alle respondenten zijn voorafgaand aan deelname aan de onderzoek geïnformeerd over doel en werkwijze van het interview en hen is toestemming gevraagd voor het verzamelen, verwerken en geanonimiseerd publiceren van de verkregen data. In de interviews met bestuurders is bij de vraag om informed consent expliciet aandacht geweest voor de beperkingen in het anonimiseren van de gegevens. De door hen verstrekte informatie zal herleidbaar zijn voor de lezer die bekend is met WijkGGZ, gezien de unieke posities die zij bekleden.

2.2.2 Observaties teamoverleg en huisbezoeken

Bij de start van het project werd aan de hand van participerende, minder-gestructureerde observatie (Van der Donk & Van Lanen, 2019) meegekeken bij teamoverleggen van zowel team Dukenburg, team Tiel, als de projectgroep-overleggen Dukenburg en Tiel. Tevens werd er meegelopen tijdens enkele huisbezoeken van WijkGGZ-teamleden. Deze vorm van observeren had twee doelen: kennismaken met diverse belanghebbenden en het verkrijgen van indrukken over de werkprincipes binnen WijkGGZ. Met minder-gestructureerd wordt bedoeld op het ontbreken van een observatieschema in deze fase van het onderzoek. Er werd door de onderzoekers vrij geobserveerd en genoteerd wat werd waargenomen. Dit resulteerde in vragen en indrukken die richting gaven aan de opzet van interviews en focusgroepbijeenkomsten. Daarnaast zijn de verkregen data uit de observaties verwerkt in de resultaten van het onderzoek. Vanuit de verzamelde gegevens van observaties tijdens de huisbezoeken

zijn ook twee casestudy's uitgewerkt. In deze casestudy's wordt een beeld geschetst van het traject dat een individuele bewoner doorloopt bij WijkGGZ, de samenwerking rond de bewoner en van de waarde van WijkGGZ in deze cases volgens de bewoner en betrokken hulpverlener. De uitgewerkte casestudy's zijn geanonimiseerd en, waar nodig, zijn details aangepast om ervoor te zorgen dat deze niet herleidbaar zijn naar individuen.

2.2.3 Semi-gestructureerde individuele interviews bewoners

Het perspectief van de bewoners is van belang, omdat dit de doelgroep is waarvoor de aanpak van WijkGGZ ontwikkeld is. Om dit perspectief in beeld te krijgen, is aan de teams gevraagd om vanuit hun caseload cliënten te benaderen voor een interview. Deze vorm van selectie gaat gepaard met een hoge mate van selectiebias, aangezien teams zelf kunnen kiezen welke cliënten ('succesverhalen' versus minder 'succesvolle' verhalen, mondige of minder mondige bewoners etc.) zij voordragen. Met het oog op de uitvoeringswet algemene verordening gegevensbescherming (AVG) (Schermer, Hagenauw & Falot, 2018) en het gebrek aan digitaal beschikbare gegevens over bewoners, was er voor de onderzoekers echter geen andere manier om deze doelgroep te bereiken.

De oproep om met bewoners in gesprek te kunnen komen, liep parallel aan aanscherping van de landelijke coronamaatregelen, waardoor het voor de onderzoekers niet mogelijk bleek om bij de bewoners op huisbezoek te gaan voor een interview. Dit had de voorkeur, aangezien het persoonlijke gesprekken betreffen waarbij contact maken van belang is. Door de coronabeperkingen moest echter gekeken worden naar de mogelijkheid om telefonisch of digitaal met bewoners in gesprek te komen. Herhaaldelijke verzoeken aan de teams hebben geleid tot enkele pogingen om tot afspraken met bewoners te komen. Soms werden afspraken verzet, of werd de telefoon niet opgenomen. Uiteindelijk hebben er slechts één interview via videobellen en één telefonisch interview plaats kunnen vinden met bewoners.

Voor de interviews met bewoners werd een interviewleidraad opgesteld (bijlage 2) waarbij het label Strategy centraal stond, omdat daarbinnen de beleving en de afgelegde route naar en binnen de WijkGGZ het beste tot uiting komt.

2.2.4 Focusgroepen

De focusgroepen werden georganiseerd om (afgevaardigde) teamleden van zowel Dukenburg als Tiel te kunnen bevragen, en op elkaar te laten reageren en aanvullen. Daarnaast is het een effectieve manier om binnen korte tijd veel indrukken te verzamelen vanuit verschillende perspectieven (Van der Donk & Van Lanen, 2019). De focusgroepbijeenkomst met team Dukenburg vond plaats op locatie in het wijkcentrum. Hier waren vier teamleden aanwezig. Door de coronamaatregelen die gaande het onderzoek werden aangescherpt, werd de focusgroepbijeenkomst met team Tiel digitaal georganiseerd, via Microsoft Teams. Aan deze bijeenkomst namen vijf teamleden van team Tiel deel.

Welke teamleden aanwezig waren bij deze bijeenkomsten, werd organisch in overleg met de teamleden en de onderzoekers bepaald. Voorwaarde vanuit de onderzoekers was wel dat zowel hulpverleners als ervaringsdeskundigen aan zouden schuiven, daarnaast hebben de onderzoekers de voorkeur uitgesproken voor deelnemers vanuit verschillende moederinstellingen. Selectie bias kan in deze niet worden uitgesloten, omdat bijvoorbeeld motivatie voor een dergelijk gesprek, en het hebben van een uitgesproken mening (of juist een milde mening) een rol kan spelen bij de keuze om deel te nemen. Gebaseerd op de eerste operationalisering van het 7S-model werd een interview-opzet gemaakt.

Eén van de aspecten die werden gebruikt om het proces van bewoner-begeleiding (van aanmelding, naar begeleiding tot afronding) in beeld te krijgen, was een afgeleide vorm van een customer journey map (Van 't Veer, Wouters, Veeger & Van der Lugt, 2020). Origineel ontwikkeld voor het bedrijfsleven, betreft dit een gedetailleerde beschrijving (vaak een visualisatie) van de interacties tussen organisatie en klant. De organisatie is in deze WijkGGZ, en de klant is in deze de bewoner. Nadat deze customer journey map gemaakt werd, werden daar de werkprocessen met de bewoner in uitgediept en bureaucratische stromen bevroegd. Ook werden Strategy en Systems bevroegd, net zoals de kenmerken van de teamleden die nodig zijn binnen WijkGGZ (Staff). Om de informatie aanvullend aan elkaar te laten zijn, heeft in Dukenburg meer de focus gelegen op het werkproces met de bewoner (door middel van de customer journey map) en is in Tiel meer ruimte gemaakt voor Strategy en Systems. Voor de volledige interviewleidraden voor de focusgroepbijeenkomsten wordt verwezen naar bijlage 3 (Dukenburg) en bijlage 4 (Tiel).

2.2.5 Semi-gestructureerde individuele interviews teamleden

Naar aanleiding van de focusgroepbijeenkomsten werden interviewleidraden opgesteld voor interviews met individuele teamleden. Hierbij werden er per team twee teamleden gevraagd om deel te nemen. Het bepalen van welke teamleden tijd maakten voor de interviews, gebeurde in overleg tussen het team en de onderzoekers, waarbij wel als voorwaarde werd gesteld om één hulpverlener en één ervaringsdeskundige uit ieder team te includeren. Selectie bias kan niet worden uitgesloten, omdat het zou kunnen zijn dat teams de meest uitgesproken, of juist milde, vertegenwoordiger uit hun team afvaardigden.

Doordat er in iedere focusgroepbijeenkomst een aantal punten naar voren waren gekomen waarvoor verdiepende vragen van belang waren, of items die door tijdsgebrek geschrapt moesten worden, werden juist deze zaken specifiek tijdens de individuele interviews bevroegd. Er werd gekozen voor een semi-gestructureerde wijze van interviewen, omdat dit enerzijds houvast biedt door aan de hand van vooraf bepaalde thema's vragen te stellen, maar ook ruimte biedt voor dialoog en doorvragen (Van der Donk en Van Lanen, 2019). In bijlage 5 (Dukenburg) en 6 (Tiel) zijn de interviewleidraden voor de interviews met teamleden opgenomen. De thema's die hierin centraal stonden waren Strategy, Systems, Structure en Style.

2.2.6 Semi-gestructureerde individuele interviews bestuurders

Om zicht te krijgen op de werk- en besluitvormingsprocessen van de WijkGGZ op bestuurlijk niveau, werden vier betrokkenen op dit niveau benaderd. Dit betrof een senior beleidsmedewerker van een gemeente en drie bestuurders³: van een GGZ-instelling, een RIBW-instelling en een instelling voor verslavingszorg. Twee van deze bestuurders (RIBW-instelling en gemeente) maken deel uit van het projectteam dat de coördinatie en aansturing van beide teams heeft vormgegeven gedurende de looptijd van de proeftuinen. De selectie van respondenten is in overleg met teamleden, de projectgroep Dukenburg en de opdrachtgever tot stand gekomen. In de selectie van de respondenten zaten een aantal beperkingen. Ten eerste zijn er wisselingen geweest in de personele bezetting van zowel de stuurgroep als de projectgroepen. De bestuurders die vanaf de start het initiatief hebben opgezet, waren niet allemaal meer bij WijkGGZ betrokken. Twee bestuurders, van de gemeente en RIBW-instelling, waren wel vanaf de start van de WijkGGZ-proeftuinen betrokken. Zij zijn beiden geïnccludeerd voor het onderzoek, om het perspectief op het gehele proces van de proeftuinen in kaart te brengen. Daarbij moet worden benoemd dat de RIBW-bestuurder tussentijds kortstondig taken overgedragen heeft aan een collega (wel op afstand het project volgend), en gaandeweg weer teruggekeerd is in het project. De twee overige geïnccludeerde bestuurders zijn pas later betrokken geraakt, nadat ze de portfolio van de WijkGGZ intern van een voorganger hadden overgenomen. De onderzoekers hebben bij deze selectie rekening gehouden met een afspiegeling van verschillende moederinstellingen (verslavingszorg en GGZ), om mogelijke verschillen in perspectief die daaruit naar voren komen mee te nemen.

Met de vier bestuurders zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen. Hierbij zijn de topics Staff, Structure, Skills, Style en Shared Values aan bod gekomen. De interviewleidraad is opgenomen in bijlage 7.

2.2.7 Semi-gestructureerde individuele interviews ketenpartners

WijkGGZ werkt breed samen in de wijken waar de teams actief zijn. Om de waarde van de aanpak van de WijkGGZ in de samenwerking met ketenpartners rond de bewoner in kaart te brengen, zijn tien betrokken ketenpartners benaderd. Het betrof vijf ketenpartners van team Tiel en vijf ketenpartners van team Dukenburg. De selectie van respondenten gebeurde in overleg met de teams. Elk team is de vraag voorgelegd om ketenpartners te benaderen met de vraag of zij zouden willen participeren. Hierbij is ervoor gezorgd dat ketenpartners van diverse soorten organisaties werden geïnccludeerd.

³ Om de leesbaarheid van het document te vergroten, is ervoor gekozen om te spreken over “bestuurders” en “het bestuurlijk niveau”, waarmee wordt verwezen naar betrokkenen vanuit projectgroep en stuurgroep. De gemeentelijk beleidsmedewerker en vertegenwoordigers van GGZ-, RIBW- en verslavingszorgorganisatie die gesproken werden in het kader van dit onderzoek, worden dus allen aangeduid als “bestuurders”.

Selectie bias kan niet worden uitgesloten, omdat het zou kunnen zijn dat juist de meest uitgesproken, of juist milde, ketenpartners bereid waren tot deelname. Daarnaast is selectie bias mogelijk door de voorliggende keuze van teamleden bij het benaderen van ketenpartners. Er moet rekening mee gehouden worden dat ketenpartners waarmee een daadwerkelijke samenwerking goed tot stand is gekomen, als eerste hiervoor gevraagd zijn.

Nadat contactgegevens van ketenpartners verstrekt waren door teamleden, zijn de respondenten benaderd voor het interview. De onderzoekers hebben hierbij aangegeven dat het afnemen van het interview via Microsoft Teams de voorkeur had boven een telefonisch interview vanwege praktische redenen (opname van gesprek gemakkelijk te realiseren) en vanwege procesmatige redenen (voordeel van elkaar zien tijdens een gesprek, biedt meer ruimte tot overdenking en doorvragen). Negen respondenten waren in de gelegenheid het interview te laten plaatsvinden via Microsoft Teams, één respondent is telefonisch geïnterviewd. Eén interview vond plaats met twee respondenten gezamenlijk, beiden vanuit dezelfde organisatie. Tot slot heeft één respondent de interviewvragen vooraf opgevraagd bij de onderzoekers, zodat ze ook input hierop van haar teamleden kon meenemen naar het interview. Deze gegevens zijn meegenomen in de data.

Met de tien ketenpartners zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen. Hierbij zijn de topics Skills, Style, Strategy en Systems aan bod gekomen. De interviewleidraad is opgenomen in bijlage 8.

2.3 Data-analyse

De focusgroepbijeenkomsten zijn beiden opgenomen en letterlijk getranscribeerd. De interviews met teamleden, bestuurders en ketenpartners zijn eveneens allen opgenomen. De eerste twee interviews met bestuurders zijn letterlijk getranscribeerd. Hieruit bleek dat deze methode niet van toegevoegde waarde was binnen de individuele interviews, vervolgens zijn alle volgende interviews met bewoners, bestuurders, teamleden en ketenpartners woordelijk getranscribeerd. Datgene wat er gezegd werd in deze gesprekken, is schriftelijk weergegeven, met weglating van haperingen, stopwoorden of versprekingen. Dit vormde de ruwe data van het onderzoek. De individuele interviews werden voorgelegd aan de geïnterviewden (ook wel member-check genoemd) ter controle of de weergave van het gesprek correct was. Daarbij was er voor de geïnterviewde de mogelijkheid om feitelijke onjuistheden te herstellen.

Aan de hand van deze woordelijke transcripten werd de data eerst teruggebracht tot betekenisvolle tekstfragmenten, en daarna gecodeerd aan de hand van het 7S-model. Coderen is het proces van labels geven aan de inhoud van tekstfragmenten (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Bij bepaalde codes van het 7S-model werden sublabels aangebracht. Dit gebeurde met name bij codes die veel voorkwamen (Strategy, Systems, Staff), omdat daar veel informatie bij naar voren kwam.

Deze gecodeerde tekstfragmenten werden vervolgens horizontaal vergeleken, waarbij de antwoorden van verschillende doelgroepen (bewoners, teamleden, bestuurders, ketenpartners) naast elkaar gelegd werden. Tekstfragmenten met ongeveer dezelfde inhoud werden samengevat en bij elkaar geordend. Zoals te lezen in het hoofdstuk “Resultaten”, is gepoogd om de inhoudelijke antwoorden van bepaalde labels en sublabels gezamenlijk vanuit alle perspectieven te presenteren. Hierdoor vallen gelijkenissen en verschillen al op in de weergave van de data.

Ervaringen met WijkGGZ: bewoner Claudia

Claudia is een vrouw van midden dertig en heeft een half jaar begeleiding ontvangen van WijkGGZ Dukenburg. Ze was in behandeling bij een psycholoog, die haar wees op de mogelijkheid van WijkGGZ om haar meer praktische hulp te bieden. Het eerste contact van Claudia met WijkGGZ vond snel na haar aanmelding plaats en was met twee hulpverleners (ervaringsdeskundige en ambulante hulpverlener). Ze weet niet meer precies wat besproken is in dit gesprek, maar herinnert het zich als een prettig gesprek waarin kennisgemaakt is met elkaar. Claudia heeft in dit gesprek vragen beantwoord over zichzelf, zoals bij een intake, maar noemt dat de hulpverleners ook iets over zichzelf vertelden. De partner van Claudia was hierbij ook aanwezig. In het vervolg is hij niet meer betrokken geweest, maar hiervoor was ook geen aanleiding. Indien dit zinvol was geweest, was hier wel ruimte voor geweest. Na het eerste contact heeft Claudia de vervolcontacten gehad met de ervaringsdeskundige van team WijkGGZ. Met haar kon ze contact leggen via Whatsapp, telefonisch of via de mail en ze spraken elkaar eenmaal per maand. Tijdens deze afspraken gingen ze wandelen, wat voor Claudia een prettige en laagdrempelige manier van contact was. Ze heeft het contact ervaren als menselijk en informeel, waarbij de ervaringsdeskundige open was in het delen van eigen ervaringen en haar oordeelsvrij benaderde. Ze omschrijft de contacten als 'gesprekken met een vriendin met extra kennis erbij'. Er is geen plan gemaakt voor de begeleiding. Dit was prima voor Claudia, ze noemt dat haar belangrijkste doel namelijk was om minder doelen te stellen, dus het is goed dat dit niet gedaan is. Het was voor haar gevoel ook niet nodig. Tijdens elk contact werd gekeken wat er op dat moment nodig was en daar werd dan ruimte voor gemaakt. Dit informele karakter werkte prettig. Tijdens de begeleiding is er mondeling tussentijds geëvalueerd. De ervaringsdeskundige besprak dan met haar wat ze van de begeleiding vond, hoe ze er tegenaan keek en hoe het ging.

Na een half jaar is de begeleiding in overleg beëindigd. De reden hiervoor is het starten van een traject bij een SPV waarbij de focus ook ligt op praktische ondersteuning. Tegelijkertijd doorgaan met WijkGGZ zou dan overlap geven. Claudia merkt nog niet heel veel verschil in de inhoud van de begeleiding, maar belangrijk voordeel van WijkGGZ was de ervaringsdeskundigheid in het team. Ook de flexibiliteit voor de locatie van de afspraak, dus ook de mogelijkheid tot huisbezoek of wandelen, is voordeel van WijkGGZ.

Claudia noemt dat ze het knap vindt wat WijkGGZ in zo'n korte tijd heeft opgezet. Het is heel goed georganiseerd en voor haar was niet te merken dat het team pas twee jaar bestaat. Ze bieden al veel mogelijkheden en er zijn veel opties voor behandeling en begeleiding. Het is fijn dat ze hierin zo flexibel zijn en dat ze ook de mogelijkheid hebben om door te verwijzen als dat nodig is. Terugkijkend is ze tevreden over de geboden begeleiding door WijkGGZ. Op de vraag voor wie ze WijkGGZ vooral geschikt vindt, noemt Claudia dat het team geschikt is voor mensen die misschien wel hulp nodig hebben voor psychische klachten, maar die een psycholoog (nog) een te grote drempel of stap vinden. Ook mensen met niet hele zware problemen maar waarvoor het wel fijn is om dingen te delen, bijvoorbeeld mensen waarbij sprake is van eenzaamheid, zou ze WijkGGZ kunnen aanbevelen. Ten slotte kan ze zich voorstellen dat het team een rol kan spelen in wachtlijst-ondersteuning.

3 RESULTATEN

3.1 Inleiding

De resultaten zullen worden gepresenteerd aan de hand van het 7S-model. Bij de verschillende S-en zijn sublabels aangebracht om de data te kunnen ordenen, en om de leesbaarheid te vergroten. Naast deze geordende resultaten zijn twee casestudy's opgenomen in dit hoofdstuk.

3.2 Strategy

Onder Strategy worden de doelstellingen verstaan die de organisatie zich stelt - en hoe deze worden nagestreefd – en wordt ingegaan op de cultuur binnen de organisatie. Er worden enkele niveaus binnen deze categorie onderscheiden:aanmelding, in- en exclusiecriteria, doelstelling van de begeleiding, inhoud van de begeleiding en de afronding.

Aanmelding

Dat de teamleden direct contact opnemen met een bewoner, zonder tussenkomst van een secretaresse of een wachtlijst, wordt door team Dukenburg als voordeel van de aanpak van WijkGGZ genoemd. Hiermee wordt voorkomen dat een bewoner van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Team Dukenburg noemt dat nagenoeg alle aanmeldingen door professionals worden gedaan. Team Tiel herkent dit beeld, en speculeert dat dit mogelijk te maken kan hebben met de problematieken van mensen, waarbij het lastig kan zijn die bespreekbaar te maken en hulp te zoeken.

*Nu komt het eigenlijk nou, bij 99 van de 100 gevallen komt het binnen via hulpverlening hè. Of in ieder geval professional. Nee, dat is op zich niet erg. Maar het zou wel mooi zijn als de drempel voor de burger lager wordt, want dan kan je veel meer aan die voorkant handelen.” –
teamlid Dukenburg*

De aanmelding van bewoners verloopt in Dukenburg via mail of telefonisch. Er is vanuit het mailadres een automatische reply dat op dinsdag door het team wordt besproken wat men kan betekenen. Team Tiel noemt dat WijkGGZ inmiddels actief is in alle wijken van Tiel en dat het opvalt dat de laatste tijd veel jonge mensen worden aangemeld. Aanmeldingen lopen veel via de huisarts en POH-GGZ, zeker als de POH niet genoeg ondersteuning kan bieden. Ook de GGD weet WijkGGZ steeds beter te vinden. Binnen de teams speelt de vraag hoe bewoners nóg beter en in een eerder stadium bereikt kunnen worden.

“Want nu komen mensen dus pas in zicht als de problemen al best wel groot zijn. En je zou willen dat je veel meer preventief wat kunt doen.” teamlid Dukenburg

Een praktische reden voor aanmelding die ketenpartners noemen, is dat WijkGGZ snel en laagdrempelig kan inspringen, zonder intakeprocedures en wachtlijsten. Ze kunnen meteen starten en afspraken maken, waardoor de ketenpartner niet het risico loopt de cliënt kwijt te raken terwijl deze op de wachtlijst staat. In de afweging tussen FACT en WijkGGZ speelt dit ook een rol voor één respondent als ze cliënten met een verminderde zelfredzaamheid en fragiele motivatie wil doorverwijzen.

“Sommige cliënten willen wel, maar dan is de drempel om naar een organisatie toe te gaan te groot. Echt een drempel bij een FACT-team is, de cliënt moet eerst naar de huisarts, dan moeten ze een verwijzing krijgen, dan moeten ze weer heel lang wachten, en hou ze dan maar eens gemotiveerd heel die periode. Voor hun is vaak naar een huisarts gaan om de doorverwijzing voor elkaar te krijgen, dat kan al een probleem zijn.” - medewerker meldpunt Bijzondere zorg

Tiel Herstelt noemt dat de WijkGGZ voor hen een plek is om cliënten naar door te geleiden als ze het wat moeilijker krijgen. Andersom is Tiel Herstelt een plek waar cliënten van WijkGGZ naar (terug) kunnen als de begeleiding vanuit WijkGGZ wordt afgeschaald. Een ervaringsdeskundige van het team WijkGGZ is de verbindende schakel hierin.

“Je kunt bij Tiel Herstelt door de verhalen van cliënten heen vaak een hulpvraag oppikken. Eerder wist je niet goed waar je daarmee naartoe kon, maar prettig aan WijkGGZ is dat daar eigenlijk alles terecht kan. Zij filteren dan weer door of het bij hen terecht kan of ergens anders.” - medewerker Tiel Herstelt

Bij de afweging tussen verwijzing naar het meldpunt bijzondere zorg en WijkGGZ geeft een respondent aan dat hij WijkGGZ ziet als vrijblijvender en laagdrempeliger. Indien de zorg opgeschaald dient te worden richting bemoeizorg, is een cliënt meer op zijn plaats bij het meldpunt bijzondere zorg. Deze afweging staat los van de mate van complexiteit van de casus.

De laagdrempelige manier waarop contact gelegd kan worden met de WijkGGZ, komt ook terug in het proces van verwijzen naar WijkGGZ. Cliënten worden aangemeld via het algemene mailadres van het team, door een teamlid te bellen of door letterlijk binnen te lopen bij het team WijkGGZ. Indien WijkGGZ de casus oppakt, worden de benodigde NAW-gegevens gedeeld. In overleggen met ketenpartners waar de WijkGGZ in participeert, is het mondelinge besluit in het overleg voldoende voor verwijzing. Over het delen van de gegevens bij verwijzing zijn respondenten duidelijk. Indien een cliënt op de hoogte is van de aanmelding, worden de benodigde NAW-gegevens gedeeld om contact te kunnen leggen. Indien een cliënt niet op de hoogte is van de verwijzing, is het ingewikkeld om informatie te

delen zonder de privacy-richtlijnen te schenden. Er is behoefte aan duidelijke afspraken hoe dit het beste vorm te geven.

“Ja, ik hoef er eigenlijk niet zoveel voor te doen. Ik bel de cliënt en zeg dat er contact gelegd wordt. WijkGGZ noteert contactgegevens van cliënt en legt dan contact. Ik hoef geen formulier in te vullen, ik hoef verder niet zoveel daarvoor te doen, behalve natuurlijk het inlichten van de cliënt.” - medewerker Sociaal wijkteam

Tijdens observaties van teamoverleggen komt naar voren dat de druk op de caseload hoog is. Op enig moment is er in team Dukenburg sprake van onvoldoende ruimte om een nieuwe casus op te pakken. Team Tiel ziet op basis van de vraag potentie om uit te breiden naar drie fte.

In- en exclusiecriteria

In interviews met de teams wordt genoemd dat in- en exclusiecriteria voor WijkGGZ organisch ontstaan, en dat deze niet formeel op papier zijn vastgelegd. Als teamleden gevraagd wordt deze criteria te concretiseren, komen de volgende omschrijvingen naar voren.

De teamleden noemen de volgende inclusiecriteria:

- Een bewoner moet open staan voor contact met WijkGGZ.
- Er is sprake van psychische problematiek, van spanning of stress. Dit kan in beperkte mate zijn, maar het moet aanwezig zijn.
- Een bewoner zonder duidelijke hulpvraag, maar waarover wel grote zorg is (vanuit zichzelf of het systeem) komt in aanmerking voor WijkGGZ. Een andere instantie komt niet zo snel in beeld wanneer een duidelijke hulpvraag ontbreekt.

Naast deze concrete inclusiecriteria, passeren enkele aanvullende overwegingen de revue. Een cliënt met een hulpvraag waar geen 'standaard antwoord' op te vinden is, past bij WijkGGZ. Voorbeelden hiervan die genoemd worden door teamleden zijn mensen met multicomplexe problematiek, dubbele diagnose en/of naast psychiatrie ook sociaal-maatschappelijke problemen. Teamleden is gevraagd of deze criteria nog verder te verfijnen zijn, eventueel naar klachten en/of ziektebeelden. Dit is niet mogelijk. WijkGGZ kijkt in eerste instantie niet naar de onderliggende aandoening, maar richt zich op de hulpvraag. De omvang van deze hulpvraag is niet van belang voordat het contact opgestart wordt, WijkGGZ gaat gewoon direct met een bewoner en diens netwerk in gesprek om te inventariseren of ze iets kunnen betekenen.

“En alles wat [...] dus niet in een hokje past, wat niet standaard is, dus meerdere problematieken bij elkaar, geen duidelijke hulpvraag, maar wel grote zorg, want dat is denk ik ook wel. Dat komt hier terecht.” – teamlid Dukenburg

In- en exclusiecriteria worden door teamleden gecommuniceerd naar ketenpartners. Tijdens de interviews wordt genoemd dat deze criteria beschreven staan in het evaluatierapport 'Geïntegreerde GGZ in de wijk' (Berkvens, 2020), de onderzoekers hebben een concrete omschrijving hiervan niet gevonden. Teamleden noemen dat de aanpak van de WijkGGZ moeilijk uit te leggen is, omdat ze iets anders doen dan men gewend is. Informatie over WijkGGZ gaat van mond-tot-mond in de wijk en tussen hulpverleners, op dat proces hebben teamleden geen vat. Uit de observaties van de teamoverleggen blijkt dat teams zelf ook nog zoekende zijn naar de afbakening van WijkGGZ in relatie tot andere zorgaanbieders. Er is regelmatig sprake van casuïstiek die onder de aandacht is (geweest) bij verschillende teams waarbij het verder uitwerken met elkaar van ieders grenzen én gezamenlijke werkterrein helpend zal zijn. Enerzijds om de onderlinge samenwerking beter af te stemmen, anderzijds om om de eigen rol en de rolverdeling in het netwerk verder vorm te geven.

*Meneer [...] is in beeld bij het team bemoezorg en het meldpunt bijzondere zorg. Via het zorgoverleg wordt WijkGGZ gevraagd mee te kijken in deze casus. Meneer heeft zelf geen hulpvraag, insteek van WijkGGZ is om op laagdrempelige wijze te proberen contact te leggen.
– observatie teamoverleg*

De teamleden noemen de volgende exclusiecriteria:

- Bewoners die geen hulp willen
- Bewoners met enkelvoudige behandelvragen, zoals bijvoorbeeld een gerichte vraag voor EMDR-behandeling. Zij passen beter bij een GGZ-instelling.
- Bewoners die een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormen, of wanneer er sprake is van drang of dwang.

Naast deze concrete exclusiecriteria wordt nog nagedacht over een exclusie criterium als er sprake is van agressie in de voorgeschiedenis, maar dat is nog niet aan de orde geweest in de praktijk. Team Dukenburg stipt aan dat de doelgroep jeugd ook tot de exclusiecriteria hoort. Dit team merkt daarnaast op dat bij het op papier zetten van de exclusiecriteria deze positief geformuleerd zouden moeten worden, waarbij niet wordt uitgegaan van een ziektemodel. Op indicatie delen teamleden Dukenburg de exclusiecriteria met ketenpartners.

De vraag op welk moment een bewoner het beste past bij WijkGGZ, of bij een andere ambulante GGZ-aanbieder, is voor betrokkenen niet zwart-wit te beantwoorden. De bestuurder vanuit de gemeente erkent dat het de vraag is of het altijd duidelijk is wanneer iemand thuishoort bij FACT, Sociaal Wijkteam, een ander team of WijkGGZ.

Voor ketenpartners is het lastig om (specifiek) te omschrijven op welke doelgroep WijkGGZ zich richt. Bij de geïnterviewde ketenpartners zijn geen vastgelegde in- en exclusiecriteria voor aanmelding WijkGGZ bekend.

“Ik moet eerlijk zeggen dat ik het soms ook niet weet. Dan leg ik het maar voor en als ze er iets mee willen of kunnen, dan is het fijn. Al doende wordt het dan misschien wel een beetje duidelijk welke cliënten wel en niet.” - teamlid Sociaal wijkteam

Vanuit het eigen perspectief en de eigen ervaringen met WijkGGZ komen ketenpartners tot de volgende doelgroepomschrijvingen:

- Cliënten die op de een of andere manier onder de radar blijven of waar je geen grip op krijgt; de zorgmijders.
- Cliënten waarbij het ons zelf (*respondent Werkzaak*) onvoldoende lukt om contact te leggen.
- WijkGGZ is de schakel tussen sociaal domein en de GGZ. Het is een tussenvorm waar mensen terecht kunnen die tussen wal en schip vallen.
- WijkGGZ is voor cliënten die persoonlijk in de knel komen.
- WijkGGZ wordt ingezet bij cliënten waarbij (nog) niet duidelijk is wat er precies nodig is.
- WijkGGZ werkt outreachend en bereikt cliënten die zelf nog niet met een hulpvraag komen. Het is echter geen bemoeizorg. Als een cliënt niet wil, stopt WijkGGZ wel echt meteen.
- WijkGGZ is een ‘voorveld’ waar je nog in een vrijwillig kader vanuit verbinding gaat kijken of je in contact kunt komen met iemand of om achter de voordeur te komen. Het gaat dan met name om wat onbekendere adressen waar nog geen waslijst aan hulpverleningsinstaties bij betrokken zijn.
- Als mensen met verschillende problematiek kampen, zou ik zeker overleggen met WijkGGZ.
- Ik heb begrepen dat de doelgroep EPA is, maar dat dat later wat is bijgesteld, dat mensen met psychische problemen ook in aanmerking komen zonder EPA. Wanneer wij cliënten voorleggen aan de WijkGGZ gaat het om cliënten waarbij we in aanmelding zien dat er sprake is van psychische problematiek en als we denken dat het wel handig is als daar iemand met specifieke kennis in meedenkt. Soms hebben we mensen dan eerst al gezien of gesproken, maar er is ook een periode geweest dat we dachten “zou de WijkGGZ niet de brede uitvraag kunnen doen?”. Dat is altijd zoeken, wie dan wat doet. Er is nog wel wat onduidelijkheid over de doelgroep en verschillende collega’s interpreteren dit verschillend. Het is enerzijds fijn dat het niet zo strikt is omdat je dan makkelijk bij de WijkGGZ terecht kunt om ze iemand voor te leggen, maar aan de andere kant kan het zorgen voor onduidelijkheid.
- Mensen met psychische problemen die geen structurele begeleiding nodig hebben of een kleinere hulpvraag.
- Als ik het gevoel heb dat er meer aan de hand is, dat er iets niet klopt, of als ik denk dat het zoveel meer problematiek is dan één probleem (wat niet altijd complex hoeft te zijn), dan laat ik de WijkGGZ naar een casus kijken vanuit hun brede blik.
- Cliënten waarbij laagdrempelige inzet van zorg nodig is omdat ze nog niet zo gemotiveerd zijn, of als ze juist al veel behandeling gehad hebben en er opnieuw problemen spelen.

- Cliënten met complexe vragen, vragen op meerdere levensgebieden, of cliënten die meermaals terugkomen bij Stip met dezelfde vraag.
- WijkGGZ bevindt zich op het niveau tussen het sociaal wijkteam en het meldpunt bijzondere zorg. Ze kunnen casuïstiek oppakken die te complex is voor het sociaal wijkteam maar waarvoor het meldpunt bijzondere zorg nog niet nodig is.

Er is ook gevraagd naar exclusiecriteria voor verwijzing naar de WijkGGZ. Deze zijn, evenals de inclusiecriteria, niet concreet bekend bij ketenpartners.

“Dat is ook een lastige vraag. Ik denk echt zware problematiek? Of ja, wat is dan zwaar. Nee, dat weet ik niet. Ik kan er geen antwoord op geven, is een lastige vraag. Maar wel goed om over na te denken.” - medewerker Bindkracht10

Ketenpartners noemen dat ze cliënten die voldoende gemotiveerd zijn én zelfstandig de stap naar hulpverlening kunnen zetten niet aan zouden melden bij de WijkGGZ. Ook casuïstiek waarbij dwang en drang centraal staat wordt genoemd als niet in aanmerking komend voor WijkGGZ, al zijn er ook ketenpartners die dit niet op voorhand als exclusie criterium hanteren.

“Als er een goede reden is wil ik een casus altijd voorleggen, ook als er al dwang in zit, omdat het voor mij wel eerste stappen zijn naar een huishouden toe.” - medewerker regieteam Dukenburg

Een respondent, werkzaam bij het meldpunt bijzondere zorg, noemt dat ze casuïstiek waarin sprake is van agressieproblematiek zelf zou oppakken en hierin samen met de wijkagent op huisbezoek zou gaan. Ze maakt de inschatting dat samen met de wijkagent optrekken in een casus iets is dat beter past bij het meldpunt bijzondere zorg dan bij WijkGGZ, maar weet niet zeker of deze inschatting klopt. Een ander exclusie criterium dat genoemd wordt door een respondent, is de aanwezigheid van systeemproblematiek in een casus. Dit criterium wordt aangedragen door een eerdere ervaring in een casus waarin hiervan sprake was, en welke de respondent terug kreeg van WijkGGZ met het advies de vraag voor te leggen bij een jeugdconsulent.

“Dus bij dat soort vragen denk ik minder snel aan WijkGGZ, maar dat kan ook door mijn ervaring komen dan hè, ik weet niet of het persé iets is wat ze wel of niet doen. Interessant om ook eens met ze te bespreken. Ze hebben natuurlijk veel specialistische kennis vanuit bijvoorbeeld Iriszorg, maar er zit geen systeemtherapeut of systemisch werker in het team.” - medewerker Sociaal wijkteam

Een huisarts noemt dat het juist een voordeel is van WijkGGZ dat ze naar het hele systeem kunnen kijken en zich niet beperken tot één gezinslid omdat enkel daarvoor een indicatie aanwezig is. Voor gezinnen waar andere hulpverleners niets kunnen doen omdat gezinsleden aangeven geen hulpvraag te hebben, zou deze respondent WijkGGZ als geschikte optie zien.

Het verder specificeren van de doelgroepomschrijvingen is lastig. De inhoudelijke afwegingen op basis waarvan gekozen wordt voor WijkGGZ mogen nog verder geconcretiseerd en verfijnd worden. Een respondent noemt als reden om op dit moment niet meer te verwijzen naar het sociaal wijkteam de enorme wachtlijst waarmee dit team te maken heeft. Een andere respondent kiest juist eerder voor het sociaal wijkteam, maar kan niet goed onder woorden brengen waarop deze keuze gebaseerd is.

“Hoe ik de afweging maak tussen WijkGGZ en sociaal wijkteam? Ik denk dat ik nu nog steeds sneller de weg vind naar het sociaal wijkteam. Wat zorgt voor die keuze is interessant, mogelijk dat ik dan denk dat degene die ik aanmeld te licht is voor WijkGGZ? Maar hoe ik dat beeld geschetst heb weet ik ook niet precies, dat gaat deels onbewust.” - medewerker Bindkracht10

Eén respondent noemt nu vooral op gevoel te verwijzen, of de verwijzing komt tot stand doordat ze een medewerker van WijkGGZ tegenkomt in het wijkcentrum en diegene aanspreekt over een casus. Signalen die binnenkomen bij ketenpartners snel kunnen bespreken met WijkGGZ zorgt ervoor dat deze in een vroeg stadium opgepakt kunnen worden. Respondenten illustreren ook aan de hand van casuïstieken welke cliënten in aanmerking komen voor verwijzing. Daaruit komt het beeld naar voren dat criteria voor aanmelding niet zozeer liggen op specifieke ziektebeelden/problematieken, maar meer op de aard en context van de hulpvraag.

“Patiënten die veel problematiek ervaren op verschillende leefgebieden, waarbij soms hulpverlening vanuit welzijn betrokken is, maar wat meermaals mislukt, zijn vaak gebaat bij een gesprek met een hulpverlener van team WijkGGZ. Bovendien zijn er veel cliënten in de wijk die helemaal niet bij FACT horen, omdat het geen EPA is of omdat er sprake is van ‘lichtere problematiek’ waardoor SGGZ niet geïndiceerd is. WijkGGZ kan ook daar een rol spelen.” - huisarts

Doelstelling begeleiding

Aansluiten bij de wensen van een bewoner en de ruimte hebben om daar op in te kunnen gaan, wordt gezien als een factor die bijdraagt aan het ambulant kunnen blijven begeleiden, zo blijkt uit een voorbeeld vanuit Dukenburg. De complexiteit van een casus wordt veelal ervaren door het professionele netwerk om een bewoner heen. Vaak blijken enkele gesprekken met de ervaringsdeskundige voldoende om een probleem op te lossen.

De herstelgerichte manier van werken staat centraal vanaf de start, benoemen teamleden. Zo laagdrempelig mogelijk, en zonder wachtlijsten. Benoemen wat goed gaat en vanaf de aanmelding

starten met normaliseren in plaats van diagnosticeren. Het niet hanteren van een vaste intakestructuur is voordelig, omdat die structuur niet altijd aansluit bij een bewoner. De bestuurder RIBW noemt dat de uitgangspunten qua herstelondersteunend begeleiden niet anders zijn dan binnen de moederorganisaties. Je moet als professional goed kunnen afstemmen op de fase van herstel van een bewoner, en daarop de begeleiding inschatten. Ketenpartners zijn tevreden over hoe WijkGGZ werkt vanuit herstelondersteuning, waarbij ze zich dicht bij de leefomgeving van de bewoner bevinden. Een respondent van Tiel Herstelt noemt dat WijkGGZ zich richt op de psychische last in het dagelijks leven en indien nodig ook zoekt naar oplossingen voor praktische problemen.

Vanuit de teams komt naar voren dat in het eerste gesprek aandacht besteed wordt aan vraagverheldering en kennismaking, en daar wordt de tijd voor genomen. Teamleden willen onbevangen het eerste contact ingaan en daarom liever niet te veel voorinformatie hebben over een burger. Ze willen zich bij de aanmelding niet laten leiden door de behoefte van de samenwerkingspartner die aanmeldt, maar eerst de bewoner leidend laten zijn en centraal zetten. Een bewoner die gesproken werd binnen dit onderzoek, vond het prettig dat er naar hem geluisterd werd in zijn wens tot hulp in het regelen van thuiszorg. Matching met een hulpverlener komt pas na het eerste gesprek aan de orde. De aanwezigheid van een ervaringsdeskundige helpt om sneller contact te kunnen maken. Er worden geen doelen of tijdsplanning geformuleerd bij nieuwe aanmeldingen. Er wordt uitgegaan van de vraag van een bewoner. Teamleden noemen dat luisteren naar het probleem en in gesprek gaan, er zijn en snel kunnen reageren op wat iemand zelf een probleem vindt hierbij van belang is. Door meer tijd te hebben, ervaren ze ruimte om het 'probleem achter het probleem' te kunnen achterhalen.

Meerdere bestuurders noemen integraal werken als uitgangspunt van WijkGGZ: zowel begeleiding bieden, als behandeling. Behandeling is een optie als een bewoner op dat vlak een hulpvraag heeft, zo wordt vanuit de teams toegevoegd. Dat wordt dan vormgegeven door de teamleden met een behandelaarsfunctie, aldus team Dukenburg.

Beide teams zeggen dat ervaringsdeskundigen op papier "in de lead zijn", maar vanuit praktisch oogpunt (per team zijn er twee ervaringsdeskundigen) is dat niet continu haalbaar. In de agenda van de ervaringsdeskundige is niet altijd voldoende tijd, zeker wanneer een ervaringsdeskundige aan de slag gaat met een bewoner die meer tijd vraagt. De bestuurder van de instelling voor verslavingszorg benoemt de centrale rol van ervaringsdeskundigen die met mensen in gesprek gaan, waarna hun vraag verandert. Daarbij wordt uitgegaan van de vraag: "wat heeft u nou nodig?". Door die vraag te stellen, geven mensen vaak iets anders aan dan bij een 'reguliere' intake.

Team Dukenburg heeft geen expliciete afspraken gemaakt over de duur van begeleiding. Ze vertrouwen op elkaars onderlinge expertise om dit te kunnen inschatten. De intensiteit van begeleiding wordt doorgaans vastgesteld op geleide van wat de bewoner aangeeft. In casuïstiekbesprekingen wordt

gezamenlijk een inschatting gemaakt over wat nodig is qua intensiteit, waarbij de begeleiding altijd “nut moet hebben”. Vaak is er in het team consensus over de mate van begeleiding. Ook een teamlid Tiel geeft te kennen dat de intensiteit van de begeleiding afhankelijk is van de bewoner, en de eigen inschatting. Hoe intensief de begeleiding zou mogen zijn, mag volgens dit teamlid duidelijker worden afgesproken.

Team Dukenburg zegt dat WijkGGZ kan worden ingezet ter overbrugging naar de GGZ als iemand in nood is. Dit blijkt ook uit de casestudy van bewoner Isabel (hoofdstuk 3.4). WijkGGZ kan ook een rol hebben in de lange begeleiding richting diagnostiek en behandeling. Hierbij wordt aan de hand van de bewoner meegelopen. Dit soort overbruggingscontacten kunnen snel worden opgestart.

De regievoering in het hulpverleningstraject van WijkGGZ ligt doorgaans bij de bewoner. De RIBW-bestuurder benoemt dat de wijkgerichte focus van WijkGGZ blijkt uit het feit dat teams zichzelf dusdanig positioneren in een wijk zodat ze zichtbaar, bereikbaar en benaderbaar zijn binnen de wijk(en) van hun werkterrein. Deze bestuurder ziet een meerwaarde in het opzetten van WijkGGZ als zelfstandige (organisatie)eenheid, iets dat zou kunnen bijdragen aan het ontschotten van het hulpverleningsaanbod. De bestuurder vanuit de gemeente benoemt dat er meer psychische problemen zijn in de wijk, en dat je dan dichtbij moet zijn, ook voor het draagvlak voor als er problemen zijn.

Inhoud van de begeleiding

Algemene uitgangspunten die aangedragen worden door beide teams, zijn dat het prettig is om niet te hoeven voldoen aan begeleidings- en behandelplannen. Een begeleidingsplan zorgt ervoor dat je met een vooropgezet idee een gesprek gaat. Door dit juist los te laten, kom je ‘gewoon’ met iemand in gesprek. Werken met behandelplannen en Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt vanuit de teams gezien als iets wat moet vanuit zorgverzekeraars of een moederorganisatie. De teams ervaren binnen WijkGGZ geen druk vanuit financierings- en bijbehorende registratie-eisen, waardoor ze ruimte voelen te investeren in het contact. Door minder tijdsdruk en dossiervoering kan er geëxperimenteerd worden. Dat er niet gewerkt hoeft te worden met behandelplannen, betekent niet dat dit door geen enkel teamlid gedaan wordt. Een teamlid uit Dukenburg illustreert dit aan de hand van onderstaande casus.

“Hoe dat dan gaat, ik zeg: pak eens even een kladblok, dan gaan we een plannetje maken. En zij heeft dat plan in bezit, niet ik in mijn computer die ik moet aftikken bij de verzekeraar. Dus zij heeft het kladblok in de la liggen, waar het hoort. We hebben dat samen gemaakt, toen heeft ze een week gehad dat het niet zo goed ging, toen hebben we een extra weekje stabiliseren in het plan opgenomen. Dan heb je toch een wijziging en dat wordt in haar kladblok doorstreept en opnieuw bespreken. Volgens mij is dat zoals het hoort. Dus ik ben helemaal niet van eindeloos doorgaan zonder doelen, helemaal niet.” – teamlid Dukenburg

Uit observaties van de teamoverleggen komt naar voren dat er in wisselende mate gewerkt wordt met doelen in het behandelcontact. In casuïstiekbesprekingen is niet altijd duidelijk wat het doel is van de interventies die besproken worden en / of wat de doelen van de burger zijn waaraan samen gewerkt wordt. Een teamlid Dukenburg noemt dat het ideale beeld van WijkGGZ voor haar zou zijn dat het team beschikt over een dossier met diverse formats, bijvoorbeeld voor een behandelplan en een signaleringsplan. Teamleden kunnen dan samen met de burger bepalen waar hij behoefte aan heeft, zonder dat de inzet van plannen is ingegeven door financierings-eisen.

De teamleden vermelden dat de huidige werkwijze zonder dossier kwetsbaar is. Bijvoorbeeld wanneer een medewerker uitvalt levert het problemen op. De inzet van behandel-/begeleidingsmethodieken zou gestructureerder kunnen worden als er in de toekomst gewerkt wordt met een rapportagesysteem.

“Van sommige mensen weet ik de leeftijd niet eens. Misschien niet belangrijk voor de hulpvraag...” Teamlid Tiel.

Dat een registratiesysteem ook gebruikt kan worden om cijfers over bewoners bij te houden, wordt door de teams onderkend. Dit wordt door de teams wel vooral gezien als “een probleem voor de bestuurders” en niet als iets waar teams zelf baat bij kunnen hebben.

Vanuit team Dukenburg wordt benoemd dat de behandelinhoudelijke aspecten (methoden en technieken) in het contact met bewoners niet anders zijn dan binnen de moederinstellingen. Uit observaties van huisbezoeken komt dit beeld eveneens naar voren. Er wordt aangestipt dat de verwachtingen over wat er qua behandeling vanuit WijkGGZ mogelijk is, niet te hoog moeten zijn. Kleine aspecten van behandeling kunnen ook door teamleden WijkGGZ worden opgepakt, en daar zijn geen specialisten voor nodig.

Beide teams zien de inzet van ervaringsdeskundigen als meerwaarde. Dit komt de geloofwaardigheid van de begeleiding ten goede. Vanuit team Tiel wordt de term empowerment aangedragen. Hiermee wordt bedoeld op de mate waarin een bewoner in staat is om relevante anderen te betrekken. Het inschakelen van het netwerk, en het gebruiken van hun kracht. WijkGGZ doet dit samen met de bewoner, indien nodig. Om empowerend te kunnen werken, wordt eclectisch gehandeld vanuit een verzameling van alle methodes. In het contact met de bewoner van WijkGGZ noemen hulpverleners van team Tiel vaak veel opener te zijn dan in hulpverleningscontacten in de moederinstelling, en meer te werken in de rol van een coach.

Teamleden Tiel noemen dat het van belang is in het eerste contact met de burger om niet te sturen, maar gewoon te interviewen, en te luisteren. De tijd hiervoor nemen in plaats van meteen invullen en het aandragen van oplossingen. Benoemen wat iemand zelf aandraagt zodat iemand zich gehoord

voelt; spiegelen. Dat kan leiden tot nieuwe inzichten of eigen oplossingen. Een teamlid in Tiel vult aan dat de presentiebenadering en de Herstelondersteunende Kennismaking (HOK) worden ingezet in het eerste gesprek. Wel wordt in de focusgroepgesprekken gemerkt dat de term HOK niet bij alle teamleden meteen een belletje doet rinkelen. De reden achterhalen waarom iemand in contact wenst te komen, wordt aangehaald als iets dat in het eerste contact gebeurt. Daarnaast is het van belang om zicht te krijgen op hoe het dagelijks leven eruit ziet, en wat iemand verder mist.

De bestuurder vanuit de gemeente benoemt het belang van “gewoon op huisbezoek kunnen gaan”, en kunnen aansluiten bij de vraag “wat zou u willen?”. Daarbij helpt het volgens deze bestuurder om niet vast te zitten aan een bepaald stramien of behandeltraject.

Teamleden geven aan dat in tweede gesprek de aandacht vaak gericht is op het verduidelijken wat WijkGGZ doet, iets waar bewoners dan vaak ook zelf naar vragen. In dit gesprek volgt vaak ook de introductie van een tweede collega, en dat is een nieuw element voor de bewoner. Een bewoner in een casestudy lijkt zich gehoord te hebben gevoeld doordat er met haar gereflecteerd werd en meegedacht over de complexe situatie waar zij zich in bevond. Daarin leek de ervaringsdeskundige een grote rol te spelen in hoe de contacten werden ingericht. Deze contacten volgden het tempo en behoeften van de bewoner. De gemeentebestuurder vertelt dat de waarden vertaald zijn naar “*bepaalde methodieken en manieren van werken*”. Daarbij wordt ook gedoeld op het actieleren en de leermethodiek van “*dat wybertje*”.

Ketenpartners benoemen dat er wisselend contact is met WijkGGZ na verwijzing, afhankelijk van de situatie. Een respondent van Tiel Herstelt noemt dat het ‘en-en’ is; contact met WijkGGZ, én Tiel Herstelt kan tegelijkertijd plaatsvinden. Er vindt warme overdracht plaats waar nodig. De succesfactor hiervoor is dat de ervaringsdeskundigen van beide teams elkaar kennen en vertrouwen. Een respondent van Bindkracht10 noemt dat als hulpverlening vanuit de eigen instelling gecontinueerd wordt, en WijkGGZ aanvullend wordt ingezet, er een laagdrempelige samenwerking is. Professionals sluiten aan bij elkaars gesprekken met de bewoner, en er wordt samen opgetrokken waar nodig om de zorgverlening zo goed mogelijk af te stemmen. Een huisarts noemt dat medewerkers WijkGGZ aan haar terugkoppelen via korte lijnen. Ze bellen haar op en ze rapporteert direct in het dossier van de cliënt, of medewerkers maken een verslag en sturen dit toe via de beveiligde omgeving van Zorgmail.

“Ik ben helemaal blij. Hou de korte lijnen en maak het niet te ingewikkeld voor iedereen. Korte lijnen, dat is wat de huisartsen willen. Je belt: ‘ja dat kan. Goed, neem het van mij over. Prima, klaar.’ Dan is de patiënt geholpen, wat wil je nog meer dan dat?” - huisarts

Vertrouwen wordt meermaals genoemd door respondenten. Na een aanmelding van een bewoner bij WijkGGZ kan een ketenpartner erop vertrouwen dat WijkGGZ de casus ook oppakt. Er is na verwijzing niet altijd nog contact over de bewoner, maar er is wel vertrouwen dat WijkGGZ haar werk goed zal

doen. Ondanks dit vertrouwen komt naar voren dat terugkoppeling wel wenselijk kan zijn, uiteraard indien de bewoner hier toestemming voor geeft. Vooral casuïstiek waarbij de hulpverlening door WijkGGZ niet goed loopt of niet passend is, wordt teruggekoppeld. Er wordt gewerkt vanuit het principe 'geen nieuws is goed nieuws'. Ketenpartners noemen dat het goed is om samen met WijkGGZ nog aandacht te hebben voor de stappen ná verwijzing. Er is geen werkdocument of procesbeschrijving, het proces is informeel tot stand gekomen en er wordt in dit proces niets geregistreerd. Voor de respondent van WerkZaak, die maandelijks aansluit bij het teamoverleg van WijkGGZ, is dit anders. Zij wordt in deze overleggen op de hoogte gehouden van de voortgang.

Een terugkoppeling heeft voor de ketenpartners naast meerwaarde op het niveau van de bewoner, ook meerwaarde op procesniveau. Door actieve terugkoppeling kan over het verloop van het traject bij WijkGGZ in de samenwerking met elkaar daarvan geleerd worden. Zoals bij het verfijnen welke bewoners passend zijn voor verwijzing naar WijkGGZ. Op cliëntoverstijgend niveau wordt door de respondent van WerkZaak ook genoemd dat de contacten met hulpverleners van WijkGGZ waardevol zijn, omdat deze een laagdrempelige ingang zijn tot andere samenwerkingsvormen.

Vanuit het Steun en informatiepunt (STIP) geeft een respondent aan dat het van meerwaarde zou zijn om bij complexe casussen concrete informatie te hebben over wie de vaste contactpersoon is voor een bewoner vanuit WijkGGZ. Daar kan dan naar verwezen worden als vrijwilligers de bewoner te woord staan bij STIP. Er zou op dat vlak meer samen opgetrokken kunnen worden in de begeleiding, bijvoorbeeld door vaste bezoeken van de bewoner aan STIP op te nemen als onderdeel van het begeleidingsplan. Een warme overdracht na afronding is van meerwaarde, zodat vrijwilligers van STIP de verwachtingen over wat STIP kan bieden, beter duidelijk kan maken aan bewoners. Naast contact met professionals WijkGGZ na verwijzing, is ketenpartners ook gevraagd of er nog contact is met bewoners. Eveneens is er gevraagd of er met hen teruggeblikt is op de begeleiding die vanuit WijkGGZ geboden is. Voor respondenten die de hulpverlening afsluiten na verwijzing WijkGGZ is dit niet aan de orde. Respondenten waarbij de WijkGGZ aanvullend is ingezet, noemen dit nog niet bewust gedaan te hebben, waar dit bij een aantal bewoners wel goed gekund zou hebben.

Afronding

Begeleiding door WijkGGZ kan langer dan 6 maanden duren, zo wordt door beide teams benoemd. Team Tiel vertelt dat het afronden een natuurlijk proces is. Als de bewoner wordt doorverwezen of aangeeft geen contact of ondersteuning meer nodig te hebben, dan kan er worden gestopt. Een obstakel bij verwijzing vanuit WijkGGZ naar SGGZ is dat bewoners dan vaak op een wachtlijst terecht komen waardoor behandeling niet gestart kan worden op het moment dat dit geïndiceerd is én de bewoner hier gemotiveerd voor is. Team Tiel noemt dat er geen criteria geformuleerd zijn voor afronding. Goede nazorg wordt wel van belang geacht. De verwachting is dat dit crises voorkomt, iets dat prettig is voor de burger maar ook maatschappelijk gezien kostenbesparend

is. Laagdrempelig contact laten bestaan waarbij op- en afschaling kan plaatsvinden naar gelang opspelende kwetsbaarheid van een burger wordt als mogelijkheid genoemd.

Ik denk niet dat we criteria aan een tijdsperiode moeten koppelen, maar dat we ze wel moeten beschrijven. Een voorbeeld is dat ik bij een man betrokken ben die ik al vanaf het begin ken met een psychotische kwetsbaarheid die af en toe opspeelt. Hij wil niet binnen de FACT-zorg die er normaal voor bestemd zou zijn. Dat heeft ie wel gehad, maar dat is mis gegaan [...]. Ik denk dat ik bij wijze van spreken nog wel 10 jaar bij die man zou kunnen blijven komen. Omdat af en toe die kwetsbaarheid opspeelt, en dan is dat belangrijk. En in de tussentijd kan ik dat misschien wel wat afschalen, zolang er maar laagdrempelig contact blijft. [...] Maar dit is een uitzondering denk ik. De meest mensen sluiten af als de hulpvraag minder is, of weg is. Als iemand in een ander traject komt is dat voor ons reden om te stoppen. – teamlid Tiel

Team Dukenburg noemt dat afsluiting plaatsvindt wanneer hulpverlening langdurig wordt. Afronding vindt volgens team Dukenburg daarnaast plaats, wanneer WijkGGZ zichzelf overbodig heeft gemaakt.

Preventie

Bij het thema preventie worden de gegeven antwoorden besproken aan de hand van de verschillende vormen van preventie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen het aanbieden van preventieve activiteiten in de wijk ter voorkoming/verergering van problematiek bij mensen die nog niet in beeld zijn bij WijkGGZ (universele preventie), selectieve preventie gericht op bevolkingsgroepen in de wijk met een verhoogd risico op het ontwikkelen van gezondheidsklachten en secundaire en tertiaire individuele preventie bij bewoners die al in beeld zijn bij WijkGGZ.

De teamleden benoemen dat preventie één van de gestelde doelen van WijkGGZ is. Hoe dit concreet “uitgerold” moet worden, is nog niet uitgewerkt. Teamleden hebben het onderscheid tussen verschillende vormen van preventie hierbij niet scherp op het netvlies. Het beter kunnen bereiken van de burger kan al preventief werken, zo wordt geopperd. In de praktijk worden al activiteiten ontplooid die bijdragen aan selectieve preventie. Zo is er afstemming met de woningbouwvereniging waarbij WijkGGZ een seintje krijgt bij een dreigende uithuiszetting. In dat geval kan WijkGGZ langs gaan, en kijken wat ze kunnen betekenen. Ook is er in Dukenburg een plan om samen met een opbouwwerker een expositie te maken in de wijk op basis van photovoice. Daarmee kunnen verhalen van burgers gedeeld worden, waardoor er hopelijk wederzijds begrip ontstaat, zodat mensen meer oog voor elkaar hebben. De verwachting is dat dit een bijdrage kan leveren aan het bieden van universele preventie. Verder wordt in dit kader aangestipt dat WijkGGZ een voorbeeldfunctie in een wijk kan hebben over hoe je met elkaar omgaat. Dat moet nog worden uitgewerkt in concrete activiteiten. Uiteindelijk zou dat een bijdrage kunnen leveren aan het verkleinen van onwetendheid, bijvoorbeeld omtrent het oplossen van eigen eenzaamheid. De initiatieven die de teams willen uitwerken rondom dit thema ontstaan intuïtief en in de interactie met wijkbewoners, waarbij de

stappen van de ontwikkeling, uitvoer en evaluatie (nog) niet methodisch worden uitgewerkt, bijvoorbeeld door gebruikmaking van de Plan-Do-Check-Act cyclus. Door teamleden wordt genoemd dat de preventieve activiteiten alleen samen met wijkbewoners kunnen worden vormgegeven. De bestuurder van de GGZ-instelling benoemt dat een wijkgerichte focus met aandacht voor universele preventie vraagt om een investering. Zij baseert zich in deze op ervaringen in de sector van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT). Of die relatie in de wijken opgebouwd kan worden met de inzet van WijkGGZ die nu gerealiseerd is, is voor deze bestuurder een oprechte vraag. De gemeentebestuurder noemt het belang van netwerkvorming. Vandaar ook de keuze om WijkGGZ op stadsdeelniveau te organiseren, omdat dit helpt om korte lijnen te creëren. Plekken waar jongvolwassenen zich begeven, zoals middelbare scholen of ROC's, zouden aanknopingspunten kunnen zijn voor preventieve activiteiten. Vroegsignalering van problemen kan mogelijk latere behandeling voorkomen. Daarbij wordt door een teamlid geopperd om aan te sluiten bij jongeren die vanuit de jeugdzorg de overstap moeten maken naar volwassenen-ondersteuning, om dit proces soepel te laten verlopen. Onduidelijk is hoe deze preventieve activiteiten die zich richten op jeugd en jongvolwassenen zich verhouden tot de doelgroep van volwassenen waarvoor WijkGGZ ingezet wordt.

Een dilemma wordt aangestipt in het preventief signaleren van problemen in de wijk. Want actief ergens op afstappen behoort volgens de teams eigenlijk toe aan bemoeizorg of meldpunt bijzondere zorg, en niet zozeer bij WijkGGZ. Wel worden er kansen gesignaleerd door laagdrempelig in gesprek te gaan met bewoners in buurthuizen, waarmee je kunt laat weten dat je er bent. Onduidelijk is of, en zo ja wat, het effect is van deze gesprekken.

Vanuit bestuurlijk niveau wordt door de bestuurder van de verslavingszorginstelling genoemd dat aandacht voor universele en selectieve preventie het maatschappelijke belang van WijkGGZ kan vertegenwoordigen. De bestuurder RIBW zegt dat een van de doelen die nagestreefd worden in WijkGGZ zich richt op het voorkomen van opschalen van zorg (tertiaire preventie). Hiervoor moeten wijkbewoners ondersteund worden bij een hulpvraag, waardoor verder afglijden wordt voorkomen. Teamleden herkennen dit en noemen dat de aanpak van WijkGGZ er bij lopende contacten soms toe geleid heeft dat verdere verslechtering of een verwijzing naar de tweede lijn werd voorkomen. Een valkuil voor de teams WijkGGZ is dat bij een stijgende druk op de caseload, het risico bestaat dat preventieve activiteiten als eerste naar de achtergrond zullen verdwijnen doordat hier onvoldoende tijd en ruimte voor gemaakt kan worden. Dit consequent inbedden en meenemen in het takenpakket is van belang om daadwerkelijk een continue preventieve inzet te realiseren.

Casestudy - Peter

Achtergrond

Peter (53 jaar) is tot 2019 nooit in aanraking geweest met hulpverlening. Hij liep wel vaker vast op verschillende levensgebieden en in 2019 is hulpverlening vanuit POH-GGZ opgestart. Dit traject was niet helpend, Peter noemde dat het niet aansloot op zijn vragen. Aansluitend is hij door de huisarts doorverwezen voor diagnostiek - vereist om in aanmerking te komen voor geïndiceerde woonbegeleiding met praktische ondersteuning - waar een persoonlijkheidsstoornis en ASS werd vastgesteld. Peter kon zich niet vinden in dit advies en het ingeslagen traject en besloot een nieuwe huisarts te zoeken. De ervaring zorgde ervoor dat hij geen vertrouwen meer had in de hulpverlening. Hij had het gevoel dat ze niet deden wat hij nodig had, maar enkel diagnostiek uitvoerden voor eigen belang. Dit was het moment dat zijn broer besloot om Peter aan te melden bij het Sociaal wijkteam. Via hen is Peter aangemeld bij WijkGGZ. Indicaties voor aanmelding waren de complexiteit van de casus waarbij laagdrempelige insteek nodig was, de directe hulpvraag waarbij nog niet duidelijk was wat Peter nodig had hierin en de betrokkenheid van het steunsysteem. Ook de lange wachtlijst van het Sociaal wijkteam speelde hierin een rol.

Begeleiding WijkGGZ

Het eerste contact met WijkGGZ was een gesprek samen met zijn broer en een ervaringsdeskundige en SPV van het team. Peter vond dit gesprek prettig. Hij kon zijn verhaal doen en had voor de eerste keer het gevoel dat het om hem ging. De begeleiding richtte zich in de eerste periode op twee doelen waar Peter zelf in vastliep en die ook aansloten op de wens van zijn broer: Peter de ruimte geven om te ventileren en daarnaast het aanbieden van tools die hij kon inzetten als hij vastliep in oplopende emoties. Na enige tijd is de behandelaar WijkGGZ meer naar de achtergrond gegaan in het contact en is begeleider WijkGGZ (Els, fictieve naam) geïntroduceerd. Zij is aan de slag gegaan met ambulante woonbegeleiding, omdat de hulpvraag van Peter inmiddels op dat terrein lag. De SPV hield contact met de huisarts. De praktische ondersteuning richtte zich op het bieden van structuur, op meerdere terreinen, het houden van contact met broer van Peter, hulp bij administratie en het regelen van afspraken bij instanties, en bij het opruimen van de woning. Peter noemt Els 'zijn externe harde schijf', waardoor hij kleine doelen behaalt, en daarmee succeservaringen opdoet. Els geeft Peter de regie in de wekelijkse contacten die er zijn. Peter bepaalt de agenda en Els vraagt of ze suggesties hiervoor mag doen als hij er zelf niet uitkomt. Samen pakken ze en praktische zaken op. Indien het uitvoeren van een actie Peter niet lukt, doen ze het samen. Na een aantal maanden begeleiding ging het minder goed met Peter en zijn broer maakte zich veel zorgen. Els signaleerde dat de broer van Peter zich verantwoordelijk voelde voor zijn welzijn en door de zorgen die hij had steeds meer de rol van hulpverlener in plaats van broer op zich nam. Dit zorgde voor spanningen in het systeem, waarop Els samen met de betrokken SPV een systeemgesprek georganiseerd heeft. In dit gesprek is gesproken over rolconflicten en de manier waarop de broers het beste met elkaar om konden gaan.

De SPV stemde af met de huisarts over medicatie en er werd Peter een aanbod tot behandeling gedaan. Er is intensief contact onderhouden met broer, om hem te coachen in het vervullen van zijn rol als broer. Peter en zijn broer hebben beiden psycho-educatie gekregen op diverse momenten in de begeleiding, aansluitend bij de vragen en behoeften die op dat moment speelden. Dit was steunend voor broer, waarna op verzoek ook een familiegesprek georganiseerd is rondom de gezinsrollen, waar een zus en de vader ook aan deelnamen.

Omdat Peter ook op de langere termijn ondersteuning nodig zal hebben, heeft Els met hem gesproken over een overdracht naar de RIBW. Peter is hiermee accoord en Els zorgt voor een warme overdracht naar RIBW. Els heeft geregeld dat er daarnaast een tijdelijke indicatie huishoudelijke hulp is geregeld en heeft ondersteuning bij de financiën vanuit Bindkracht10 opgestart.

Meerwaarde WijkGGZ

Volgens de begeleider WijkGGZ lag de meerwaarde van WijkGGZ in dit contact in de mogelijkheid tot op- en afschalen van zorg en het anticiperen op veranderende hulpvragen. In het contact met Peter zet de begeleider dezelfde methodieken in als tijdens haar werk in de moederinstelling. Anders is de directe samenwerking met ervaringsdeskundige en systeem van cliënt en huisarts. Doordat er binnen WijkGGZ meer tijd beschikbaar is die flexibel ingezet kan worden, kan beter ingespeeld worden op de behoeften van Peter. De begeleider noemt dat dit niet betekent dat er ook méér tijd wordt ingezet. In de casus van Peter was de oorspronkelijke vraag waarmee broer Peter aanmeldde een indicatie voor beschermd wonen. Door gemiddeld twee uur per week ambulante ondersteuning aan Peter te bieden en het systeem en de huisarts hierin te betrekken én gebruik te maken van voorliggende voorzieningen, is dit (vooralnog) niet nodig. Van meerwaarde bij de afronding van de begeleiding is de mogelijkheid om warm over te dragen en samen met de begeleider RIBW dit op te pakken. Binnen de moederinstelling is deze vorm van overdracht niet mogelijk, omdat twee zorgaanbieders maar op één dag tegelijk uren op een beschikking mogen schrijven waardoor overdracht op deze enkele dag dient plaats te vinden.

Peter en zijn systeem noemen weer vertrouwen te hebben in de hulpverlening, door de laagdrempelige behandeling, gericht op wat nodig is. Ze hebben de handleiding van 'cliënt en systeem' ontdekt. Peter woont nog zelfstandig en grote sociaal-maatschappelijke problemen op financieel vlak en/of vervuiling, zijn niet aan de orde.

3.3 Structure

Met de categorie Structure wordt ingezoomd op de verdeling en ordening van taken binnen WijkGGZ. Hoe lopen organisatorische lijnen en waar liggen bevoegdheden?

Teamleden Dukenburg noemen dat de weg richting behandeling makkelijker en directer kan. De eerste opzet van WijkGGZ was dat behandeling vanuit het team zou worden gedaan. Dat is niet handig, zo wordt genoemd. Als suggestie wordt aangedragen dat vanuit elke organisatie hoofdbehandelaren⁴ te consulteren zouden zijn bij WijkGGZ. Een teamlid Tiel merkt hierbij op dat het goed zou zijn als het team een onafhankelijke psychiater op consultatiebasis zou kunnen laten participeren in het team, om te voorkomen dat er al vooraf een gekleurd beeld is van een cliënt omdat deze al bekend is bij de betrokken instelling waar de psychiater werkzaam is. De mogelijkheid tot consultatie is niet eenduidig geregeld vanuit de moederorganisaties. Vanuit Iriszorg en RIBW vindt er wel eens consultatie plaats, maar vanuit Pro Persona is dat niet concreet geregeld, en dan gebeurt het ook niet. Tijdens een projectgroepoverleg, waarin het vormgeven van consultatie besproken werd, werd als risico genoemd dat het aanbod voor consultatie niet leidend mag zijn. Een valkuil is dat indien een bepaalde expertise niet aanwezig of beschikbaar is, deze niet geconsulteerd wordt en dit onderdeel van de behandeling niet wordt opgepakt waar dit wel gewenst zou zijn.

De visie op de rol van behandeling in de teams WijkGGZ is aan het einde van de pilot nog niet uitgewerkt. Het kiezen van een model van waaruit gewerkt kan worden vindt plaats tijdens het bestuurlijk overleg. Teamleden Dukenburg noemen dat langdurige behandeling vanuit WijkGGZ niet wenselijk is, maar dat deze behandeling plaats moet vinden vanuit de moederorganisatie, in samenhang met de hulpverlening van WijkGGZ. Daarnaast is er behoefte aan consultatie vanuit de moederorganisatie indien dit geïndiceerd is. De vrees is dat de mogelijkheid om deze consultatie op korte termijn te bieden onder druk zal komen te staan op het moment dat het aantal teams WijkGGZ toeneemt.

De teams WijkGGZ maken geen deel uit van de projectgroepen Dukenburg en Tiel, maar mogen deelnemen aan de projectgroepoverleggen. Team Dukenburg bereidt zich daarop voor, bijvoorbeeld door voorafgaand aan het overleg het evaluatierapport te bespreken en gezamenlijk de visie daarop te bespreken in het teamoverleg. Het team heeft in de dagelijkse praktijk niet te maken met de stuurgroep. Op aandringen van het team werd er samenwerking tot stand gebracht met het bestuurlijk overleg. Samenwerking op dat niveau wordt niet door alle betrokkenen als vanzelfsprekend beschouwd. Een bestuurder noemt dat het risico bestaat op vertraging van het implementatieproces van WijkGGZ in de regio indien teamleden participeren in het bestuurlijk overleg. Teamleden daarentegen spreken de

⁴ De termen hoofdbehandelaar en regiebehandelaar worden de afgelopen jaren beiden gebruikt, met verschillende definiëring door diverse instellingen over welke functies deze rol vervullen.

angst uit dat de bottom-up werkwijze, van waaruit in de gehele pilotfase gewerkt is, verloren gaat nu bredere uitrol plaatsvindt. Het is ook onduidelijk voor een teamlid Dukenburg of de taken van de project- en stuurgroep beschreven zijn. Er zijn geen afspraken gemaakt over de samenwerking en communicatie met de project- en stuurgroep. Wel wordt er een wens geuit tot een bottom-up constructie. Het vermoeden vanuit het teamlid is dat dit ook de wens is van de project- en stuurgroep. Bij de start van WijkGGZ was het niet logisch dat het team aan tafel zat bij de projectgroep. Toen fungeerde de projectcoördinator als 'doorgeefluik'. Gaandeweg is de aanwezigheid van het team bij het projectgroeptoverleg gerealiseerd. Er is één vast teamlid aanwezig bij het projectteamoverleg; op basis van de kwaliteiten van dit teamlid is de keuze voor dit teamlid dit tot stand gekomen. Tevens is er daarnaast iedere keer een ander teamlid eveneens aanwezig, zodat iedereen bekend raakt met de projectgroep. De projectgroep is ook gevraagd om bij WijkGGZ aan te sluiten, maar dat is vooralsnog niet gelukt. Uit observaties bij beide teams blijkt dat de teams hun positionering in de samenwerking met de projectgroep anders vormgeven. Team Dukenburg formuleert expliciete wensen ten aanzien van deze samenwerking, en bespreekt hierbij processen en beleid op mesoniveau actief om de eigen rol hierin vorm te geven. Team Tiel hanteert hierin meer afbakening tussen inhoud (teams) en beleid (project- en stuurgroep). Teamleden lijken minder affiniteit te hebben met het achterliggende beleid behorende bij de pilot en hebben vooral affiniteit met het directe hulpverleningscontact. Zij geven te kennen het doorgeefluik te missen naar de projectgroep, een rol die werd ingenomen door de inmiddels vertrokken projectcoördinator. Besluitvorming met vier betrokken organisaties wordt vanuit team Tiel bestempeld als log, en besluiten laten lang op zich wachten. De bestuurder van het RIBW noemt dat signalen vanuit de teams gedurende de pilotfase werden opgepakt naar de projectgroep om vanuit daar tot besluitvorming te komen. De besluitvormingsprocessen waren niet georganiseerd, maar dit verliep ad hoc en was "daadkrachtig genoeg".

Besluitvorming op punten vanuit het team wordt voorafgegaan doordat teamleden in gesprek gaan met projectgroepleden, of van tevoren een mail ter voorbereiding op projectgroeptoverleggen sturen. In de besluitvorming worden soms verschillende perspectieven gezien. Zo noemt team Tiel dat de projectgroep eenduidigheid wil omtrent promotiemateriaal, terwijl team Dukenburg te kennen geeft graag "*hun eigen smoel te kunnen geven*", want "*het is je eigen wijk*". In projectgroeptoverleg wordt de zorg uitgesproken over de mate waarin teams blijven samenwerken nu de pilotfase wordt afgerond en hoe voorkomen wordt dat ze elkaar uit het oog verliezen. De kans bestaat dat zich afzonderlijke eilandjes gaan vormen, maar ook dat ieder het eigen wiel gaat uitvinden.

Het enthousiasme over de proeftuinen vanaf de werkvloer was groot, zo draagt de RIBW-bestuurder aan. Er was sprake van een zoektocht en de sturing was niet heel strak, maar er werd bewust gekozen om van onderop te werken. Deze bestuurder stipt verder het volgende aandachtspunt aan:

“Aandachtspunt is hoe je vorm en inhoud geeft aan de punten waar je nu tegenaan loopt. Doe je dat voldoende gestructureerd op alle niveaus, hou je dat goed genoeg vast in de teams en de stuurgroep? Kijkend naar wat ik nu weet van de structuur doen we dat goed genoeg” - GGZ-bestuurder

De GGZ-bestuurder vertelt dat in het komende jaar moet blijken hoe WijkGGZ zich verhoudt tot FACT. Wanneer behandeling en begeleiding een gestructureerder karakter krijgt, kan WijkGGZ een voorloper van FACT worden, maar hoe dit zich ontwikkelt zal moeten blijken. Er is ad hoc bekeken hoe overleggroepen (project- en stuurgroep, stuurgroep psychische kwetsbaarheid) zich tot elkaar verhielden, zo noemt de gemeentebestuurder. Maar het is niet duidelijk hoe deze structuren zich tot elkaar verhouden. Daarvoor is een projectleider of beleidsadviseur nodig om dingen op papier te zetten. De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn aanwezig bij de vergaderingen in Dukenburg om vanuit hun “behandelaarsbril” hun meningen in te brengen.

3.4 Systems

Onder de categorie Systems vallen alle (in)formele werkwijzen, procedures, voorschriften en afspraken die binnen WijkGGZ gemaakt worden of aangehouden. Allereerst wordt er aandacht besteed aan de samenwerking met ketenpartners, en vervolgens wordt de samenwerking in het team besproken.

Samenwerking met ketenpartners

Voor de opzet van de samenwerkingsverbanden met ketenpartners is vooraf geen uitgewerkt plan opgesteld. Het leggen van contact met samenwerkingspartners ging soms op een natuurlijke wijze, omdat een teamlid al veel contact had met een samenwerkingspartners. Het was dan logisch dat diegene ook contactpersoon zou worden. Sommige contacten waren nog niet gelegd, die zijn verdeeld binnen het team waarbij teamleden de taak kregen om het contact te gaan leggen. In dit proces is de sociale kaart niet systematisch in kaart gebracht om te bepalen welke ketenpartners benaderd moesten worden. Team WijkGGZ Dukenburg noemt dat ze hierbij gefocust hebben op het benaderen van ketenpartners waarvan ze wisten dat deze bestonden en waarmee contact moest zijn.

“Dat is een beetje ‘random’ gegaan, we hebben niet iemand benaderd om de sociale kaart van Dukenburg in beeld te brengen en hier een lijstje van te maken.” - teamlid WijkGGZ Dukenburg

Gaandeweg zijn de samenwerkingsverbanden uitgebreid. Contacten werden opgedaan door het actief aanwezig zijn in de wijk en daar geïnformeerd worden over relevante partners, door in gesprek te gaan met bewoners, door een aanplakbiljet in de wijk van een relevante partner, of doordat partners zelf contact zochten met de WijkGGZ.

De contacten met samenwerkingspartners zijn niet statisch: er worden contacten uitgebreid of contactpersonen veranderd. De teams hebben geen overzicht van alle samenwerkingspartners met bijbehorende contactpersonen. Een teamlid van team Nijmegen noemt dat ze op dit moment veel van de samenwerkingspartners hebben bereikt.

Met het Brede Basisteam in Dukenburg is pas laat contact gezocht. Het teamlid Dukenburg benoemt dat ze nog actiever hadden mogen inzetten op het informeren van ketenpartners over WijkGGZ, bijvoorbeeld de woningcorporatie en thuiszorgorganisaties. Beide teams noemen dat er een kick-offbijeenkomst heeft plaatsgevonden, en dat ketenpartners actief benaderd zijn. Team Dukenburg heeft ook gaandeweg een promofilm opgenomen, en er zijn door teamleden presentaties gehouden bij mogelijke ketenpartners. Hierbij is uitleg gegeven over WijkGGZ. Als bijkomend voordeel wordt genoemd dat dit bijdraagt aan het vergroten van de naamsbekendheid van WijkGGZ. In gesprek gaan met burgers, bijvoorbeeld in wijkcentra of buurthuizen, met name door de ervaringsdeskundige, heeft meerwaarde. Dit wordt door beide teams onderkend. Genoemd wordt dat bewoners de ervaringsdeskundige dan ook weten te vinden wanneer ze ergens mee zitten.

De verschillende ketenpartners zijn op diverse manieren bekend geraakt met WijkGGZ. Eén ketenpartner, werkzaam als huisarts, is op verzoek van de projectcoördinator WijkGGZ bij de eerste opzet af en toe aanwezig geweest bij overleggen om mee te denken hoe WijkGGZ geïntroduceerd kon worden bij huisartsen. En ook om mee te denken over wat handig is in de samenwerking met huisartsen. Een aantal van de ketenpartners is aanwezig geweest bij de door de teams georganiseerde kick-offbijeenkomst WijkGGZ, andere ketenpartners noemen dat de samenwerking in de praktijk ontstaan is vanuit al bestaande contacten met teamleden WijkGGZ. Vanuit deze bestaande contacten zijn teamleden WijkGGZ aangesloten bij ketenpartners om in deze teams uitleg te geven over de werkwijze en het aanbod van WijkGGZ, en zijn ketenpartners aangesloten bij het team WijkGGZ om de samenwerking op te starten. Ketenpartners hebben de uitleg over de WijkGGZ die gegeven is bij de aftrapbijeenkomst als waardevol ervaren, maar noemen dat de waarde van WijkGGZ pas echt duidelijk werd toen er daadwerkelijk gestart is met samenwerking, door bewoners bij hen aan te melden. Door teamleden uit zowel Dukenburg als Tiel worden goede samenwerkingsvoorbeelden benoemd, waarbij korte lijnen tussen WijkGGZ en moederinstellingen een rol spelen. Daarbij is afstemming en consult met huisartsen en POH waardevol. Over het algemeen ziet team Dukenburg dat het prettig is dat WijkGGZ snel kan handelen, omdat een ketenpartner vaak al vastgelopen is. De reden van aanmelding van een casus kan bijvoorbeeld zijn dat er elders wachtlijsten zijn, vanwege overlastmeldingen of dubbel diagnoses. Laagdrempelige consultatie door WijkGGZ, zonder tussenkomst van een huisarts of verwijzing is mogelijk. Na aanmelding wordt binnen twee weken antwoord gegeven.

Ketenpartners zijn unaniem tevreden over het aanbod van WijkGGZ. Als belangrijkste reden hiervoor wordt het laagdrempelige karakter genoemd. Concreet houdt dit in dat ketenpartners letterlijk even naar binnen kunnen lopen bij collega's van WijkGGZ en een casus kunnen voorleggen ter consultatie.

Team WijkGGZ zoekt ketenpartners zelf actief op. Vanuit team Tiel sluit een ervaringsdeskundige vaak fysiek aan bij 'Tiel herstelt' om koffie te drinken. Dit zorgt voor een laagdrempelige samenwerking en verbinding met elkaar. Daarnaast sluit een teamlid aan bij het maandelijkse zorgoverleg in Tiel, waar casuïstieken besproken worden die moeizaam verlopen, en waar gekeken wordt welke zorgaanbieder het beste aan de slag kan met deze casus. Een geïnterviewde wijkcoach uit Tiel noemt dat WijkGGZ bekend is in Tiel, en gevonden wordt door relevante samenwerkingspartners.

In zijn algemeenheid wordt gesteld dat ketenpartners WijkGGZ weten te vinden, maar dat het andersom nog mager is. Daarbij werken succesverhalen als een olievlek, waardoor ketenpartners de weg naar WijkGGZ weten te vinden. Team Dukenburg heeft twee jaar geleden een folder verspreid over WijkGGZ. Team WijkGGZ Tiel heeft een folder gemaakt met informatie over de WijkGGZ die verspreid is bij de start. De folder wordt nu niet meer gebruikt, deze is op. Het gebruikte hotmail-adres (op een dergelijke folder) wordt door de teamleden niet gezien als sterke profilering, maar er wordt wel benoemd dat dit hoort bij een proeftuin. Vanuit de teamleden in Tiel wordt genoemd dat het hebben van een professioneel mailadres een randvoorwaarde is bij het vergroten van de naamsbekendheid, dit is bij het eindigen van de pilot echter nog niet gerealiseerd. Om de samenwerking tussen ketenpartners en WijkGGZ verder vorm te geven, zijn initiatieven ontstaan in de samenwerking om dit duurzaam te borgen. Er ontstond bij team Tiel in samenwerking met WerkZaak het idee om een medewerker van WerkZaak maandelijks aan te laten sluiten bij het overleg van team WijkGGZ, omdat ze veelal dezelfde doelgroep bedienen. Deze samenwerking bood ook kansen om preventief te werk te gaan. Dit komt naar voren bij cliënten van WerkZaak, waarbij sprake is van complexe problematiek, maar die zelf de stap naar de hulpverlening niet zetten. Hierbij kan laagdrempelig een hulpverlener van WijkGGZ worden geïntroduceerd door aan te sluiten bij een gesprek. Ook het tippen van team WijkGGZ over een zorgelijke casus met de vraag of de casus bekend is bij hen, gebeurt regelmatig. In de samenwerking biedt WijkGGZ ook consultatie aan WerkZaak, bijvoorbeeld bij cliënten waarbij het WerkZaak niet lukt om contact te leggen. Het bespreken van deze casuïstiek en het meedenken van team WijkGGZ hierin is waardevol. Team WijkGGZ Dukenburg biedt op donderdag in het wijkgebouw een inloopspreekuur voor bewoners, maar ook vrijwilligers van bijvoorbeeld de Stip kunnen daar terecht voor vragen en advies.

COVID-19 heeft een negatieve invloed gehad op het goed inbedden van de samenwerkingsinitiatieven. Meerdere ketenpartners noemen dat de ambities die naar elkaar uitgesproken waren op het gebied van op regelmatige basis met elkaar afstemmen en fysiek aanwezig zijn bij elkaars overleggen, zijn verwaterd sinds de COVID-19 pandemie. Dit doordat fysieke ontmoetingen niet mogelijk waren. Ook

teamleden WijkGGZ beamen dit. Team Dukenburg is in 2019 gestart met een werkgroep om de samenwerking met ketenpartners te versterken, ook dit is blijven liggen door de uitbraak van COVID-19. Alle betrokkenen noemen dat het van belang is om hierin zo snel mogelijk de draad weer op te pakken, omdat de meerwaarde van structureel ingebedde samenwerking breed wordt gedragen. Een aandachtspunt in de al opgezette samenwerkingsverbanden is de borging van continuïteit. In de samenwerking met sommige ketenpartners bestaat deze uit twee professionals: 1 teamlid WijkGGZ en 1 teamlid van de ketenpartner hebben een goede samenwerking opgezet, en ieder communiceert waar nodig verder in het eigen team. Deze opzet heeft als risico dat de samenwerking verloren gaat indien één van beiden (tijdelijk) geen deel meer uitmaakt van het team, maar garandeert ook niet automatisch dat kennis van elkaars werkwijze en aanbod wordt gedeeld met het gehele team. Hierdoor worden kansen tot samenwerking niet optimaal benut. Een teamlid Dukenburg noemt hierbij het voorbeeld van een overleg met de woningbouwvereniging begin 2021, waarin bleek dat voor hen nog onvoldoende bekend is waar ze WijkGGZ voor in kunnen zetten, ondanks de aanwezigheid van een contactpersoon van WijkGGZ voor een medewerker van de woningbouwvereniging. De aanname dat de samenwerking en informatie wederzijds daarmee gedekt is, is onjuist gebleken.

Om continuïteit te waarborgen in de samenwerking, is regelmatig contact van belang. Daar zijn geen standaard afspraken over gemaakt met samenwerkingspartners. Het proces van elkaar opzoeken gaat op natuurlijke wijze. Een teamlid Dukenburg noemt dat het inbedden van follow-up contacten wel goed zou zijn.

Verantwoordelijkheid voor een casus blijft bij de huisarts liggen noemen beide teams, en daarmee vindt overleg plaats wanneer de bewoner daartoe toestemming geeft. Bij zorglijke signalen, zoals bijvoorbeeld suïcidaliteit, verwardheid of vervuiling, wordt bemoeizorg ingeschakeld. De contacten met de huisarts zouden soms nog "*meer en strakker mogen*", aldus een teamlid Tiel.

De zichtbaarheid van WijkGGZ in de wijk, letterlijk en figuurlijk, wordt door teamleden benoemd als factor die de naamsbekendheid kan vergroten, en daarmee dus ook het aantal aanmeldingen. Fysieke aanwezigheid in de wijk, een logo en een website zijn voorbeelden van het beter kunnen bereiken van de burgers. Daarbij wordt benoemd dat een aantal succesverhalen op de website van waarde zouden kunnen zijn. De RIBW-bestuurder zegt dat positioneren binnen het netwerk gedaan kan worden door middel van PR en marketing. Daarbij kan gedacht worden aan professionalisering ten aanzien van een website, telefoon en mailadres. Een valkuil van het vergroten van de naamsbekendheid die een teamlid Tiel noemt is dat wachtlijsten voorkomen moeten worden. Er wordt benoemd dat het team het bestaansrecht van WijkGGZ wil aantonen door een volle caseload te hebben.

De bestuurders van de GGZ-instelling en de RIBW geven aan dat een duidelijke centrale, fysieke plek nodig is, voor besprekingen maar ook omdat daar samenwerking ontstaat. De bestuurder van de RIBW voegt daaraan toe dat deze fysieke plek niet 24/7 beschikbaar hoeft te zijn, maar wel op bepaalde tijden bruikbaar voor de teams.

De bestuurder van de GGZ-instelling noemt dat de link met de VVT nog gemist wordt. Dezelfde bestuurder zegt dat het perspectief van de gehandicaptenzorg in de proeftuinen vertegenwoordigd werd door Pluryn in Nijmegen, maar in andere regio's zouden andere LVB-partijen betrokken mogen worden. Het afstemmen op de lokale kleur, met andere woorden het afstemmen op andere professionele en informele netwerken in verschillende steden/wijken, is van belang. Daarbij wordt door de bestuurder RIBW benoemd dat ontschotting tussen organisaties wenselijk is, "om elkaar makkelijk te kunnen vinden in de keten".

Team Dukenburg heeft de voorkeur voor een fysieke locatie op de begane grond van het wijkcentrum: "letterlijk laagdrempelig". Het team noemt niet afhankelijk te zijn van het wijkcentrum waar ze gehuisvest zijn, omdat ze ook veel contacten onderhouden met POH en opbouwwerkers in de gehele wijk.

In beide teams vinden functioneringsgesprekken plaats bij de moederorganisaties. Betrokkenen is de vraag voorgelegd hoe de wenselijke situatie rondom functioneringsgesprekken eruit zou zien. Teamleden, maar ook bestuurders, hebben hier diverse ideeën over. Een teamlid Dukenburg merkt op dat het functioneren (bij disfunctioneren) eerst binnen het team besproken wordt. Wanneer dat onvoldoende resultaat oplevert, dan wordt er met de betrokken bestuurder van de moederinstelling gesproken. Vanuit team Dukenburg wordt aangedragen dat één cyclus van functioneringsgesprekken in het moederbedrijf voldoende is, maar daar wordt aan toegevoegd dat dit voor sommige teamleden met méér uren in WijkGGZ anders kan zijn. TeamTiel vindt dat er meer structuur in de functioneringsgesprekken mag zitten, bijvoorbeeld één of twee keer per jaar. De bestuurders van de GGZ-instelling en de instelling voor verslavingszorg zijn van mening dat evalueren en jaargesprekken binnen de teams plaats zouden moeten vinden. Nu gebeurt dat nog binnen de moederorganisaties. De bestuurder van de RIBW benoemt dat "we elkaar snel vonden als er iets was". De gemeentebestuurder vermoedt dat functioneringsgesprekken nog "*in de lijn vanuit de moederorganisatie plaatsvinden*". De rollen en aansturing hierin zijn nu nog onduidelijk. De verslavingszorgbestuurder zou een voorkeur hebben voor een voorstel vanuit de teams voor een evaluatieplan. Daarop aansluitend ziet deze bestuurder het voor zich dat verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie worden belegd, maar wel met ruimte voor een leidinggevende waar op teruggevallen kan worden. De RIBW-bestuurder geeft aan dat het monitoren van het functioneren in de teams nog vastgelegd moet worden, en dat dit op de agenda staat. Deze bestuurder denkt aan zelforganiserende teams, ondersteund door een coach op het vlak van zelforganiserend werken. De RIBW-bestuurder vertelt dat er verschillen bestaan tussen de moederorganisaties, en dat je WijkGGZ moet organiseren los van de organisatieprincipes binnen deze moederorganisaties. Team Dukenburg noemt dat ketenpartners, met name de gemeente, soms nog een baas of teamleider van het team als aanspreekpunt wensen. Het team probeert dit juist niet volgens "oud denken" te organiseren. Er is vanuit het team nu één aanspreekpunt, maar ze geven ook te kennen dat dit "eigenlijk niet klopt". Het team is in principe zelforganiserend.

Een elektronisch patientdossier wordt gemist door de teams, waarbij genoemd wordt dat de continuïteit van zorg nu teveel afhangt van één teamlid.

“Dus we zijn hier echt wel kwetsbaar in en ook heel afhankelijk van elkaar. Kijk op het moment dat ik ziek word zal ik nu niet keihard mijn telefoon uitzetten als ik weet dat het langdurig is, want ik wil mijn collega’s dan nog wel de mogelijkheid geven om te zorgen dat die cliënten opgevangen worden. En dat kan maar op één manier en dat is het lijntje met mij.”- teamlid Dukenburg

Eén teamlid Dukenburg houdt via de moederinstelling Pluryn dossiers bij, maar bij andere instellingen kan dit niet zonder dat er financiering aan gekoppeld wordt. Afstemmen over bewonercontacten kost nu veel tijd, bijvoorbeeld via mail. Een teamlid Tiel noemt dat een laagdrempelige registratie passend is, maar weet niet zo goed wat het beste zou werken, omdat de aanpak vernieuwend is. In de focusgroep Dukenburg wordt gesproken over een simpele “uitgeklede variant” van een registratiesysteem. Wanneer er een registratiesysteem komt, wordt door team Dukenburg opgemerkt dat afsluiten van casuïstiek een onderdeel wordt van het proces, maar het team wil daar uit blijven omdat het “niets toevoegt aan het hulpverleningsproces”. Team Tiel deelt de behoefte aan dossiervoering. In meerdere projectgroeptoverleggen wordt de wens uitgesproken voor een basisdossier waarin gegevens kunnen worden opgezocht. De huidige werkwijze is onwenselijk, omdat rapportages nu ondergebracht zijn bij individuele teamleden en daardoor ook niet in een beveiligde omgeving zijn opgeslagen.

Aan de voorkant zou volgens de bestuurders van de GGZ-instelling en de gemeente vastgelegd moeten worden wat er qua cijfers nodig is om een beeld te krijgen van succesfactoren. De RIBW-bestuurder zegt “we moeten de cijfers goed bijhouden”. Een registratiesysteem is volgens de gemeentelijk bestuurder goed voor de verzameling van kwantitatieve gegevens, omwille van monitoring, efficiency en effectiviteit. Daar wordt door de gemeentelijk bestuurder aan toegevoegd dat cijfers ook van meerwaarde kunnen zijn voor het interne proces, en voor de overdracht. Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s) spelen een belangrijke rol in de financiering. Het bieden van consultatie, een belangrijk onderscheidend element van WijkGGZ, kan niet geregistreerd worden. De kosten hiervan gaan voor de baten weg, aldus de verslavingszorgbestuurder. Deze voegt toe dat dit onderdeel van het hulpverleningsaanbod financieel geborgd moet zijn, en dat het systeem aangepast moet worden. De zorgverzekeraars zijn daarbij aan zet, omdat er vrije ruimtes nodig zijn buiten de kaders van de DBC, maar “zo ver zijn we nog niet”. De RIBW-bestuurder zegt dat het sociale domein en het zorgverzekeraarsdomein worden samengebracht binnen WijkGGZ, en dat daarvoor de financiering georganiseerd moet worden. Beschikkingsvrij werken ziet deze als een

voordeel. Dit voorkomt de route langs een Sociaal Wijkteam, en wachttijden. Bij schaalvergroting is een financieringsvorm nodig waarbij toch beschikkingsvrij gewerkt kan worden.

“We zijn laagdrempelig onconventioneel van start gegaan vanuit de methodiek, vanuit de visie. Dat goed neerzetten. En nu komt die blauwe harde kant, van ja, hoe gaan wij dit bekostigen. Dit is een product dat we goed kunnen positioneren, dat helemaal past binnen landelijke richtlijnen.” – bestuurder RIBW

Team Dukenburg noemt dat het ontbreken van registratie-eisen ervoor zorgt dat er meer tijd overblijft voor de bewoner en diens netwerk.

De financiering van WijkGGZ verliep in het begin stroef, maar nadat iedere moederinstelling een deel voor zijn rekening nam, is dat nu opgelost. Uit observaties en gesprekken met bestuurders komt naar voren dat ook hier gekozen wordt voor pragmatische oplossingen ten aanzien van financiering. Vragen van teams op dit vlak die gesteld worden in projectgroepoverleggen, worden ad hoc opgepakt door aanwezige bestuurders.

De bestuurder van de GGZ-instelling zegt dat er voor verdere schaalvergroting uniformiteit nodig is in de werkwijze, omdat je niet voor iedere gemeente iets anders kunt doen als je met veel partijen samenwerkt. Wat nodig is volgens deze bestuurder, zijn een paar basisafspraken: over dossiervoering, gezamenlijke crisissignaleringsplannen, het gezamenlijk doen van risico-taxatie. De vraag die daarbij gesteld zou moeten worden is: “Wat zijn de minimale vereisten waar aan voldaan moet worden?”. Het vinden van een balans tussen de benodigde uniformiteit en aansluiten op de lokale kleur is hierbij een uitdaging.

Samenwerking in de teams

Doelstelling teamoverleg en matching

Teamleden zeggen dat overleggen binnen WijkGGZ plaatsvinden met twee doelen: elkaar bevragen om tot nieuwe ideeën te komen, en het bewaken van de grote lijn. Overleggen is nodig om de voortgang te bespreken, aangezien een (elektronisch) patiëntdossier ontbreekt.

Voor een goede samenwerking in de teams wordt het belang onderschreven om elkaar fysiek te kunnen ontmoeten. Dit helpt om elkaar scherp te houden en elkaar aan te blijven voelen. Nu er door COVID-19 veel online overleg wordt gepleegd, is de primaire focus minder op teamontwikkeling gericht. Er is nu meer focus op het gaande houden van de casuïstiek en WijkGGZ als geheel.

De matching tussen teamleden en bewoners wordt gedaan op basis van verschillende inzichten. Beide teams benoemen dat de ruimte in de agenda een leidend principe is. Bij voorkeur wordt de combinatie tussen een hulpverlener en ervaringsdeskundige ingezet, maar als dat niet past in de agenda's, dan wordt volstaan met één van beiden. In het geval van mogelijk agressief gedrag bij een bewoner wordt

er altijd met een duo op huisbezoek gegaan. Andere overwegingen die een rol kunnen spelen bij de matching die vanuit de teamleden worden aangedragen zijn: bepaalde expertise (van zowel hulpverlener als ervaringsdeskundige), het geslacht, roker of niet-roker en het hebben van een klik. Er wordt door teamleden benoemd dat de criteria van matching explicieter besproken zouden mogen worden. Een ander inzicht is dat de matching bij de bewoner moet worden gelaten. Er moet flexibel worden gekeken tijdens een traject, want als een vraag gaandeweg verandert, zou er ook een andere collega "*ingevlogen kunnen worden*". Geopperd wordt dat dat zelfs vaker bewust gedaan zou kunnen worden, om niet in de valkuil te stappen dat telkens dezelfde hulpverleners met dezelfde problematieken aan de slag gaan. Dat zou juist meer het oude werken zijn.

De matching ontstaat door er met elkaar over te praten, en intuïtief daarop te reageren. "*Dit wijst zich vaak vanzelf*". Daarbij wordt gepoogd om op de belevingswereld van de bewoner aan te sluiten. De vraag wat de burger betekenis geeft in het leven, staat daarbij centraal. Geprobeerd wordt om daarop aan te sluiten, en dat is in de ogen van de teams een nieuw element in de aanpak.

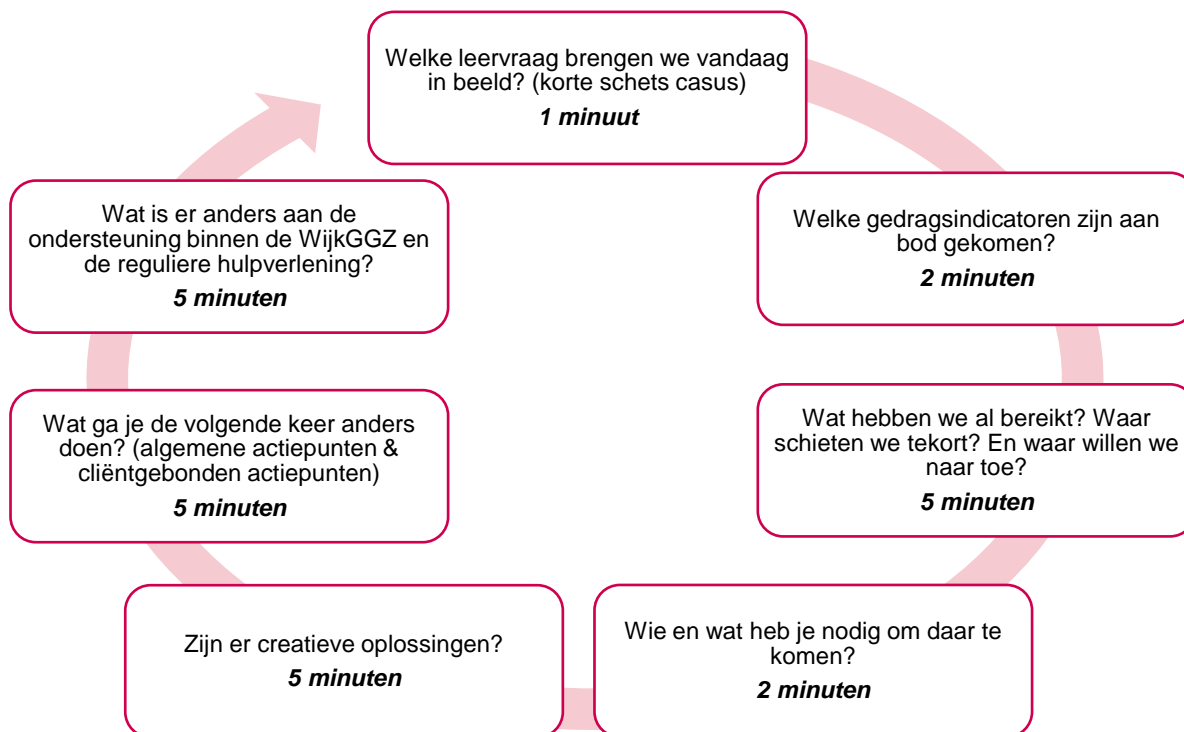
Structuur teamoverleg

De structuur van overleg binnen de teams is deels organisch ontstaan. Bij de start van WijkGGZ werd in Dukenburg elke dinsdag een "soort FACT-bordoverleg" gedaan waarin alle bewoners werden langsgeslagen. Hierdoor was er niet echt sprake van overleg, maar meer een opsomming van mededelingen over wat er zoal gebeurd was. Het ontbrak aan ruimte om de vernieuwing te zoeken. Er werd houvast gevonden in de actieleercirkel, ontwikkeld door studenten van de HAN (figuur 2). De leercirkel hielp om iedereen meer mee te laten denken vanuit eigen expertise, en om elkaar te bevragen. Team Dukenburg geeft aan dat de vergaderstructuur wordt vormgegeven op basis van een planning, waarin op bepaalde momenten ruimte is ingericht voor verschillende onderdelen, zoals het aanschuiven van externen. Teamleden noemen dat het aanhouden van deze structuur steeds beter gaat. In observaties van het teamoverleg wordt gezien dat er gewerkt wordt met een strakke agenda en dat de voorzitter een actieve rol neemt in het bewaken van deze agenda en de tijd.

In Dukenburg wordt de actieleercirkel momenteel gebruikt om iedere nieuwe bewoner te bespreken. Wel blijkt tijdens de focusgroepbijeenkomst dat niet ieder teamlid goed op de hoogte is wat met deze cirkel bedoeld wordt, en is het voorbeeld van deze cirkel ook niet aanwezig in de vergaderruimte. In Tiel wordt benoemd dat deze cirkel altijd gebruikt zou moeten worden, maar dat dit niet consequent gedaan wordt. Redenen hiervoor zijn tijdgebrek, gebrek aan routine met deze methode, en ook COVID-19, waardoor overleg digitaal plaats moest vinden.

Figuur 2

Actieleercirkel



Er is in Tiel één teamlid verantwoordelijk om de routine van de “HAN-cirkel” te bewaken, maar het is nu in digitale overleggen al een uitdaging om de overlegstructuur te bewaken, laat staan om deze methode te gebruiken. In observaties van het teamoverleg wordt dit beeld herkend. Het consequent doorlopen van de verschillende stappen en bij elke stap de juiste diepgang te vinden mag verder ingetraind worden. Teamleden hebben onvoldoende duidelijk bij welke casuïstiek de actieleercirkel van waarde is, een ongeschreven regel lijkt het ‘vastlopen’ in een casus. Hierdoor bestaat het risico dat het inzetten van de cirkel een doel wordt, doordat de waarde van de cirkel als hulpmiddel onvoldoende ervaren wordt.

In Tiel is het streven om éénmaal per twee weken een casusuitdieping met behulp van de cirkel te voeren, en de andere week een bordoverleg te voeren over bewoners zodat ze niet uit beeld raken. Het is niet vastgelegd in welke frequentie bewoners besproken dienen te worden in het teamoverleg, wordt enerzijds gezegd. Anderzijds wordt ook aangehaald dat alle lopende casussen in principe iedere vergadering worden besproken. Streven is alle bijzonderheden wekelijks langs te gaan, maar momenteel “wordt gedaan wat nodig is”. Inbreng over een bewoner gaat uit van de mate van initiatief dat teamleden zelf hierin tonen en om elkaar te bevragen. Als iemand zorgen heeft over een bewoner, wordt het ingebracht. Er is niet vastgelegd hoe de keuze is gemaakt voor regievoering per casus. Het wordt ook als mooi ervaren dat dit niet vastligt, aangezien het gedaan moet worden op basis van klik en

expertise. Het is daarmee dus vraag- en persoonsafhankelijk. Bij het inbrengen van een nieuwe casus wordt de indruk van de medewerker gedeeld, en in het vervolg wordt de stand van zaken toegelicht. Als er belangrijke zaken zijn, dan worden deze benoemd.

Tijdens digitale overleggen wordt uit privacy-overwegingen geen naam van een bewoner genoemd, maar een synoniem.

Tijdens de overleggen is altijd een voorzitter die de agenda bewaakt en het gesprek leidt. Alle collega's wordt gevraagd of ze nog punten hebben om in te brengen. Voordeel van deze methode is dat alles beknopt besproken kan worden. Er is veel te bespreken, waardoor teamleden 'even een samenvatting geven' van wat er moet gebeuren en wat er nodig is. Er wordt veel meegedacht over hoe het netwerk te betrekken, en daar komen vanuit het team nuttige tips over.

Casestudy - Isabel

Achtergrond

Isabel wordt omschreven als een slimme vrouw van middelbare leeftijd. Ze heeft een drukke baan (fulltime) als analist. Ze is gescheiden en heeft met haar ex-man een dochter van 16 jaar. Haar dochter woonde eerst bij haar ex-man, maar is uit huis geplaatst bij vader nader er vermoedens van misbruik door vader waren. Ze verblijft nu in de crisisopvang en staat onder voogdij. Isabel heeft veel frustraties over jeugdzorg en wil haar eigen psychisch functioneren niet problematiseren. Ze heeft zelf een vorm van autisme waardoor ze zaken snel letterlijk interpreteert en miscommunicaties regelmatig voorkomen. Betrokken instanties bestempelden Isabel als 'psychisch gestoorde moeder', terwijl zij er voor haar dochter wilde zijn. Ze wilde "uit de diagnoses blijven" en liep hierin tegen de muur van de hulpverlening op. Ze voelt zich niet begrepen en erkend in haar moederschap. Isabel woont alleen en omringt zich in huis met veel poezen. Haar interieur is qua kleur opvallend te noemen. Alles in het interieur bestaat uit haar lievelingskleuren. Daarmee probeert ze positiviteit in haar leven te halen, omdat ze daar kracht uit put. Een andere bron van positiviteit in haar leven zijn paarden. Deze begrijpen haar, en "vormen haar sociale leven". Ze heeft een paar sociale contacten vanuit haar werk, met name jongere mannelijke collega's. Ze heeft één man in haar leven waar ze soms intiem mee is, maar er is geen sprake van een relatie. Op haar werk was er recent sprake van een onrustige periode door interne verschuivingen en wisselingen in teams. Haar leidinggevende weet van haar privé-situatie, en geeft haar daarin wat ruimte. Door een psycholoog werd Isabel aangemeld bij het Sociaal wijkteam. Omdat er veel speelde, werd WijkGGZ door hen ingeschakeld.

Begeleiding WijkGGZ

WijkGGZ is ingeschakeld om de hulpvraag van Isabel helderder te krijgen. Ze wil niet iedere week een hulpverlener over de vloer, maar wel graag iemand die kan ondersteunen bij bijvoorbeeld rechtszaken. In het begin werd er door WijkGGZ gedacht dat haar denken waan-achtig was, omdat ze wat problemen ervoer met instanties. Zo werd er door de woningcorporaties niet geloofd dat er sprake was van vochtvorming. Ze heeft bij WijkGGZ aangegeven hulp te willen in het voor zichzelf zorgen. Ze wil ook leren naar zichzelf te kijken, en het perspectief van anderen proberen in te zien. De eerste contacten vanuit WijkGGZ zijn gelegd door een ervaringsdeskundige en een hulpverlener, waarbij met name de ervaringsdeskundige een goede klik had met Isabel. Isabel gaf te kennen dat ze deel wilde nemen aan een zelfhulpgroep (Wellness Recovery Action Plan – WRAP). Ze staat daarvoor op de wachtlijst. Doel daarvan is om meer positiviteit vast te kunnen houden, en te behouden. Hierbij hoopt ze meer grip op haar eigen gevoel en leven te krijgen.

Verder kwam naar voren dat Isabel elke dag een paar joints rookte. Daar wilde ze wel iets mee, maar ze wilde niet naar Iriszorg. Vanuit WijkGGZ heeft een andere hulpverlener daar gesprekken met haar over gevoerd.

De ervaringsdeskundige heeft Isabel ook begeleid in het traject van een psychologisch onderzoek voor haar dochter. Isabel heeft samen met haar dochter, haar ex-man en de ervaringsdeskundige gekeken naar wat de beste ondersteuning zou zijn voor haar dochter. Zij is slachtoffer van mensenhandel ('loverboy') en er is sprake van drugsproblematiek. Daarnaast is er door de ervaringsdeskundige een telefonisch driegesprek gevoerd met Isabel en de voogd, waarin afspraken werden gemaakt over terugkoppeling van gemaakte afspraken. Daar heeft de voogd zich vervolgens niet aan gehouden, wat zorgt voor veel onbegrip bij Isabel over de communicatie.

Ondersteuning naar vervolgtraject

Isabel gaf richting WijkGGZ aan dat ze graag begeleiding wilde behouden, en WijkGGZ heeft met haar samen gekeken naar wat haar aansprak in het aanbod dat er is. Uiteindelijk kwamen ze uit bij ZorgPlus, waarbij WijkGGZ ter overbrugging (er was een wachtlijst bij ZorgPlus) in beeld zou blijven.

In overleg met het Sociaal Wijkteam werd een indicatie opgesteld. Dat proces was een beetje zoeken, omdat het niet conform de reguliere procedure is. Bij ZorgPlus was er ook verbazing dat de RIBW-medewerker van WijkGGZ zelf de indicatie had geregeld. Met ZorgPlus vond een kennismakingsgesprek plaats, en er werd gewacht op de matching. Er had al een afsluitend gesprek plaatsgevonden met de ervaringsdeskundige van WijkGGZ, maar deze hield wel nog contact om te ondersteunen bij een rechtszaak die nog diende.

Meerwaarde WijkGGZ

Volgens de WijkGGZ-ervaringsdeskundige lag de meerwaarde van de begeleiding in het exploreren van haar vraag, en samen op pad gaan om te zien waar Isabel tegenaan liep. De vraag: "hoe houd je je staande binnen alles wat er van je gevraagd wordt" stond centraal. Isabel gaf te kennen dat ze het prettig vond dat ze met vragen terecht kon, en dat er ook werd gereflecteerd op haar handelen, bijvoorbeeld in de strijd met instanties.

3.5 Staff

Staff heeft op de eerste plaats betrekking op de formatie: hoe zijn de teams tot stand gekomen en welke keuzes zijn gemaakt bij het vaststellen van deze samenstelling. Hierbij gaat het om het aantal fte's en de specifieke expertise van de teamleden. Deze expertise is uit te drukken in de opleiding van teamleden, het werkveld waarin ze gespecialiseerd zijn / het werkveld van de moederinstelling, maar ook in de competenties waarover teamleden beschikken.

Formatie van de teams WijkGGZ

De samenstelling van de teams voor de proeftuinen is organisch tot stand gekomen, dit proces is niet beschreven. In interviews met teamleden en bestuurders komen diverse criteria naar voren die gehanteerd zijn door de betrokken bestuurders. De intentie was dat deelnemende organisaties ieder twee personeelsleden ter beschikking zouden stellen voor zes uur per week, startend met een ervaringsdeskundige en een professional zonder ervaringsdeskundigheid per organisatie. In de praktijk was dit niet direct goed uitvoerbaar en de verschillende instellingen hadden niet allen twee personeelsleden beschikbaar voor WijkGGZ. Sommige instellingen lukte het niet twee personeelsleden te leveren, andere instellingen hadden meer professionals beschikbaar, maar met minder ureninzet per week. Dat bleek in de praktijk niet goed te werken.

Een knelpunt was, en is, de beschikbaarheid van ervaringsdeskundigheid vanuit de organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor deze organisatie is het moeilijk om een geschikte ervaringsdeskundige te laten bijdragen aan team WijkGGZ. Tot op heden is deze dan ook nog niet opgenomen in de formatie. Vanuit de overige instellingen is de ervaringsdeskundigheid wel geborgd. De hoeveelheid capaciteit die ter beschikking werd gesteld door de verschillende organisaties was niet altijd transparant, in interviews wordt genoemd dat het van belang is dat deze formatie beschreven gaat worden. Een bestuurder noemt dat er geen concrete afspraken zijn gemaakt over de in te zetten capaciteit, maar dat dit wel in orde van grootte van de gebieden waarin de teams werkzaam zijn gegaan is. Een andere bestuurder noemt aanvullend dat de vastgestelde formatie van twee x zes uur per organisatie is vastgesteld op basis van het aantal inwoners van het gebied waar het team WijkGGZ actief is. Een teamlid WijkGGZ merkt op dat dit niet correct is, omdat de formatie voor Tiel en Nijmegen hetzelfde is terwijl de omvang van de werkgebieden verschilt.⁵ Voor verdere uitrol van de teams wordt aanbevolen om naast inwonersaantal te kijken naar specifieke kenmerken van de populatie in een regio. Deze kenmerken kunnen ook een rol spelen in de mate waarin verwacht wordt dat inwoners ondersteuning van WijkGGZ nodig hebben. Er wordt, kijkend naar het opzetten van nieuwe teams in de regio, verschillend gedacht over de wenselijke formatie. Een bestuurder van een GGZ instelling noemt dat toekomstige teams moeten bestaan uit 5 tot 7,5 fte, verdeeld over tien tot vijftien personen. De

⁵ Na afronding van het onderzoek zijn specifieke gegevens over de formatie tijdens de proeftuinen door de opdrachtgever aangeleverd. Deze gegevens zijn toegevoegd aan deze rapportage (bijlage 10).

bestuurder vanuit de gemeente noemt als maximale teamgrootte tien medewerkers, waarbij alle disciplines vertegenwoordigd zijn. Deze respondent zegt dat als de WijkGGZ gaat dienen als vervanging van reguliere teams, dat er dan gedacht zal moeten worden aan grotere teams waarin ook maatschappelijk werk, psycholoog en psychiater zijn opgenomen.

In gesprek met teamleden wordt genoemd dat het bij de formatie goed is te kijken naar culturele diversiteit. Het ontbreken daarvan zorgt er mogelijk voor dat niet-westerse inwoners minder goed bereikt worden door het team. Tot slot komt in gesprekken met teamleden naar voren dat de ureninzet van ervaringsdeskundigen uitgebreid zal moeten worden, om deze conform de doelstelling van de WijkGGZ meer 'in the lead' te kunnen laten zijn.

Voor de werving van medewerkers voor deelname WijkGGZ is geen (functie)profiel of vacaturetekst opgesteld. Er is ook geen gebruik gemaakt van een sollicitatieprocedure. Vanuit het plan van aanpak 'Geïntegreerde GGZ in de wijk: twee proeftuinen in Gelderland-Zuid', behorend bij de subsidie-aanvraag ZonMw, is door betrokken bestuurders besproken welk type medewerkers nodig waren om dit te realiseren. Medewerkers hoorden via informele kanalen dat er gezocht werd naar medewerkers die zich hiervoor wilden inzetten of zijn gericht benaderd door betrokken bestuurders om te participeren.

"Ik ben gevraagd door een projectmanager die inderdaad letterlijk zei, jij bent wel een beetje recalcitrant, volgens mij ben jij daar wel een goede voor. En wilde jij daar niet eens gaan kijken? Nou ja. En zo ben ik erin gerold." – teamlid Dukenburg

Eén deelnemende organisatie heeft bij het selecteren van medewerkers gekeken naar het postcodegebied van de WijkGGZ. Medewerkers die al (deels) daar werkzaam waren werden op basis hiervan benaderd. Gedachtengang hierachter was de al aanwezige bekendheid met de wijk en sociale kaart, en de mogelijkheid om veel fysiek aanwezig zijn in de wijk om zichtbaar te zijn. Vanuit de andere organisaties zijn soortgelijke criteria niet gehanteerd, maar zijn medewerkers vanuit met name FACT-teams benaderd. De werving voor de vervanging van vertrekkende teamleden uit team WijkGGZ loopt grotendeels identiek. Binnen de organisatie wordt gevraagd wie affiniteit heeft met werken binnen de WijkGGZ, waarna het concept wordt besproken en uitgelegd. Vervolgens loopt de geïnteresseerde medewerker mee met het team WijkGGZ om te kijken of het team en de werkzaamheden bij haar passen.

De motivatie van de huidige teamleden om deel te nemen aan WijkGGZ is terug te voeren op frustratie en innovatiekracht. In focusgroepbijeenkomsten met de teams komt naar voren dat meerdere teamleden de WijkGGZ als een kans zagen, om los te komen van ervaren frustraties in de eigen werkzaamheden door hoge administratielast en de schotten in de hulpverlening. De kans tot innovatie die het samen opzetten van een team WijkGGZ bood, werd eveneens veel genoemd: een kans om

vanuit zelfstandigheid en zonder (administratieve) kaders het vak te kunnen uitoefenen. Het deelnemen aan WijkGGZ vereist het kunnen omgaan met onzekerheden, iets wat ervoor gezorgd heeft dat bij één instelling lang gezocht is naar collega's die hiervoor open stonden. Medewerkers gaven aan dat het te onduidelijk was wat er precies van hen verwacht werd in de pilot. Dit werkte drempelverhogend bij medewerkers in de moederorganisatie om de stap naar WijkGGZ te zetten.

“We hebben er bijvoorbeeld best lang over gedaan om een behandelaar bereid te vinden in ons FACT-team om naar de WijkGGZ te gaan. Onze regiomanager heeft daar echt voor moeten leuren. [...] En dat kwam met name omdat mensen het allemaal te onduidelijk vonden, wat op zich logisch is bij een pilot. Maar mensen trekken dat slecht.” – teamlid Dukenburg

Samenstelling van het team en teamontwikkeling

De teamleden noemen dat de aanwezigheid van een behandelaar in de teams meerwaarde heeft, zodat ook “vanuit deze bril gekeken kan worden”. Expertise van teamleden wordt meegenomen bij het zoeken naar de match met een bewoner. Soms worden bij bepaalde casuïstiek op indicatie vanuit de RIBW cultuursensitieve begeleiders betrokken. Besluit om aanvullende expertise in te zetten in een casus wordt in overleg binnen het team genomen. Daarbij worden die besluiten genomen op basis van de aanwezige ervaring en opleiding.

Door de COVID-19 pandemie wordt er recentelijk weinig ruimte ervaren voor de ontwikkeling van het team. In zijn algemeenheid wordt door de teamleden wel het belang genoemd van korte lijnen, goed uitwisselen waar je staat, veel contact met elkaar (bellen naast de overleggen), elkaar goede feedback geven.

Terugkoppeling naar elkaar is erg van belang, zodat collega's mee kunnen denken in casuïstiek. De contacten binnen de teams zijn informeel. Doordat er niet één specifieke regievoerder in casussen is, is afstemming van belang. De teamleden noemen het belang van intervisie/supervisie, ook voor de verdieping van de teamontwikkeling. Dit kan de visie van WijkGGZ en het motto 'doen wat nodig is' onder teamleden scherp houden, en daardoor kun je elkaar daarop bevragen, verbeterpunten aanstippen en feedback geven. Team Tiel heeft initiatief genomen om structureel intervisie in te kopen bij een moederinstelling, met een externe intervisiebegeleider. Team Dukenburg is eveneens bezig met het in kaart brengen van de concrete behoefte ten aanzien van intervisie, waarbij ze ook gebruik willen maken van een externe begeleider. Voor implementatie wijkGGZ zeggen de teamleden dat in nieuwe teams coaching door iemand met ervaring met de werkwijze van belang is. Deze coach zou de teams moeten bevragen op de gehanteerde werkwijzen. Deze mening wordt ook gedeeld in de projectgroep, waar uitgesproken wordt dat het van belang is dat nieuwe teams goed getraind gaan worden op de wijze zoals de projectcoördinator in de pilot dit vormgaf. Een concreet plan over hoe dit kan worden vormgegeven was nog niet aanwezig (december 2020).

Competenties van teamleden

Omdat een functieprofiel voor teamleden WijkGGZ ontbreekt, is in de interviews met betrokkenen gevraagd over welke competenties medewerkers moeten beschikken. Uit de respons komt een veelheid aan competenties naar voren, waarbij een – arbitrair - onderscheid gemaakt kan worden tussen persoonlijke vaardigheden/karaktereigenschappen, vakinhoudelijke vaardigheden en opleiding/functie.

Persoonlijke vaardigheden / karakter:

bestuurders noemen hier: durven experimenteren, niet bang zijn om ergens op af te stappen, lef hebben, bereid zijn om buiten de lijntjes te denken. Naast medewerkers die hierdoor gekenmerkt worden, zijn ook een aantal medewerkers nodig die zeggen 'zo gaan we het doen'. Je hebt een 'cowboy' in het team nodig. Mensen die fouten durven maken, die durf tonen en zichzelf presenteren. Die creatief zijn. Die stevig in hun schoenen staan en eigenaarschap aankunnen. Met volwassenheid in het leven. Medewerkers die vrij kunnen denken, onconventioneel kunnen handelen en op onderzoek uit durven gaan. Die een beetje vrijgevochten en innovatief aan de slag willen.

Er zijn veel overeenkomsten tussen persoonlijke vaardigheden / karaktereigenschappen die genoemd worden door teamleden en bestuurders. Teamleden noemen hierbij: eigengereidheid, zelfstandigheid, recalcitrant, doener/aanpakker, open denken, lef, eigenwijs zijn, initiatief nemen, outside of the box denken, kunnen relativeren.

Vakinhoudelijke vaardigheden:

Bestuurders noemen als belangrijke vakinhoudelijke vaardigheden: mensen die aan kunnen sluiten bij de problemen en kenmerken van de wijk. Goed in het netwerk zitten en het landschap goed kennen, ketenpartners weten te vinden. De professional moet kunnen aanvoelen (fingerspitzengevoel) wat voor een gemeente het is en wat er van belang is in juist deze gemeente. Taakvolwassenheid, goed luisteren, doortastend zijn en niet denken voor iemand maar naast iemand staan. Kunnen kijken met een brede blik. In het handelen zich enigszins ondergeschikt voelen vanuit de moederinstelling: kijken waar de kracht en kennis zit in het geheel van de samenwerking met partners in het team WijkGGZ. De professional moet ook in staat zijn om in contact te komen met hulpvragers door 'er altijd een beetje onder te gaan zitten'.

Ook bij de vaardigheden is er overlap tussen wat bestuurders hierop antwoorden en wat teamleden van belang vinden. Teamleden zijn hierin concreter, mogelijk omdat zij ook concreter handelen vanuit deze vaardigheden. Ze noemen vaardigheden die betrekking hebben op het directe contact met de bewoners en op teambrede activiteiten.

Direct bewonercontact: waardevrij zijn in het handelen, vanuit meerdere perspectieven kunnen kijken, makkelijk contact kunnen leggen en onderhouden, samenwerken, niet meteen een oplossing willen vinden, Luisteren naar wat er juist wél goed gaat en dat versterken, niet meteen denken in oplossingen

maar luisteren naar het probleem, luisterende en observerende houding kunnen aannemen, coördineren, oordeelloos.

Teambrede activiteiten: ondernemerschap, jezelf kunnen presenteren, een standpunt kunnen innemen, kritisch kunnen en durven denken, durven reflecteren. Om team WijkGGZ op te zetten is het cruciaal dat je medewerkers hebt die nieuw kunnen denken en tegen de ontschotting kunnen. Mensen die hangen aan protocollen en beleid zijn ongeschikt, ze moeten zonder kaders kunnen en willen werken; het onduidelijke kunnen verdragen. Medewerkers moeten gewoon doen wat ze denken dat nodig is om goede zorg te leveren. Daarbij omarmen ze het nieuwe denken, maar combineren ze dit met de goede elementen uit het oude werken. Intrinsieke motivatie bij professionals om anders te gaan werken is van belang.

Samenwerken en outside of the box denken zijn centrale thema's voor medewerkers, die continu terugkomen, en waar diverse persoonlijke vaardigheden en vakinhoudelijke vaardigheden aan gerelateerd worden.

“Alles wat wij doen gaat om samenwerken. Echt direct samenwerken met de wijkbewoner, met naasten, met huisartsen, met wijkinitiatieven, met politie, met elkaar.” - teamlid Nijmegen

De teams kijken ook naar teamrollen en wat hierin nodig is. In het team is een natuurlijke / informele leider nodig; iemand die ook affiniteit heeft met de rol van voorzitter. Bij het vertrek van de projectcoördinator was het idee dat een kartrekker gemist zou worden, maar deze rol is op natuurlijke manier door collega's opgepakt. Team Dukenburg noemt nog iemand te missen die alles wat ze doen kan omzetten in tekst en beleid; iemand die overstijgend kijkt en de vertaalslag kan maken van handelen naar onderbouwing en beleidsstukken.

“ik denk wel wat meer iemand die ook echt, die wel alles goed kan vertalen in tekst, zodat we iets beter goed kunnen onderbouwen. [...] Die ook wat meer inzicht heeft in de belangen zeg maar [...] iemand die beleidsmatig dingen goed op papier kan zetten” – teamlid Dukenburg

Voor de samenstelling van het team noemen teamleden dat ervaren professionals van meerwaarde zijn. Gesproken wordt over jarenlang opgedane frustratie bij deze professionals, en de kans die participeren in WijkGGZ hen biedt om deze frustratie los te laten door zich weer écht te kunnen richten op hun vak, zonder de bureaucratie eromheen. De ervaring van deze professionals is waardevol voor de teams. Dit betekent niet dat er geen ruimte is voor jongere collega's, een mix hierin is wenselijk. Van belang hierbij is dat er voldoende ruimte is om jonge collega's op te vangen en te coachen door meer ervaren collega's. In de teamsamenstelling is het ook nodig dat er voldoende medewerkers zijn die beschikken over casemanagementvaardigheden en kunnen handelen vanuit een helicopterview. In

het web rond de client, waarin je als casemanager het overzicht hebt, zit de ruimte om nieuwe dingen te doen.

“Ik denk wel, nog goed om te benoemen, dat je wel inderdaad een mate van bepaalde soorten casemanagement moet aankunnen. Je moet wel een overzichtelijke helikopterview hebben.” – teamlid Dukenburg

Op nog ‘hoger niveau’ noemen teamleden dat het veel vraagt van professionals om in twee teams naast elkaar te werken met twee andere werkstijlen. Teamleden moeten het werk voor beide teams niet te strak willen afbakenen, maar soepel in elkaar laten overlopen. Ze moeten het echt leuk vinden WijkGGZ samen met het team te ontwikkelen. Vanuit moederinstellingen is het nodig dat deelname aan team WijkGGZ gedragen wordt en dat er een duidelijk kader geboden wordt voor de ureninzet.

“Ik ben maar gewoon begonnen. In het begin was dat nog lastig omdat niet duidelijk was voor hoeveel uur dat was, maar op een gegeven moment had ik dat zwart op wit en toen dacht ik ‘fijn, dat is het enige kader dat ik nodig heb’. Ik wilde niet op het einde van het jaar te horen krijgen dat ik zoveel uren te weinig had gewerkt. Dus dat was helder, hoeveel uur ik eraan mocht besteden.” – teamlid Dukenburg

De mix aan kwaliteiten in de teams is deels door toeval ontstaan, en doordat mensen zijn vertrokken uit de teams die bepaalde kwaliteiten misten.

Opleiding/beroep:

Door bestuurders wordt niet expliciet ingegaan op specifieke opleidingen en functies, maar wordt de focus gelegd op het belang van een teamsamenstelling waarin professionals elkaar aanvullen vanuit ieders eigen expertise met bepaalde doelgroepen en problematieken. Teamleden benadrukken op dit gebied de inzet van de ervaringsdeskundige, die wat hen betreft nog verder uitgebreid zou mogen worden. Ze noemen dat de mentaliteit en instelling van deelnemende professionals belangrijker is dan de discipline. Een mix van begeleiders en behandelaars in het team is wel van belang, waarbij de functie van behandelaars wordt ingevuld door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

3.6 Style

De categorie Style richt zich op de stijl van leidinggeven en de invloed daarvan op de werkvloer. Hierbij wordt ingezoomd op besluitvormingsprocessen en rolverdelingen tussen de teams en de aansturende lagen daarboven, en welke invloed dit heeft op de werkprocessen.

Teamleden noemen dat er weinig zeggenschap werd ervaren op besluitvormingsprocessen. Dit was vooral aan de orde bij de start van de pilot. Ingebrachte punten vanaf de werkvloer werden niet direct werden opgepakt door de projectgroep. De samenwerking tussen teams en projectgroep is organisch tot stand gekomen, zonder hierover vooraf concrete afspraken te maken met elkaar. Vanuit team Tiel wordt genoemd dat de projectcoördinator een “postduivenrol” had tussen het team en de projectgroep.

Ervaringen met WijkGGZ: bewoner Kees

Kees is een man van boven de AOW-gerechtigde leeftijd die onder bewindvoering staat, en hij wordt sinds een half jaar door WijkGGZ begeleid in het regelen van praktische zaken. Hij werd aangemeld vanuit Iriszorg omdat er zorgen waren over iemand zonder inkomen die bij Kees inwoonde. Daardoor werd hij gekort op zijn AOW. Inmiddels woont Kees weer alleen, en zijn de financiën weer beter op orde. Hij wordt begeleid door een hulpverlener vanuit team Tiel, die iedere week bij hem thuis komt. Hij is positief over de contacten met WijkGGZ. Verder krijgt Kees ondersteuning vanuit TOV. Dit is een Christelijke organisatie (“een soort van verlengstuk van het Leger des Heils, wat je hier niet hebt”) die iets probeert te doen aan eenzaamheid en tweemaal per week kan hij daar maaltijden op halen. Vóór COVID-19 kon hij daar om half 6 gaan eten. Kees heeft sinds kort ook thuiszorg die wekelijks komt schoonmaken (“het grove werk”). Dat was een hulpvraag van Kees, omdat het hem zelf niet was gelukt om thuiszorg aan te vragen. In het verleden is Kees opgepakt voor een kleinere diefstal, waarna hij in contact is gekomen met “mensen van de GGD”, maar die zijn maar één keer geweest. Daarna heeft hij nooit meer iets gehoord. Kees had, voordat de contacten met WijkGGZ startten, geen idee wat hij kon verwachten van deze begeleiding. Het was helemaal nieuw voor hem, maar hij heeft er vooraf ook niet zo bewust bij stil gestaan.

Het eerste contact met WijkGGZ was met twee hulpverleners: een ervaringsdeskundige en een ambulante hulpverlener. Dit gesprek was positief, maar hij weet niet meer wat er precies besproken is. Daarna verlopen de contacten met één van deze twee hulpverleners. Sinds het contact met WijkGGZ is de huishoudelijke hulp in het leven van Kees gekomen, en bepaalde zaken met bewindvoering zijn geregeld. Hij heeft in het verleden ondersteuning van maatschappelijk werk gehad, maar “die stelden steeds dezelfde vragen”. Bij WijkGGZ wordt er bij moeilijkheden meteen contact opgenomen: er is meer actie in de begeleiding. De bereikbaarheid van WijkGGZ vindt Kees goed. De WijkGGZ zou elke dag welkom zijn, maar één keer in de week is voldoende voor Kees. Er worden geen familieleden of andere contacten van Kees betrokken bij de begeleiding. Familie van Kees is al ouder, en woont ook verder weg, dus daarmee is alleen telefonisch contact. Er zijn geen afspraken gemaakt over wanneer de contacten met WijkGGZ stoppen. Kees zou graag voor onbepaalde tijd doorgaan.

Doordat gaandeweg besloten is dat maandelijks iemand vanuit het team aansloot bij het projectgroep-overleg, voelde het team dat het de rol van gesprekspartner meer ging vervullen. De samenwerking tussen het team en de projectgroep wordt als formeel ervaren.

“Het voelt nog een beetje als een afhankelijkheid die wij hebben naar die projectgroep. En wij hebben al nou, weet ik het, vanaf mei of zo een aantal punten die terugkerend zijn in de projectgroep. En dat wordt nog niet opgepakt, of dat wordt allemaal vooruitgeschoven. En daar kunnen wij dan ook echt niks mee. En dat maakt wel dat Zij zijn nog wel echt een beetje onze bazen.” – teamlid Tiel

De wens zou zijn om directer en informeler contact te hebben met de aansturende laag. Beide teams geven aan dat de projectgroep niet echt lijkt te begrijpen wat er gebeurt in de praktijk, en dat dit komt door het “spreken van een andere taal”. Wel wordt daar begrip voor getoond, aangezien de werkwijze wordt bestempeld als vernieuwend, waardoor de situatie voor bestuurders ook anders is dan normaal. Meer met elkaar vanaf de start in dialoog gaan wordt als oplossing aangedragen om elkaars taal beter te leren spreken. Vorig jaar is, om hiermee gezamenlijk aan de slag te gaan, besloten een koersdag te organiseren. Deze is door de uitbraak van COVID-19 niet doorgegaan. De verwachting wordt uitgesproken dat met de huidige veranderingen op aansturend niveau, waarbij een kerngroep en projectleider zijn aangesteld, dit alsnog meer “body” krijgt.

“En toen hebben we ook besloten dat er een soort koersdag moest komen, het eerste deel van de dag zouden we echt met het management samen een soort intervisie krijgen. Helaas is dat door de corona en zo, is dat allemaal niet tot stand gekomen. Dus dat is wel een beetje blijven hangen en ik vind nog steeds dat dat heel erg jammer is, dat dat niet gebeurd is. Maar het heeft er wel voor gezorgd dat ook wij veel meer bewust zijn dat zij niet echt helemaal scherp hebben wat wij doen. En volgens mij hebben we vanuit ons wel geprobeerd om ze daar wat meer in mee te krijgen. En de wil bij het management is er ook wel om ons te begrijpen. Alleen ze spreken een andere taal hè, dat is gewoon zo.” - teamlid Tiel

Een bestuurder die vanaf de start van de proeftuinen betrokken is vanuit de RIBW, noemt dat de aansturing bottom-up is vormgegeven. Er is ingespeeld op de vragen die vanuit de teams naar voren kwamen. Een andere bestuurder omschrijft het proces als volgend, in plaats van sturend. Er waren vanuit de projectgroep geen concrete afspraken gemaakt over hoe er precies met vraagstukken werd omgegaan, maar dat dit op geleide vanuit de vragen in de teams gebeurde.

“Het was niet georganiseerd. Dus dan hoor je de vraag, en dan kijk je van, kunnen we hier direct op antwoorden of moeten we daar nog even naar kijken. Dus ja, dat liep eigenlijk ad hoc.” - bestuurder RIBW

Continuïteit van de aansturing wordt genoemd als van belang voor de teamleden. Een wenselijke oplossing, genoemd door een bestuurder van de instelling voor verslavingszorg, is om één leidinggevende aan te stellen die de belangen van teamleden behartigt.

“Ik ben ook absoluut geen voorstander van zelfsturende teams want ik denk van, zo laag mogelijk in die organisatie de verantwoordelijkheid leggen hè, daar ben ik wel van. Maar er is altijd iemand nodig, en dat kan op afstand zijn of dichtbij - dat is maar net wat er speelt, maar jij moet wel een bekend gezicht hebben waar je op terug kan vallen. En dat heet dan leidinggevende.” – bestuurder instelling voor verslavingszorg

De ketenpartners spreken over de informele en collegiale manier waarop ze zich bij WijkGGZ kunnen melden, zonder dat hierbij bureaucratische stromen rondom indicatiestelling en aanmeldformulieren direct aan de orde zijn. Het is gemakkelijk om cliënten aan te melden en WijkGGZ pakt casuïstiek binnen één tot twee weken op, zonder een wachtlijst.

“Ik kan zo naar binnen lopen en een casus even voorleggen, consultatie kan heel makkelijk. Maar ook dat de reactie dan uitnodigend is: ‘daar gaan we wel even mee in gesprek’. (teamlid Sociaal wijkteam Nijmegen)

“Als de WijkGGZ er niet meer zou zijn, zou ik echt de laagdrempelige contactmomenten missen, gewoon om even te sparren, iemand in te seinen met de vraag mee te kijken en te adviseren.” - Medewerker Stip Nijmegen

3.7 Skills

Onder de categorie Skills vallen de onderscheidende elementen van (de organisatie van en de medewerkers binnen) WijkGGZ ten opzichte van ander ambulante GGZ-aanbod.

Teams noemen dat de WijkGGZ zich primair richt op bewoners waarbij sprake is van complexe, meervoudige problematiek. Deze problematiek kan complex zijn door een combinatie van psychische klachten, verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking, maar genoemd wordt dat ook sociaal-maatschappelijke problematiek ten grondslag kan liggen aan de complexiteit.

Meerdere ketenpartners ervaren meerwaarde doordat in de samenwerking met WijkGGZ wordt besproken wat er ter sprake komt vanuit de bewoner zelf. Het team WijkGGZ is bij het in kaart brengen van de hulpvraag laagdrempelig. Waar ketenpartners bij andere aanbieders merken dat verwacht wordt dat de bewoner een hulpvraag heeft bij aanmelding, of dat de bewoner past binnen de voorwaarden die gelden voordat hulp geboden kan worden door een organisatie, gaat WijkGGZ zelf op zoek om te kijken of er een vraag is waar ze bij kunnen ondersteunen. Een respondent van Bindkracht10 noemt dat

hierdoor een groep bewoners wordt bereikt die buiten de boot vallen bij andere zorgaanbieders, maar waar het inzetten van hulpverlening wel van meerwaarde is.

Teamleden noemen dat het herstelgericht werken WijkGGZ onderscheid van bijvoorbeeld FACT, waar het uitgangspunt behandeling is. Doordat de behandeling en/of begeleiding plaatsvindt in de wijk, is de betrokkenheid van de huisarts groter dan bij behandeling door FACT. Team WijkGGZ kan al meekijken in een casus waar een POH-GGZ of huisarts consultatie in vraagt en onderzoeken wat er aan de hand is, voordat verwijzingen naar de tweede lijn geschreven hoeven te worden. Ten opzichte van de POH-GGZ wordt door team Tiel benoemd dat een belangrijk verschil is dat WijkGGZ een outreachende werkwijze heeft. Hierdoor kan in de eigen omgeving van de bewoner goed gekeken worden naar de context van de hulpvraag, en het systeem waar de bewoner deel van uitmaakt. Een andere drempelverlagende factor is de inzet van de ervaringsdeskundige.

“Wat ik zelf heel fijn vind, is dat het ook heel laagdrempelig kan zijn, doordat de ervaringsdeskundige heel laagdrempelig contact kan maken. Dat kan ook fijn zijn voor mensen, dat ze horen dat het niet meteen een gesprek met een behandelaar is, of in zo'n gebouw van Pro Persona, maar dat ze gewoon in het wijkcentrum met iemand in gesprek kunnen gaan die met je mee kan kijken.” - teamlid Sociaal wijkteam

Prettig voor ketenpartners is dat de expertise omtrent psychiatrie, verstandelijke beperking en verslaving gebundeld is in één team, zodat deze direct gecombineerd ingezet kan worden in het contact. Het voorkomt daarnaast dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd door zorgorganisaties bij het aanmelden van een cliënt met dubbel- of tripleproblematiek.

“De meerwaarde van de WijkGGZ is dat ze geïntegreerd zijn, met een brede blik. Een team dat breder kijkt dan alleen maar verslaving of verstandelijke beperking of begeleiding of GGZ. Al die expertise hebben ze geïntegreerd in 1 team. Dat is hun kracht. Als ik ze bel en een casus voorleg, kijken ze breed. Er zijn weinig patiënten waarbij je smal kunt kijken; waarbij maar sprake is van 1 afgebakend probleem. Bij de meeste patiënten die wat complexer zijn, is sprake van co-morbiditeit. Door dubbele diagnose, maar bijvoorbeeld ook op het vlak van sociaal-maatschappelijke problemen.” - huisarts

De flexibiliteit in op- en afschalen van contact en hulpverlening, tussen 'ontmoeting' en 'zorg' wordt als waardevol bestempeld door teamleden. Zo blijven bewoners in beeld en worden ze niet losgelaten als de hulpvraag beantwoord is. Dit heeft een preventieve werking bij een mogelijke terugval. Investeren in het contact hoeft dan niet opnieuw opgestart te worden, maar de eerder betrokken hulpverlener(s) kan snel opnieuw ondersteunen en zorg bieden waar nodig. Een ketenpartner noemt dat WijkGGZ meer dan andere GGZ-aanbieders oog heeft voor vraagstukken op sociaal-maatschappelijk vlak die raken aan psychische problematiek.

“Hier kan je wat meer overkoepelende signalen uit de regio uitwisselen, soms ook wel wat overstijgender. Wij merken bij Werkzaak dit of dat op, herkennen jullie dat vanuit WijkGGZ? ‘O ja, dat zijn wij ook tegengekomen!’. Bijvoorbeeld problemen met vastgoedmensen [...], het kan vanalles zijn wat ook raakt aan psychische problematiek. Dát vind ik een groot verschil: signalen op sociaal-maatschappelijk vlak met elkaar delen en kijken wat je daarmee zou kunnen.” - medewerker Werkzaak

Door de samenwerking tussen ketenpartners en WijkGGZ is er meer zicht op wat beide organisaties doen en kan daarin een brug worden geslagen. Deze ingebedde samenwerking komt niet van de grond met andere GGZ-aanbieders. De geïnterviewde samenwerkingspartner van Werkzaak noemt als oorzaak daarvoor dat het simpelweg niet gefaciliteerd is op die manier. Hierdoor richt samenwerking zich al snel op de ‘waan van de dag’, en de structurele inbedding verwaterd of komt niet van de grond. Teamleden Dukenburg noemen dat door de inzet van de WijkGGZ onnodige verwijzingen naar de Specialistische GGZ (SGGZ) worden voorkomen.

“Mijn collega noemde dat deze meneer echt ieder jaar opnieuw een verwijzing naar de SGGZ vraagt. Om te stoppen met zijn medicatie, of om te stoppen met middelengebruik. En dan komt hij na de wachtlijst op een intake bij de SGGZ en dan wil hij het uiteindelijk niet. Dus dan heb je een verwijzing, een wachtlijst, een intake waarbij blijkt dat hij eigenlijk geen hulpvraag heeft en dan begint het na een tijdje opnieuw. Deze meneer stond er nu op om een verwijzing naar een GGZ-instelling te krijgen, dus ik heb mijn collega gevraagd of hij ervoor open zou staan als ik hem gewoon eens zou bellen om te vragen wat hij precies wil. En na drie telefonische gesprekken van een kwartier was het niet meer nodig. Hij was tot de conclusie gekomen dat hij toch goed bezig was en dat dit het hoogst haalbare was en dat hij eigenlijk niet aan zijn medicatie en andere dingen wilde tornen. Nou, toen dacht ik ‘weer een verwijzing voorkomen’. Dat is toch wel goed. Verwijzing voorkomen én klant blij.” – teamlid Dukenburg

De inzet van ervaringsdeskundigen door WijkGGZ wordt gewaardeerd door samenwerkingspartners, een teamlid Tiel illustreert dat aan de hand van onderstaande casus.

“Laatst was er een dame waarbij de huisarts zei ‘ik ken wel iemand, die is zelf ook heel lang verslaafd geweest en die wil misschien wel contact met je opnemen’. De huisarts zei dat de ogen van die dame helemaal begonnen te fonkelen. Die waarde, en dat huisartsen dat dan ook weten te vinden, dat vind ik heel mooi. Dat een huisarts mij dan belt met de vraag of ik met haar in gesprek wil; mij daarin actief benadert.” – teamlid Tiel

Om het onderscheidend karakter van WijkGGZ ten opzichte van FACT te verduidelijken noemen teamleden diverse factoren. De WijkGGZ begeeft, en bevindt, zich prominenter in het bestaande

netwerk in de wijk waarin ze actief is. In de FACT-teams is daarnaast sprake van een regievoerder voor elke cliënt, waarbij de teams WijkGGZ handelen vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid voor elke bewoner waarbij iedereen betrokken is. De hulpvraag is leidend binnen WijkGGZ, en niet diagnostiek, zoals bij FACT. Teamleden noemen daarnaast dat WijkGGZ probeert zo laagdrempelig mogelijk te werken, door ontschottend en bij voorkeur zonder kaders te handelen. Verder wordt aangestipt door een teamlid Tiel dat WijkGGZ geen behandeling aanbiedt (en het liever wil voorkomen), en eerder kiest voor begeleiden. Dit wordt geïllustreerd met een voorbeeld uit zijn eigen FACT-team, waar hij werkt naast WijkGGZ. Wanneer een cliënt daar wordt aangemeld wordt al bij de aanmelding besproken wat nodig lijkt. Bij WijkGGZ is het aanbod niet leidend, maar de vraag van de bewoner. Een teamlid Dukenburg noemt dat kortdurend behandelen onderdeel is van het aanbod WijkGGZ en dat het werk bij WijkGGZ juist erg lijkt op FACT-werken én het werken binnen de moederorganisatie. Zij illustreert het verschil met de moederinstelling aan de hand van een voorbeeld. In de verslavingszorg wordt een casus afgesloten wanneer de gestelde behandeldoelen behaald zijn. Dat is voor WijkGGZ geen reden om af te sluiten. Er kan op zo'n moment gekeken worden of er nieuwe doelen zijn of dat er andere redenen zijn om het contact te continueren.

Er worden een aantal belangrijke verschillen met de moederinstellingen genoemd door teamleden. WijkGGZ behandelt los van financieringskaders. Er is geen sprake van wachtlijsten, er wordt vrijwel meteen gestart. De behandeling is niet gebonden aan een vaste tijdsduur. Er wordt niet gewerkt met verplichte begeleidings-/behandelplannen en protocollen. Het contact met bewoners kan open worden aangegaan, zonder dat er een 'verborgen agenda' is waarbinnen een zorgplan opgesteld moet worden dat aansluit bij de hulpvragen waarvoor een DBC geopend kan worden. Er wordt niet gezocht naar een hulpvraag die past bij de expertise, maar het doel is juist contact leggen.

Ook wordt door teamleden benoemd dat er in moederorganisaties meer bemoeienis is vanuit het management. De zelfstandigheid van WijkGGZ-teams is juist groot, en er lopen doorgaans doorgewinterde professionals rond. Er wordt door een teamlid benoemd dat het contact met de moederorganisatie wel van belang blijft, want "anders wordt WijkGGZ een FACT-aanpak".

3.8 Shared Values

De categorie Shared Values verwijst naar de gedeelde waarden, of met andere woorden, de visie van WijkGGZ, en hoe er gewerkt wordt om deze visie te realiseren. Een gedeelde waarde die bestuurders en teamleden noemen is 'doen wat nodig is'. In alle gesprekken komt dit terug, waarbij de link naar medemenselijkheid door aan te sluiten bij de vraag van de bewoner veel gelegd wordt. Dit kan handelen betekenen op diverse domeinen vanuit een holistische visie, waarbij het maken van onderscheid tussen behandeling en begeleiding van ondergeschikt belang is. Doen wat nodig is, betekent niet dat WijkGGZ alles doet wat een bewoner nodig vindt. Een tweede gedeelde waarde van waaruit gehandeld wordt is namelijk normaliseren. Niet alle problemen waar wijkbewoners mee te kampen hebben, vragen direct om behandeling of begeleiding. Waar dit wel nodig is, is de visie om dit

te doen door de bewoner te ondersteunen (in plaats van overnemen) en te kijken waar het systeem een rol kan spelen in dit proces.

“En ik denk dat we juist binnen WijkGGZ veel meer terug willen naar de kunst van het gewone. En daarmee bedoel ik dat we keuzes maken van, wat wordt verder geproblematiseerd en gemedicaliseerd en wat is een onderwerp, zoals een handicap, waarmee je gewoon zal moeten dealen en waar je op gezette tijden even door het ijs zakt maar je gouden klantkaart hebt die je kan bellen wanneer het noodzakelijk is”. – bestuurder instelling voor verslavingszorg

Centrale waarden in het contact met de bewoners die door alle betrokkenen genoemd worden zijn nabijheid en laagdrempeligheid. Nabijheid in fysieke zin, door in de wijk aanwezig te zijn, maar ook nabijheid door betrokken te zijn en te blijven waar dat nodig is. De aanwezigheid van WijkGGZ in de wijk moet een laagdrempelig karakter hebben. Deze waarde is zichtbaar in het handelen van de teams: de keuze voor de locatie, maar ook door de benaderbaarheid van teamleden voor samenwerkingspartners. Er zijn korte lijnen en vooraf afspraken maken is geen vereiste om contact te leggen. In het contact met bewoners staat een laagdrempelige bejegening centraal. Een teamlid noemt dat er gezocht wordt naar wederkerigheid in het contact en oprechte samenwerking met de bewoner waarbij beiden een match voelen. Deze waarde komt concreet tot uiting door de manier waarop gesproken wordt over de doelgroep. Deze worden bewust niet aangeduid als cliënten of patiënten, maar als burgers of wijkbewoners. Teamleden noemen dat min of meer dezelfde visie nodig is voor goede interne samenwerking in de teams. Er is bij alle betrokkenen veel respect voor de inzet van ervaringsdeskundigheid. Deze inzet wordt als belangrijk bestempeld doordat de ervaringsdeskundigen vanuit het eigen perspectief aansluiten bij het individu. Voor een volledige weergave van alle gedeelde waarden die werden aangedragen door zowel de teamleden uit beide teams als de bestuurders verwijzen we naar respectievelijk figuur 3 en 4.

Figuur 3

<p style="color: #e91e63; font-weight: bold; font-size: 2em;">Shared Values</p> <p style="color: #000000; font-weight: bold; font-size: 1.5em;">visie teams</p>	Werken vanuit de herstelgedachte
	Holistische werken
	Direct hulp kunnen bieden
	Spreken mét bewoner, niet óver bewoner
	Zo min mogelijk overnemen
	Regie bij de bewoner
	Werken vanuit match en alliantie
	Ondersteuning bieden
	Loslaten van onderscheid behandeling en begeleiding
	Jezelf misbaar maken, steun rondom bewoner organiseren
	Vraaggericht in plaats van aanbodgericht

Figuur 4

Actiegericht leren
Begeleiden en behandelen ligt dicht bij elkaar
Multidisciplinair werken
Integraal werken
Snel schakelen en korte lijnen
Multidisciplinair werken
Present zijn
Betere samenwerking
Ruimte voor professionals
Werken op basis van vertrouwen; beschikkingsvrij aan de slag gaan

3.9 Overige inzichten

Bij de analyse van de data bleken er ook zaken aan bod te zijn gekomen, die niet noodzakelijkerwijs pasten binnen het 7S-model, maar die echter wel degelijk relevante inzichten boden. Deze worden in deze paragraaf gepresenteerd.

Aanvullend aanbod

Team Dukenburg heeft zelf een peersupportgroep opgezet, op initiatief van een ervaringsdeskundige. Bij het opzetten van dit initiatief werd niet uitgegaan van een behoeftepeiling.

Vanuit team Tiel wordt geopperd dat het mooi zou zijn om begeleide bewoners te kunnen betrekken bij het aanbod vanuit WijkGGZ. Het zou meerwaarde kunnen hebben als burgers betekenis kunnen hebben in het leven van andere burgers.

Opschaling WijkGGZ

Vanuit team Dukenburg wordt aangestipt dat de gemeente snel wil implementeren in andere regio's terwijl er "nog helemaal niks goeds is". Er is zorg over het tempo waarin de implementatie wordt uitgerold.

Een uitdaging wordt door de bestuurder van de verslavingszorginstelling gezien in het proberen uit te rollen van de visie voor de hele regio. Als cruciaal voor het slagen wordt door de bestuurder van de gemeente genoemd dat de grotere instellingen de visie omarmen en met een voorstel komen richting de zorgverzekeraars. Dat is tot nu niet gebeurd. De bestuurder van de RIBW benoemt dat het "een heel mooi product is dat in lijn met de landelijke richtlijnen ambulantisering en inclusie, en past bij de missie en visie, ook van de gemeente." Alle betrokkenen in het onderzoek spreken over 'de visie', deze is niet vastgelegd op papier. Het risico bestaat dat door enkel te spreken over de visie gaandeweg de invulling van dit begrip ongemerkt verschilt tussen betrokkenen.

De bestuurder van de GGZ-instelling zegt dat er sprake is van een bepaalde mate van uniformiteit in de werkwijze, met ruimte voor professionaliteit. Deze bestuurder heeft de vraag of de ambitie waargemaakt kan worden als gemeenten proberen te tornen aan het aanbod (voor schaalvergroting). De GGZ-instelling werkt geprotocolleerd, en in WijkGGZ geldt geen productienorm, en is er ruimte om af te wijken als professional. Daarin is WijkGGZ een voorloper. WijkGGZ is nu nog niet kostendekkend, maar er is wel een beweging in gang gezet om de meerwaarde van die samenwerking te gaan ontdekken. Onduidelijk is of (slecht meetbare) baten uit preventieve activiteiten worden meegenomen in het vaststellen van de verhouding tussen opbrengsten en kosten.

Opschaling zal deels plaatsvinden met dezelfde organisaties (als uit de proeftuinen), en deels met andere. Uitgangspunt is aansluiten op de situatie ter plekke, vanuit de denkwijze die is afgesproken. Hierover noemt de verslavingszorgbestuurder dat huisartsen, woningbouwcorporaties, gemeenten en verzekeraars moeten worden meegenomen in dit proces. Inhoudelijk is daar een leidinggevende functie voor de projectleider weggelegd volgens deze bestuurder. De GGZ-bestuurder zegt dat WijkGGZ vraagt om een investering die nu nog lang niet kostendekkend is. Van onderop vormgeven is tijdsrovend, en die tijd is er niet als je problemen in een wijk wilt voorkomen, aldus de gemeentelijk bestuurder. Deze benoemt dat het hebben van twee registratiesystemen zorgt voor een spagaat. Onderbrengen van iedereen in één organisatie, in één werkproces en één ICT-systeem, is iets waar de gemeentelijk bestuurder wel naartoe zou willen.

De bestuurder RIBW geeft te kennen dat WijkGGZ een eigen bedrijf moet zijn, met een eigen logo en website, en dat als zelfstandige eenheid kan opereren.

Aanbevelingen vanuit ketenpartners

Ketenpartners is gevraagd of er nog andere zaken zijn die van belang zijn om te delen. Hieruit komen een aantal aanbevelingen voor WijkGGZ naar voren.

De samenwerking is opgestart vanuit de visie 'doen wat nodig is'. Het is fijn om zo praktisch en laagdrempelig samen te werken, maar er zou nog meer uit de samenwerking gehaald kunnen worden. Daarbij wordt benoemd dat het werkproces meer gestandaardiseerd zou mogen worden. Samen afspraken maken over de wijze waarop gegevens van bewoners gedeeld worden, de overlegfrequentie en in- en exclusiecriteria. Dit maakt het opvolgen van casuïstiek ook gemakkelijker, nu is dit nog heel vrijblijvend. De samenwerking versterken door korte lijnen met elkaar structureler in te bedden, is eveneens van belang. Concreet betekent dit in de praktijk telkens met elkaar blijven kijken waar je staat in de samenwerking, wat er nog gemist wordt en waar verbeterpunten liggen.

Het team WijkGGZ mag zich, als dit mogelijk is in relatie tot COVID-19, weer meer gaan laten zien en positioneren binnen de sociale kaart.

“Ze mogen nog bekender worden en zich meer promoten. Als ik naar mijn andere collega’s kijk denk ik dat niet iedereen scherp heeft wie ze zijn en wat ze doen en dat is zonde. Als je niet zelf betrokken raakt bij een casus, zul je niet zo snel aanmelden bij WijkGGZ.” - medewerker Bindkracht10

Een respondent die samenwerkt met team WijkGGZ Tiel, noemt dat de fysieke positionering van de WijkGGZ midden in de wijk niet automatisch betekent dat je ook actief bent in deze wijk. Burgers komen naar WijkGGZ toe. De uitdaging is om als WijkGGZ ook in de wijk in contact te komen met de sociale netwerken die daar bestaan. Kanttekening hierbij is dat dit een enorme klus is voor het team, omdat ze meerdere wijken in Tiel bedienen, elk met de eigen netwerken, activiteiten en problemen. Het uitbreiden van het aantal hulpverleners waarmee ketenpartners contact hebben wordt genoemd omdat op deze manier meer verbinding met elkaar ontstaat en de samenwerking breder wordt.

“Valkuil is dat iedereen in zijn eigen bubbel blijft zitten, terwijl ontmoeten van belang is om aan te sluiten en te zoeken naar de beste oplossing voor bewoners.” - medewerker Tiel Herstelt

In Tiel was bij de start van WijkGGZ het voornemen om samenwerking op te starten met het meldpunt bijzondere zorg, door maandelijks bij elkaar aan te sluiten. Dit zodat casuïstieken gemakkelijk kunnen worden op- en afgeschaald tussen beide aanbieders. Dit is nooit goed opgestart, mede door COVID-19. Team WijkGGZ Tiel sluit wel maandelijks aan bij het zorgoverleg Tiel van waaruit casuïstieken worden opgepakt, maar de 1-op-1 samenwerking tussen WijkGGZ en meldpunt bijzondere zorg zou alsnog van meerwaarde zijn.

Blik op de toekomst

Wat zijn de risico's als WijkGGZ verder wordt uitgerold? Hoe moet dan geborgd worden dat de wachtlijsten niet alsnog ontstaan, dat de bewegingsvrijheid van de professionals blijft bestaan en dat de expertise van de betrokken professionals op niveau blijft?

Een huisarts, betrokken sinds de oprichting van WijkGGZ noemt dat het belangrijk is dat de teams klein blijven. Er moet gezorgd worden dat teams contact blijven houden met de huisartsenpraktijken en de ruimte hebben om echt in de wijk te werken en aanwezig te zijn. Een bestendige financiering, met zo min mogelijk registratie is voorwaardelijk om dit te realiseren. Geen minutenregistratie en geen DBC's, maar een budget dat de teams mogen uitgeven en waarbij ze zelf verantwoordelijk zijn voor de juiste besteding hiervan.

Wat daarnaast belangrijk is, is dat het vervolg op de WijkGGZ (de behandeling of begeleiding die zij adviseren) ook snel opgepakt kan worden. Niet dat daar alsnog een wachtlijst ontstaat. Als WijkGGZ zegt dat een bewoner bijvoorbeeld op korte termijn een klinische detox nodig heeft, dan moet dit geregeld worden. Uiteraard moet daarbij uitgekeken worden voor oneigenlijk gebruik van deze route

(‘via de WijkGGZ gaat de verwijzing sneller’). Wat nodig is, is dat het in de tweede lijn zo soepel loopt dat, op het moment dat experts in de nulde lijn aangeven dat een bewoner behandeling nodig heeft in de tweede lijn, de tweede lijn er dan voor zorgt dat dit snel gebeurt. Dan is er ook sprake van doorstroom.

“Ik denk dat de patiënt enorm gebaat is bij de WijkGGZ, en de verzekeraar ook. Dit zal leiden tot minder verwijzingen, misschien minder vervuiling in de wijk, noem maar op, minder onrust. Je hebt de mensen sneller in beeld. Een heleboel mensen komen bijna wekelijks met dezelfde problemen bij mij, waar heel veel maatschappelijke problemen achter zitten. Ik denk dat als veel van die problemen worden opgelost, het ook beter gaat met deze mensen. Dat is een vicieuze cirkel.” – huisarts.

4 CONCLUSIE, KANTTEKENINGEN EN AANBEVELINGEN

4.1 Beantwoording deel- en hoofdvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde:

Wat gebeurt er in WijkGGZ en wat is de waarde van de aanpak van WijkGGZ volgens betrokkenen, zowel op het niveau van de individuele cliënt (= bewoner), de samenwerking rond de bewoner (= proces), als in en rond het zorgsysteem (= systeem)?

Vanuit de resultatensectie waar de data aan de hand van het 7S-model gepresenteerd is, worden eerst per niveau antwoorden weergegeven, alvorens de hoofdvraag in zijn geheel beantwoord wordt.

4.1.1 Bewoner

De conclusies op het niveau van de bewoner moeten met voorzichtigheid worden geduid. In dit onderzoek is grotendeels indirect inzicht verkregen in het niveau van de individuele bewoner. Er zijn slechts twee bewoners geïnterviewd; de meeste informatie is afkomstig vanuit het perspectief van teamleden, bestuurders en ketenpartners. Zicht *vanuit het perspectief* van de bewoner is dus zeer summier. Zicht *op het perspectief* van de bewoner, en het professionele handelen daarin, komt uitgebreider aan bod.

Dat benoemd hebbende, ontstaat wel het beeld dat er op basis van de verkregen informatie tevredenheid lijkt te zijn over hetgeen WijkGGZ kan bieden aan bewoners. Een aspect dat daarbij genoemd wordt vanuit alle perspectieven, is dat WijkGGZ snel en laagdrempelig in actie komt. Zeker bij complexere casuïstiek, waarbij al een langere geschiedenis is van hulpverleningstrajecten en mogelijk ambivalente motivatie, kan de snelle opstart zonder tussenkomst van secretaresses, indicaties of wachtlijst van waarde zijn. Zowel ketenpartners als teamleden, alsmede de gesproken bewoners, benoemen het vraaggerichte aspect van de aanpak als prettig. Er wordt geluisterd en uitgegaan van het verhaal en de behoefte van een bewoner. Bij de eerste contacten wordt gebruik gemaakt van de herstelondersteunende kennismaking (HOK). De ondersteuning vanuit ervaringsdeskundig perspectief lijkt waarde te hebben in het leggen van de contacten. Het beeld vanuit teamleden én ketenpartners ontstaat dat bewoners zich door deze inzet doorgaans gehoord en prettig bejegend voelen. Hiermee lijkt een bepaalde mate van gelijkwaardigheid in het contact gecreëerd te worden.

De duur en intensiteit van de begeleiding vanuit WijkGGZ wordt afgestemd op de wens van de bewoner, en er geldt geen maximumduur van de begeleiding. Er wordt in de teams in onderling overleg bepaald wat nodig is, uitgaande van de expertise en ervaring van teamleden en aansluitend bij de vraag van de bewoner. Overgaan tot afronding wordt gekenmerkt als een organisch proces, in overleg met de bewoner

In het methodisch handelen vanuit teamleden *richting de bewoners* zijn aanknopingspunten te herkennen die tevens worden gezien binnen andere (wijkgerichte) settings van de geestelijke gezondheidszorg. Herstelgerichte ondersteuning bieden, normaliseren in plaats van diagnosticeren, de bewoner de regie geven, inzet van ervaringsdeskundigen, wijkgericht en outreachend werken, zijn veelgehoorde ingrediënten. Iets minder geijkte elementen die WijkGGZ inzet, zijn de (elders wel in opkomst zijnde) herstelondersteunende kennismaking, de actieleercyclus tijdens casuïstiekbesprekingen, het bieden van zowel behandeling als begeleiding, en de ervaringsdeskundigen prominenter “in the lead” willen plaatsen. Daarbij dient te worden vermeld dat enkel de HOK redelijk ingebed lijkt te zijn in de aanpak. De inzet van de actieleercyclus lijkt (mogelijk mede door COVID-19 en beeldvergaderen) wat meer naar de achtergrond te zijn verschoven. De wijze waarop behandeling een plek heeft gekregen in het aanbod van WijkGGZ, lijkt verschillend per team, en ook afhankelijk van achtergrond en affiniteit van teamleden met behandeling. Ook het uitgangspunt om de ervaringsdeskundigen “in the lead” te laten zijn (altijd betrokken bij het eerste contact en in het verdere vervolg) wordt door ondercapaciteit nog niet behaald, waardoor het door volle agenda’s niet haalbaar is om ervaringsdeskundigen bij iedere casus te betrekken.

Het opstellen van begeleidings- en/of behandelplannen wordt niet systematisch gedaan. Voor sommige bewoners worden deze wel opgesteld, maar meestal is dit niet aan de orde. Dit lijkt flexibiliteit te stimuleren in de begeleiding, maar tevens is het tijdens casuïstiekbesprekingen niet altijd helder aan welke interventies/doelen gewerkt wordt met de bewoner.

Het betrekken van het systeem van een bewoner is een van de expliciet geformuleerde uitgangspunten van WijkGGZ. Opvallend is dat dit in de casuïstiek die bij de onderzoekers bekend is, zeker tot uiting komt, mits dit aansluit bij de hulpvraag en de wens van de bewoner. Bij het bespreken van de uitgangspunten van WijkGGZ, wordt systeemgericht werken wel genoemd, maar wordt dit amper centraal gesteld door teamleden en bestuurders. Dit zou op twee manieren uitgelegd kunnen worden: ofwel is systeemgericht werken al dusdanig ingebed onderdeel geworden van het pallet aan interventies, dat dit voor betrokkenen minder op het netvlies staat om specifiek te benoemen. Mogelijk zou het ook kunnen wijzen op een blinde vlek en dat het actief betrekken van het systeem juist meer expliciete aandacht nodig heeft.

Het thema preventie zal binnen de teams nog nader uitgewerkt moeten worden. In de begeleiding van bewoners worden secundaire en tertiaire preventie ingezet. Er zijn enkele kleinere activiteiten vormgegeven in de wijk die een preventief karakter hebben (bv. afspraken met de woningbouwvereniging, een plan voor een Photo-voice-expositie in het wijkcentrum, laagdrempelig in contact gaan met bewoners in buurthuizen). Er worden daarnaast enkele nieuwe ideeën geopperd door teamleden (aansluiten bij middelbare scholen of ROC’s, overbrugging bieden tussen jeugdzorg en volwassenenzorg). De teams handelen bij het opzetten van preventieve activiteiten actiegericht, waarbij

ze anticiperen op wat er gebeurt in de wijk en op signalen vanuit ketenpartners. In de samenwerking met ketenpartners, waarbij teamleden bij overleggen van ketenpartners aansluiten en vice versa, ontstaan preventieve initiatieven, waarbij op micro- en mesoniveau vanuit consultatie en afstemming met elkaar wijkbewoners sneller de juiste ondersteuning geboden kan worden. Er is geen sprake van een planmatige uitrol van activiteiten die bijdragen aan universele en selectieve preventie op wijkniveau.

4.1.2 Proces

Het proces van samenwerking rondom de bewoner vindt plaats tussen teamleden, en in afstemming met ketenpartners.

De samenwerking tussen teamleden onderling kan worden gekenschetst als informeel en gelijkwaardig. Teamoverleg vindt wekelijks plaats, waarbij er ruimte is voor casuïstiekbesprekingen en meer operationele zaken. De structuur van het teamoverleg, en de interne samenwerking, is organisch ontstaan, waarbij er enkele rollen (bv. voorzitter, notulist, gesprekspartner projectgroep) zijn gecreëerd, naar gelang de situatie daar om vroeg. Enkele taken (aandachtsgebiedshouders) zijn verdeeld onder teamleden.

Tijdens casuïstiekbesprekingen wordt uitgegaan van eigen inbreng vanuit de teamleden: niet alle casussen worden doorgenomen (want daar is niet altijd tijd voor), maar meestal wordt gewerkt op geleide van wat teamleden zelf inbrengen. Er is geen overzicht van, of vaste frequentie waarin, lopende casuïstiek wordt ingebracht. Hierin schuilt het risico dat bewoners waarbij meedenken van het team geïndiceerd is, maar het betrokken teamlid dit zelf niet signaleert, niet besproken worden waardoor de kwaliteit van de hulpverlening niet optimaal is.

Nieuwe casussen worden grotendeels aangemeld vanuit ketenpartners. Teamleden noemen dat WijkGGZ nog amper vindbaar lijkt voor de individuele bewoner in de wijk.

De wijze van aanmelding is laagdrempelig, snel en zonder bureaucratie. Dat is aantrekkelijk voor verwijzende ketenpartners. Wel lijkt er veelal sprake van dezelfde verwijzers, het bereiken van andere verwijzers is aandachtspunt. Na verwijzing vindt er, door korte lijnen en bekendheid tussen verwijzers en WijkGGZ-teamleden, geregeld terugkoppeling plaats. Teamleden benoemen te investeren in goede contacten met ketenpartners, wat door deze ketenpartners ook wordt onderschreven. Hoe, en hoe vaak, er terugkoppeling plaatsvindt over casuïstiek is niet geformaliseerd of beschreven.

De korte lijnen bevorderen de kwaliteit van de samenwerking; ketenpartners zijn hierover unaniem tevreden.

Teamleden en bestuurders benoemen dat de naamsbekendheid van WijkGGZ, en positionering in het zorglandschap, beter vormgegeven mag worden. In Tiel en Dukenburg is pragmatisch gestart vanuit bestaande contacten tussen teamleden en ketenpartners, en het benaderen van enkele op het eerste oog belangrijke nieuwe ketenpartners. Dit paste goed bij de actiegerichte start van de proeftuinen. Van

daaruit is organisch samenwerking ontstaan. Dit werd niet voorafgegaan door een systematische analyse van het zorglandschap binnen beide proeftuin-locaties. Aan het eind van de pilot signaleren teamleden dat met sommige ketenpartners die van belang zijn, zoals de thuiszorg, nog geen samenwerking is gerealiseerd.

Wanneer een bewoner passend is bij WijkGGZ, of juist niet, is niet altijd even helder. De in- en exclusiecriteria voor potentiële WijkGGZ verwijzingen zijn organisch ontstaan en niet geformaliseerd. Bestuurders, teamleden, maar ook ketenpartners hebben niet precies duidelijk wat de in- en exclusiecriteria zouden moeten zijn. Team Dukenburg en Tiel noemen deels verschillende in- en exclusiecriteria die gehanteerd worden. De afbakening tot, of juist bewuste overlap met, andere vormen van zorg en ondersteuning in de wijk zal duidelijker moeten worden. Ook geven ketenpartners aan dat ze niet altijd goed op de hoogte zijn of een verwijzing passend is. Hierover wordt nu vaak kort overleg gevoerd met een collega van WijkGGZ. Dit wijst op de noodzaak om de positie van WijkGGZ binnen het zorglandschap, en in relatie tot andere aanbieders, duidelijker te definiëren.

Genoemde inclusiecriteria

- Een bewoner moet open staan voor contact met WijkGGZ;
- Er is sprake van psychische problematiek, van spanning of stress. Dit kan in beperkte mate zijn, maar het moet aanwezig zijn;
- Een bewoner zonder duidelijke hulpvraag, maar waarover wel grote zorg is (vanuit zichzelf of systeem) komt in aanmerking voor WijkGGZ;
- De omvang of complexiteit van de hulpvraag maakt niet uit; WijkGGZ gaat in gesprek om te zien wat ze kunnen betekenen.

Genoemde exclusiecriteria

- Bewoners die geen hulp willen;
- Bewoners met enkelvoudige behandelvragen, zoals bijvoorbeeld een gerichte vraag voor EMDR-behandeling. Zij passen beter bij een GGZ-instelling;
- Bewoners die een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormen, of drang of dwang noodzakelijk zijn om iemand 'in zorg' te krijgen.

De matching tussen een teamlid en een bewoner vindt plaats tijdens het teamoverleg. Een nieuw aangemelde casus wordt besproken in het team, waarbij voor het eerste contact gekeken wordt naar beschikbare tijd in de agenda op korte termijn en eventuele affiniteit of expertise met betrekking tot de hulpvraag. Na de kennismaking wordt nogmaals in het team besproken wie het beste matcht met de

casus. Daarbij wordt uitgegaan van de wensen van de bewoner, een mogelijke match op expertise, geslacht en het hebben van een “klik”.

4.1.3 Systeem

De organisatie van WijkGGZ binnen de wijk/gemeente vindt plaats binnen het bestaande zorglandschap. Bij de oprichting van de pilotteams is de grootte van de teams pragmatisch bepaald. Op basis van het aantal deelnemende organisaties werden hulpverleners en ervaringsdeskundigen geworven. De ideeën over de wenselijke teamgrootte verschillen op bestuurlijk niveau. Verschillen in demografische en sociaal-economische omstandigheden tussen Dukenburg en Tiel hebben hierbij in de pilotfase minder op de voorgrond gestaan. Het meewegen van deze verschillen wordt wel van belang geacht bij verdere schaalvergroting.

Bij het vormgeven van de formatie van de teams vanuit de deelnemende moederorganisaties, zijn geen (functie)profielen opgesteld waar teamleden aan moesten voldoen, maar er werd informeel geworven. Teamleden en bestuurders noemen diverse vaardigheden om de competenties te omschrijven waarover teamleden dienen te beschikken. Deze vaardigheden kunnen ingedeeld worden naar persoonlijke vaardigheden en vakinhoudelijke vaardigheden. Persoonlijke vaardigheden die alle betrokkenen noemen zijn zelfstandigheid, initiatief tonen, creativiteit, doener/aanpakker en een bepaalde mate van eigengereidheid/lef tonen. Vakinhoudelijke vaardigheden waarover respondenten het eens zijn, zijn ondernemerschap, reflectief vermogen, kunnen handelen in situaties waarin kaders ontbreken en netwerkvaardigheden. Het kunnen aannemen van een luisterende en observerende houding, waarbij niet direct oplossingen worden aangedragen aan bewoners en/of een oordeel wordt gevormd, is een vaardigheid die van belang is in het directe contact met bewoners. Waardevrij handelen, en het kunnen kijken vanuit meerdere perspectieven waarbij nadruk is voor wat wel goed gaat (krachtgericht werken) zijn vakinhoudelijke vaardigheden die teamleden eveneens aandragen. Samenwerken en ‘outside of the box’-denken zijn centrale thema’s voor medewerkers, die continu terugkomen, en waar diverse persoonlijke en vakinhoudelijke vaardigheden aan gerelateerd worden.

Een mix van begeleiders en behandelaars in de teams is van belang, evenals een teamsamenstelling waarin professionals elkaar aanvullen vanuit ieders eigen expertise met bepaalde doelgroepen en problematieken. Op basis van de interviews ontstaat de indruk dat in team Dukenburg het bieden van behandeling meer expliciet op de voorgrond staat dan in team Tiel. In Dukenburg positioneren sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zich meer door “vanuit een behandelaarsbril te kijken”.

Er ontbreekt een uitgewerkte gezamenlijke visie op de rol van behandeling binnen de teams en het op indicatie aanbieden van behandeling door professionals van de betrokken organisaties. Teamleden hebben behoefte aan laagdrempelige consultatie van hoofdbehandelaars vanuit de betrokken organisaties. Door team Dukenburg, maar ook in de projectgroep, wordt de valkuil van ‘onbekend maakt onbemind’ genoemd: indien bepaalde expertise niet beschikbaar is, zal deze ook niet

geconsulteerd worden. Dit kan van invloed zijn op de kwaliteit van het zorgaanbod. Een risico bij uitbreiding van het aantal teams WijkGGZ is de (beperkte) beschikbaarheid van hoofdbehandelaars voor consultatie.

Het functioneren van teamleden wordt informeel binnen de teams geëvalueerd, zowel in onderling overleg als met de projectcoördinator. Er is geen sprake van functioneringsgesprekken binnen WijkGGZ, deze vinden plaats binnen de moederorganisaties. De organisatievorm voor de teams wordt bestempeld als zelforganiserend, waarbij echter ook aangestipt wordt dat een aanspreekpunt of leidinggevende functioneel zou kunnen zijn. Binnen de teams wordt genoemd dat er behoefte is aan een overstijgend denker, die kan schakelen tussen de werkvloer van de teams, en het operationele niveau. Met het oog op de doorontwikkeling zijn er op bestuurlijk niveau verschillende denkbeelden over de organisatievorm (wel of geen leidinggevend, eigenstandige organisatie of niet) die passend is voor WijkGGZ in de toekomst.

Teamleden ervaren weinig zeggenschap in besluitvormingsprocessen en er is behoefte aan directer en informeler contact met de aansturende laag. Bestuurders omschrijven de aansturing als bottom-up, waarbij in het proces tijdens de pilot gekozen is voor een volgende, in plaats van sturende aanpak. De deelname vanuit de teams aan het projectgroepoverleg verschilt per team. Het ene team heeft zichzelf gepositioneerd als onderdeel van projectgroepoverleggen, waarbij dit voor het andere team minder het geval is. Er heerst binnen de teams onduidelijkheid over de rollen en taken van de projectgroepen en de stuurgroep. Vanuit bestuurlijk niveau is het signaal dat dit soort constructies waarbij teamleden aanhaken bij de aansturende laag, mogelijk de besluitvorming kunnen vertragen. Enerzijds wordt er gesproken van een bottom-up strategie, maar anderzijds geven de teams signalen dat de afstand tussen de bestuurlijke laag en de teams als groot wordt ervaren, en dat besluitvorming lang op zich kan laten wachten. Het ontbreekt daarbij vanuit de teamleden gevoelsmatig aan dialoog. Dit staat haaks op het perspectief van een – vanaf het begin – betrokken RIBW-bestuurder. Het valt op dat er verschil zit tussen hoe de teamleden en de bestuurders de onderlinge samenwerking ervaren.

De bekendheid van WijkGGZ kan nog vergroot worden. Bij de start van de pilotfase hebben kick-offbijeenkomsten, presentaties door teamleden, actieve benadering van ketenpartners, mond-tot-mond-reclame en folders hun werk gedaan, maar er zijn nog samenwerkingspartners die niet bereikt zijn. Er is geen zicht op de mate waarin bewoners bekend zijn met WijkGGZ. Het vergroten van de naamsbekendheid is binnen de teams een aandachtspunt geweest, maar bepaalde randvoorwaarden zoals een professioneel mailadres, een website en een logo ontbreken aan het eind van de pilotperiode nog. Dit wordt op bestuurlijk niveau erkend. Een beperkende factor gedurende de looptijd van de pilotfase was de uitbraak van COVID-19, waardoor wervende contacten met externe partijen minder op de voorgrond stonden dan daarvoor.

De samenwerking met ketenpartners kan beter geborgd worden. Er is nog veel afhankelijk van contacten tussen individuele teamleden met een (vertegenwoordiger van een) ketenpartner. WijkGGZ heeft nadrukkelijk oog voor vraagstukken op sociaal-maatschappelijk vlak die raken aan psychische problematiek. Door de samenwerking tussen ketenpartners en de WijkGGZ is er inzicht in wat beide organisaties doen en kan daarin een brug worden geslagen. De WijkGGZ begeeft, en bevindt, zich prominent in het bestaande netwerk in de wijk waarin ze actief is.

Een fysieke locatie in de wijk is van belang voor WijkGGZ. Dit vergroot de zichtbaarheid en bekendheid, en verlaagt de drempel voor zowel bewoners als ketenpartners om binnen te kunnen lopen. Ook is het een plek waar teamleden elkaar kunnen ontmoeten.

Een belangrijk verschil tussen WijkGGZ en ander GGZ-aanbod is dat WijkGGZ los van financieringswijze behandelt. Daarnaast is er geen sprake van wachtlijsten, er wordt vrijwel meteen gestart met het eerste contact. Doordat er niet gewerkt wordt vanuit indicaties of DBC's, is begeleiding niet gebonden aan een vaste tijdsduur. Teamleden hebben door het ontbreken van financieringskaders ruimte voor consultatie en preventieve activiteiten die niet individueel gedeclareerd kunnen worden. Bestuurders en teamleden erkennen de grote meerwaarde hiervan. Bij beide partijen bestaat zorg over de inbedding van deze ruimte na de pilotfase, doordat afspraken over financiering deze ruimte mogelijk beperken.

Er wordt niet gewerkt met een registratiesysteem. Alle betrokken partijen erkennen dat dit geen wenselijke situatie is. Vanuit de teams bestaat de zorg dat een registratiesysteem ook registratielast met zich meebrengt, wat ten koste zou gaan van de flexibiliteit en snelheid van kunnen handelen. Er wordt door teamleden en bestuurders onderkend dat er sprake is van een kwetsbare situatie, doordat er nu geen toegankelijk (elektronisch) dossier is met daarin de benodigde contactgegevens en informatie over de voortgang. Daarnaast voldoet de huidige werkwijze niet aan de wettelijke verplichtingen rondom de verwerking van persoonsgegevens. Onduidelijk is wat ervoor zorgt dat deze werkwijze, waarover alle betrokkenen hun zorgen uiten, gedurende de pilotfase niet aangepast is.

Een gezamenlijke verhaal van waaruit gehandeld wordt, staat beschreven in de tussenevaluatie van Berkvens (2020). Een concrete uitwerking van de visie, en de praktische vertaling daarvan naar het dagelijks handelen, ontbreekt. Teamleden zijn goed in staat te omschrijven hoe de praktische vertaling eruit ziet naar het dagelijks handelen en hebben hierover binnen de teams een grote mate van overeenstemming. Betrokken bestuurders hebben meer moeite met de praktische vertaling van de visie en zijn niet unaniem in de beschrijving hiervan.

Gedeelde waarden die bestuurders en teamleden noemen zijn 'doen wat nodig is', verder durven kijken dan de bekende mogelijkheden, normaliseren en laagdrempelig en nabij aansluiten in de samenwerking met de bewoner. Bestuurders richten zich bij het omschrijven van de visie op

methodische aspecten van de teams WijkGGZ, waarbij ruimte voor professionals, een betere samenwerking en een integrale werkwijze die ontstaat vanuit actiegericht leren centraal staan.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde:

Wat gebeurt er in de WijkGGZ en wat is de waarde van de aanpak van de WijkGGZ volgens betrokkenen, zowel op het niveau van de individuele bewoner (= cliënt), de samenwerking rond de bewoner (= proces), als in en rond het zorgsysteem (= systeem)?

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek kan enerzijds worden gesteld dat er vanuit alle perspectieven met tevredenheid naar de aanpak van WijkGGZ wordt gekeken. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het bewonerperspectief ondervertegenwoordigd is in het beeld dat geschetst kan worden.

Anderzijds is het handelen van WijkGGZ in de praktijk ten opzichte van bewoners (inhoud van de begeleiding, gebruik van methodieken) weinig verschillend ten opzichte van bestaande en nieuwe wijkgerichte GGZ-initiatieven. Herstelondersteuning, regie bij de bewoner, inzet van ervaringsdeskundigheid en een wijkgerichte focus zijn elementen die landelijk veel worden teruggezien in de afgelopen jaren. De enige aspecten waarin WijkGGZ zich nadrukkelijk lijkt te onderscheiden zijn een afwijkende bekostigingsstructuur, en een minder grote verantwoordingsdruk op teamleden. Dit schept voor medewerkers ruimte voor het vraaggericht en herstelgericht in kunnen spelen op vragen vanuit bewoners. Teamleden hebben het gevoel een waardevolle bijdrage te kunnen leveren aan de problemen waarmee de doelgroep te kampen heeft.

De organisatorische vrijheid lijkt op basis van de antwoorden van betrokkenen meer ruimte te scheppen voor vrijheid in het handelen. Dit vergroot motivatie bij teamleden, en maakt het makkelijker om methodisch te kunnen handelen als het gaat om: goed luisteren naar de bewoner, regie bij de bewoner leggen, meedenken vanuit de vraag in plaats van aanbod, en het inzetten van ervaringsdeskundigheid. Organisatorisch is de wijkGGZ, vanuit een organische en actiegerichte start, nog volop in ontwikkeling. De teamsamenstelling, de samenwerking tussen organisatorische lagen en met externe partijen, is organisch vormgegeven. Een gezamenlijk gedeelde visie en werkwijze wordt deels teruggehoord, maar er zijn op verschillende niveaus ook nog verschillen in zienswijze. Bijkomend zijn deze visie en werkwijze niet, of nog weinig concreet, beschreven. Hierdoor kan worden geconcludeerd dat WijkGGZ nog rijping en professionalisering nodig heeft.

4.2 Kritische inhoudelijke kanttekeningen

Het actiegericht opstarten van een dergelijke pilot brengt enkele voordelen met zich mee. Zo worden er snel professionals gevonden die (intuïtief) lijken te passen binnen de werkwijze van WijkGGZ.

Professionals die met de bijbehorende onzeker- en onduidelijkheden om kunnen gaan, en die durf hebben om te pionieren. Hetzelfde kan worden gezegd over de projectgroep die veelal ad hoc en vraaggericht te werk lijkt te zijn gegaan. Een valkuil hierbij is dat een aantal elementen nog weinig geborgd of doordacht zijn. Hierdoor lijkt de aanpak aan het einde van de pilotfase op verschillende punten nog weinig volwassen te zijn. Hierbij kan ten eerste gedacht worden aan randvoorwaardelijkheden als een registratiesysteem en communicatiemiddelen (website, professioneel mailadres, telefoon). Daarnaast zijn er ook op uitvoerend en operationeel niveau nog diverse aandachtspunten:

- De werving en samenwerking met ketenpartners is weinig planmatig vorm gegeven.
- Er is geen duidelijk (functie)profiel opgesteld waar een WijkGGZ-professional aan zou moeten voldoen.
- De beschikbaarheid van voldoende ervaringsdeskundigen blijkt problematisch.
- De teams en de projectgroep ervaren de aansturing en onderlinge samenwerking verschillend.
- De projectgroep heeft veel wisselingen in samenstelling gehad, en blijkt niet altijd dezelfde ideeën te hebben over de voortgang, omvang en koers van WijkGGZ.
- De gezamenlijke visie heeft zich nog niet vertaald naar een concrete beschrijving van werkwijze, organisatie en inhoud van het aanbod van WijkGGZ, die overgedragen kan worden aan nieuw op te starten teams.
- Er is – mede door de COVID-19-uitbraak - weinig ruimte geweest voor teamontwikkeling.

Dat er potentie lijkt te zitten in WijkGGZ, blijkt uit de tevredenheid die er van binnenuit (de teams, bestuurders) én de ketenpartners uitgesproken wordt. Missing link is wel het zicht op de tevredenheid van de primaire klant: de bewoner. Het verzamelen van kwantitatieve data door de teams in het werkproces rondom de bewoner, evenals het structureel bevragen van bewoners op de tevredenheid met het aanbod WijkGGZ is van belang om het bewonerperspectief op WijkGGZ in kaart te brengen.

De wijze waarop gedeelde verantwoordelijkheid wordt gedragen voor een bewoner kunnen de teams nog concreter uitwerken. De ambitie is gezamenlijke verantwoordelijkheid voor iedere bewoner waarbij iedereen betrokken is. In de praktijk wordt een bewoner ingebracht in overleg, en wordt niet altijd gerealiseerd dat alle teamleden de bewoner ook daadwerkelijk kennen.

Wanneer WijkGGZ afgezet wordt tegen de uitgangspunten voor bijvoorbeeld netwerkpsychiatrie (Mulder et al., 2020) of andere wijkgerichte GGZ-initiatieven (Van der Meulen, 2017), dan valt op dat er veel overeenkomsten zijn. Werken vanuit een herstelondersteunende visie, regie bij de bewoner, gezamenlijke besluitvorming en sectoroverstijgende samenwerking zijn te herkennen in de werkwijze van WijkGGZ. Accentverschillen liggen meer in het expliciet betrekken van naasten, én het bieden en faciliteren van virtuele ondersteuning (daadwerkelijk digitaal begeleiden, of verwijzen naar online-aanbod). Naasten worden zeker wel betrokken, maar het valt op dat dit niet op de voorgrond staat wanneer bijvoorbeeld teamleden hun contacten beschrijven. Het zou een prominentere plek in de visie en de aanpak kunnen krijgen, door het bijvoorbeeld meer structureel terug te laten keren tijdens teamoverleg als bespreekpunt bij iedere bewoner. Het lijkt nu nog vaak intuïtief de revue te passeren, en kan structureler ingebed worden. Ook het bieden van virtuele ondersteuning gebeurt nog weinig. Een visie op waar dit van meerwaarde zou zijn binnen WijkGGZ, en hoe dit een plek kan krijgen in de aanpak van de teams, ontbreekt.

Verder wordt gewezen op de sectoroverstijgende samenwerking op macroniveau (het niveau van instellingen en voorzieningen). De aanwezigheid van professionals en ervaringsdeskundigen vanuit verschillende organisaties, én representanten van deze organisaties in de aansturende lagen, is een beginpunt voor ontschotting, doorverwijzing en versterking van expertises. Echter worden ook accentverschillen gezien tussen deze organisaties, en ontbreekt het nog aan een gezamenlijk doorleefde visie vanuit dit aansturende niveau die zich voldoende concreet kan vertalen naar de werkvloer. De organisaties verschillen onderling nogal qua bedrijfscultuur- en organisatieprincipes. Dat de teamleden een afstand ervaren tot de aansturende laag, wijst mogelijk op een gemis van een verbindende schakel tussen deze niveaus. Iemand die een overbruggingsfunctie kan bekleden tussen werkvloer en aansturing kan hieraan bijdragen, door globale ideeën te vertalen naar de praktijk, en te zorgen voor de vertaalslag die nu wordt gemist.

De interne discussie over de wijze van positionering van WijkGGZ bij schaalvergroting (als zelfstandige organisatie of anderszins) speelt ook bij de opzet van sociale (wijk)teams (Van Arum, Broekroelofs en Van Xanten, 2020). Mogelijk kunnen de beschouwingen van voor- en tegenargumenten voor verschillende organisatiemodellen uit het onderzoek van Van Arum et al. (2020) dienen als inspiratie voor de doorontwikkeling van WijkGGZ.

Het ambulante zorglandschap is continu in beweging, met een enorm aantal actoren. Bij de oprichting van veel verschillende ambulante teams die (ook) aandacht hebben voor hulpvragen op sociaal-maatschappelijk en psychisch vlak, bestaat het risico dat burgers, samenwerkingspartners én de professionals zelf door de bomen het bos niet meer zien. Voor ketenpartners is het lastig te komen tot een duidelijke inhoudelijke afweging bij de keuze tussen verschillende aanbieders. De keuze voor WijkGGZ richt zich regelmatig op de laagdrempelige werkwijze van deze teams, waarbij inhoud van de

hulpverlening niet doorslaggevend is. De opzet van Brede Basisteams in Nijmegen vindt op dit moment plaats, waarbij mogelijk overlap is met WijkGGZ in de geboden begeleiding. Als de methode van WijkGGZ (laagdrempelig, geen wachtlijst, geen formulieren) het belangrijkste onderscheidend vermogen is, mag dit niet verloren gaan bij een verdere uitrol. Op bestuurlijk niveau zal de afweging gemaakt moeten worden of bestaande ambulante teams met een wijkgerichte focus deze elementen kunnen incorporeren, of dat er daadwerkelijk een noodzaak is tot het oprichten van nieuwe teams WijkGGZ. In dit proces zal nadrukkelijk aandacht besteed moeten worden aan de teamsamenstelling en de benodigde competentiemix van teamleden.

4.3 Methodologische kanttekeningen bij het onderzoek

Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder uitdagende omstandigheden. Daarbij speelden methodische uitdagingen een rol, alsmede de impact van COVID-19 liet zich voelen. Methodisch gezien bleek monitoring, zoals eerder beschreven, niet mogelijk vanuit het bewonerperspectief. De afwezigheid van kwantitatieve data vanuit dit perspectief op voorhand, en de door COVID-19 bemoeilijkte zoektocht naar bewoner-contacten, hadden tot gevolg dat deze rapportage grotendeels geschreven is vanuit het perspectief van teamleden en bestuurders.

De databronnen van dit onderzoek waren direct- of indirect betrokkenen bij WijkGGZ. De onderzoekers hebben gepoogd om de eerder genoemde selectie bias tegenwicht te bieden door zoveel mogelijk brontriangulatie (Van der Donk & Van Lanen, 2019) toe te passen. Het kan echter niet worden uitgesloten dat bepaalde belangen (bijvoorbeeld op operationeel of persoonlijk niveau) terug te vinden zijn in de antwoorden die gegeven werden.

De onderzoekers werden in de samenwerking zelf ook beperkt door coronamaatregelen. Op afstand samenwerken maakte afstemming onderling, en met betrokken partijen, uitdagender en tijdrovender. Contact maken met de teams werd bemoeilijkt doordat er geen face-to-face-contact plaats kon vinden, met name met team Tiel. Hierdoor verliep de samenwerking minder soepel. Ook heeft het afnemen van een online interview of focusgroep beperkingen, doordat er minder gelet kan worden op nuances in verbale en non-verbale communicatie.

Het gebruikte ordeningsprincipe binnen dit rapport, het 7S-model, is een vrij grof indelingsprincipe. Het model is een generiek model om (de werking van) organisaties door te kunnen lichten, en is aangepast naar de context van WijkGGZ. Er was bij de onderzoekers discussie over de indeling van bepaalde principes. De uiteindelijke keuzes zijn soms arbitrair, omdat er binnen een dergelijk grof model altijd ruimte zal zijn voor interpretatie. Dat lijkt onontkoombaar wanneer er een analyse gemaakt moet worden van een complex samenwerkingsverband met meerdere perspectieven.

Het huidige onderzoek vond parallel plaats met schaalvergroting van WijkGGZ-aanpak in Nijmegen en Rivierenland. Daarmee liepen zowel op de werkvloer (teamleden) als op bestuurlijk niveau processen door elkaar heen. Dit onderzoek probeerde zicht te krijgen op de waarde en mechanismen vanuit de pilotperiode. In de gegeven antwoorden werd geregeld opgemerkt dat betrokkenen al een stap verder waren, en daar ook hun antwoorden op baseerden. De onderzoekers hebben zich ingespannen om zoveel mogelijk de vragen te richten op de afgelopen periode, maar het kon niet worden voorkomen dat het toekomstperspectief ook in de antwoorden verpakt werd.

Daarnaast bleek er al snel vanuit bestuurlijk niveau behoefte aan de opbrengsten uit dit onderzoek. Sneller dan voor de onderzoekers mogelijk was. Om voor zoveel mogelijk zuiverheid te kiezen en processen niet teveel door elkaar heen te laten lopen, hebben de onderzoekers ervoor gekozen om pas zodra alle data geanalyseerd was, en van duiding was voorzien, deze te delen met de bij dit onderzoek betrokken bestuurders, ook al was daar vanuit dat perspectief eerder behoefte aan.

4.4 Aanbevelingen

De positionering van WijkGGZ in een wijk/gemeente zou verbeterd kunnen worden door:

- Duidelijker definiëren van in- en exclusiecriteria, zodat WijkGGZ onderscheiden kan worden ten opzichte van het overige hulpaanbod. Er zal aandacht moeten zijn voor de vraag of uniformiteit van in- en exclusiecriteria voor verschillende teams WijkGGZ nodig is, of dat deze weloverwogen kunnen verschillen, afhankelijk van het zorglandschap in de specifieke wijk/gemeente.
- Voorafgaand aan het opzetten van nieuwe WijkGGZ-teams een analyse van het bestaande zorglandschap uitvoeren. Dit helpt om WijkGGZ te positioneren ten opzichte van ander aanbod per locatie, maar ook om over verschillende locaties heen contacten met diverse grotere ketenpartners steviger te kunnen verankeren. Er wordt door bestuurders benoemd dat het aan kunnen aansluiten op de lokale kleur van belang is. Starten vanuit bestaande contacten is een kracht die zeker bewaard moet worden, maar kan verrijkt worden met een gestructureerde inventarisatie. Door vóór de start helder in kaart te brengen welke structuren reeds aanwezig zijn in een wijk/gemeente, kunnen duidelijker accenten worden gelegd door WijkGGZ. Ontbrekende elementen kunnen worden geaccentueerd, en reeds aanwezige elementen in een wijk/gemeente kunnen juist minder worden opgetuigd. Dit kan ook gevolgen hebben in het selectiebeleid van personeelsleden per locatie (bijvoorbeeld minder behandeling, maar meer preventie op één locatie, en op een andere plek juist andersom).
- Het analyseren van de populatiegrootte en de verwachte problematieken binnen een wijk/gemeente. De opzet van de proeftuinen was actiegericht, maar bij schaalvergroting lijkt juist een voorafgaande analyse de afstemming op de specifieke context versterken. Daarbij kan worden gedacht aan de samenstelling van de teamgrootte op basis van de totale populatie, en mogelijke

differentiatie tussen WijkGGZ-teams qua aanwezige expertises en affiniteiten, wanneer bepaalde problematieken meer of minder vertegenwoordigd zijn in een bepaalde omgeving.

WijkGGZ zou geprofessionaliseerd kunnen worden door:

- Het hanteren van een registratiesysteem voor bewonergegevens. Enkele persoons- en contactgegevens, alsmede een korte beschrijving van achtergronden en inhoud en rapportage van de begeleiding, zouden zowel voor teamleden als bestuurders waardevol zijn. Voor teamleden maakt het de begeleiding minder persoonsafhankelijk en overdraagbaarder. Bij ziekte of uitval van een medewerker, of in het geval van klachtenprocedures vanuit bewoners, is het risico op problemen in de huidige werkwijze groot. Er dient echter wel een dialoog gevoerd te worden tussen teamleden en bestuurders over hoe dit registratiesysteem er uit moet komen te zien. Een té grote registratielast op de werkvloer zou ten koste kunnen gaan van de gevoelde vrije ruimte bij teamleden om laagdrempelig en snel te kunnen blijven reageren op hulpvragen. Het registratiesysteem zal primair moeten dienen om de kwaliteit en continuïteit van begeleiding en behandeling te waarborgen. Secundair zouden teamleden en bestuurders waardevolle informatie kunnen krijgen uit het registratiesysteem over het aantal aanmeldingen, type hulpvragen, aantal begeleidingscontacten en doorstroom van bewoners. Deze informatie zou weer behulpzaam kunnen zijn bij toekomstige evaluaties van WijkGGZ-aanpak.
- Het opzetten van een (registratie)systeem waarin de contacten met ketenpartners, inclusief contactpersonen overdraagbaar en inzichtelijk worden gemaakt. Dit zou de continuïteit ten goede kunnen komen bij uitval of wisselingen van teamleden.
- Een concretisering van interventies die vallen onder behandeling kan helpend zijn. Deze afbakening biedt handvatten om te bepalen wat níet onder WijkGGZ valt en waarvoor externe expertise ingezet moet worden. Ook zal bij schaalvergroting goed nagedacht moeten worden over de beschikbaarheid van hoofdbehandelaars vanuit betrokken organisaties (of mogelijk extern in het geval van specifieke expertise) voor consultatievragen. De vraaggerichte, ad hoc aanpak van de pilotfase vraagt bij een vergroting van het werkgebied en caseload, om een structureler ingebede werkwijze. Vaste aanspreekpunten of consultatiemomenten, waarbij de betrokken hoofdbehandelaren in tijd en middelen gefaciliteerd worden, strekken daarbij tot aanbeveling.
- Het hebben van een gedeelde visie, die voldoende geconcretiseerd is naar het handelen op de werkvloer, strekt tot aanbeveling. Er is nu nog verschil tussen de invulling van de visie vanuit bestuurlijk niveau en de werkvloer. Het hebben van één gezamenlijke, in dialoog opgestelde visie, helpt in de onderlinge communicatie tussen teamleden en bestuurders, maar ook gericht op de positionering ten opzichte van ketenpartners.

Overige aanbevelingen kunnen als volgt worden gedaan:

- Binnen de teams mag er meer aandacht zijn voor een werkwijze om tijdens de teamoverleggen de casuïstiek gestructureerd te bespreken. Daarbij strekt het tot aanbeveling dat iedere bewoner die in

contact is met WijkGGZ, met regelmaat (bijvoorbeeld minimaal eens per maand) de revue passeert, om te kunnen garanderen dat er sprake kan zijn van shared decision making, en er geen blinde vlekken ontstaan bij individuele teamleden.

- Er mag concreter worden uitgewerkt welke vormen van behandelingen wel en niet worden aangeboden. In de huidige vorm lijken er verschillen te zijn tussen teams in de mate waarin behandeling wordt gepositioneerd. Mogelijk komt dit verschil voort uit verschillen in teamsamenstelling of persoonlijke voorkeuren/affiniteit hiermee van individuele teamleden. Door explicieter te definiëren wat er qua behandeling geboden dient te worden, kan daar in de werving en selectie meer specifiek aandacht voor zijn, zodat teams ook gefaciliteerd worden in behandeldoelstellingen.
- Afspraken over tussentijdse terugkoppeling over lopende casuïstiek naar een verwijzende ketenpartner zou ertoe kunnen leiden dat er:
 - Gereflecteerd kan worden op de inzet van WijkGGZ;
 - Meer duidelijkheid kan komen over welke bewoners passend zijn bij WijkGGZ, en welke niet;
 - Duidelijkere afspraken gemaakt kunnen worden over welke contactpersonen te benaderen voor bepaalde casuïstiek.
- Het beschikkingsvrij kunnen werken biedt teamleden speelruimte in hun werkzaamheden, om bijvoorbeeld ook tijd te kunnen maken voor extra begeleiding, preventieve activiteiten en het leggen/onderhouden van contacten met ketenpartners. De daadwerkelijke effecten van het beschikkingsvrij werken op de kwaliteit van de begeleiding of duur van contacten dient nader onderzocht te worden. Het was binnen de beschikbare gegevens van dit onderzoek niet mogelijk om daar uitspraken over te doen.
- Het goed uitwerken van het aanbod op het gebied van preventie, en alle mogelijke activiteiten die daarbij kunnen horen, is een aandachtspunt. Hierbij wordt een parallel gezien met de opzet van sociale (wijk)teams, waarbij dit in één derde van de teams ook een aandachtspunt bleek te zijn (Van Arum et al., 2020). Dit zal vanuit bestuurlijk oogpunt gefaciliteerd moeten worden, waarbij bestuurders en financiers zich moeten realiseren dat deze kosten voor de baten uitgaan. De teamleden benoemen zelf ook dat ze graag willen, maar lijken daarnaast al veel tijd kwijt te zijn aan het primaire proces (bewonercontacten) en alles daarom heen (afstemming, werving etc.). Het vormgeven van preventie vergt innovatiekracht en is daardoor tijdrovend. Qua prioritering zal dit bij hulpverleners daardoor als eerste naar de achtergrond verdwijnen op het moment dat de werkdruk in het primaire proces toeneemt. Het aanstellen van een aandachtsfunctionaris die in uren vrijgemaakt kan worden voor het vormgeven van preventie, lijkt een mogelijke optie. Het ontbreekt bij de teams in ieder geval niet aan ideeën voor de verdere uitrol.

LITERATUUR

7smodel.nl (z.d.). Geraadpleegd op 1 april 2021, van <https://www.7smodel.nl>

Berkvens, J. (2020). *Geïntegreerde GGZ in de Wijk*. Boxmeer: &Jessy.

Hordijk, A. & Van Genugten, W. (2021). *Psychische aandoeningen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Migchelbrink, F. (2019). *De kern van participatief actieonderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, GGZ-Nederland, NIP, LVG, Landelijk platform GGZ, NVvP, ZN, LVE, NVVP, Meer GGZ (2012). *Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014*.

Mulder, N., Van Weeghel, J., Delespaul, P., Bovenberg, F., Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., Van Mierlo, T. & Van Kienhorst, G. (redactie) (2020). *Netwerkpsychiatrie*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Pascale, R.T. & Athos A.G. (1986). *The art of Japanese management*. London: Penguin publishers.

Planije, M., Lempens, A. & Michon, H. (2018). *GGZ in de wijk – Amsterdam Zuid – Verslag van een verkenning van de impact voor cliënten*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van <https://www.nieuwewegenggzopvang.nl/wp-content/uploads/2018/11/GGZ-in-de-wijk-verslag-effectencalculator sessies.pdf>.

Projectgroep Plan van aanpak ernstige psychische aandoeningen (EPA) (penvoerders Couwenberg, C. & Van Weeghel, J.) (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Schermer, B. W., Hagenauw, D., & Falot, N. (2018). *Handleiding Algemene verordening gegevensbescherming*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid. Geraadpleegd op 16 maart 2021, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/01/22/handleiding-algemene-verordening-gegevensbescherming>.

Van Arum, S., Broekroelofs, R., & Van Xanten, H. (2020). *Sociale (wijk)teams: vijf jaar later*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-05/Rapport-Sociale-wijkteams-vijf-jaar-later-2020.pdf>.

Van den Enden, T., Kooiman, A., Udo, N., & De Meijer, M. (2017). *Organisatievormen en positionering van (wijk)teams*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Organisatievormen-en-positionering-van-\(wijk\)teams.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Organisatievormen-en-positionering-van-(wijk)teams.pdf).

Van der Donk, C. & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

Van der Meulen, M. (2017). *GGZ in de wijk*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/GGZ-in-de-wijk%20%5BMOV-12928868-1.1%5D.pdf>.

Van Eijkel, R., Gerritsen, S., & Vermeulen, W. (2019). *De wijkteambenadering nader bekeken*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Publicatie-De-wijkteambenadering-nader-bekeken.pdf>.

Van Hoof, F., Knispel, A., Hulschbosch, L., Place, C., Muusse, C., Van Vugt, M., & Kroon, H. (2016). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Van Veldhuizen, R. & Bahler, M. (2015). *Manual flexible assertive community treatment (FACT)*. DOI: 10.13140/RG.2.1.3925.1683

Vereniging Nederlandse Gemeenten (z.d.). *GGZ in de wijk (gemeente Zeist)*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van <https://vng.nl/artikelen/ggz-in-de-wijk-gemeente-zeist>.

Wierdsma, A. F. M., & Swieringa, J. (2002). *Lerend organiseren. Als meer van hetzelfde niet helpt*. Groningen: Noordhoff.

ZonMw. (z.d.). *Verbreiding en monitoring gebiedsgericht werken GGZ in de gemeente Zeist*. Geraadpleegd op 10 april 2021, van <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/project-verbreiding-en-monitoring-gebiedsgericht-werken-ggz-in-de-gemeente-zeist/verslagen/>.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Begeleidingscommissie Wijkgez

Taken, samenstelling en rollen / verantwoordelijkheden van deelnemers

Bij onderzoek is het raadzaam een begeleidingscommissie in te stellen. Een begeleidingscommissie bestaat meestal uit een oneven aantal leden, afhankelijk van de duur, zwaarte en omvang van het onderzoek variërend van drie tot zeven leden. De opdrachtgever van het onderzoek kan vanuit de eigen expertise suggesties doen voor te benaderen leden, maar de onderzoeksgroep is verantwoordelijk voor de samenstelling van de begeleidingscommissie.

De verslaglegging van bijeenkomsten van de begeleidingscommissie wordt uitgevoerd door de onderzoeksgroep. Notulen worden kort na elke bijeenkomst verspreid door de onderzoekers.

De taak van de begeleidingscommissie is adviserend. Alle leden van de begeleidingscommissie hebben daarin een gelijke rol, zij het dat zij elk vanuit hun eigen kennis en expertise participeren en daardoor vanuit verschillende invalshoeken inbreng zullen hebben.

De begeleidingscommissie neemt de volgende taken op zich:

- toezicht houden op de uitvoering van het onderzoek volgens het onderzoekplan van de onderzoekers, inclusief het daarbij behorende tijdschema;
- het onderzoekplan aan te (doen) passen, als de omstandigheden daarom vragen naar het oordeel van de begeleidingscommissie of de opdrachtgever;
- optreden als informatiebron voor de onderzoeker(s) wat betreft de inhoudelijke, procesmatige en onderzoekstechnische kant van het onderzoek;
- desgevraagd de onderzoekers in contact brengen met relevante personen en instanties uit het eigen netwerk en hen waar nodig wegwijs maken in dit netwerk;
- de interim- en eindrapportages toetsen op feitelijke onjuistheden;
- de interim- en eindrapportages toetsen aan het onderzoekplan en op leesbaarheid, consistentie en logica van de tekst. Daarbij hoort ook de toets of conclusies van het onderzoek terug te voeren zijn op en in lijn zijn met de bevindingen uit het onderzoeksrapport.

De eindverantwoordelijkheid voor het onderzoek en (de inhoud van) het eindrapport berust bij de onderzoekers.

Bijlage 2: Interviewleidraad Bewoners

Gestart wordt met een introductie waarin het doel van het onderzoek wordt uitgelegd en de wijze waarop verstrekte informatie verwerkt zal worden (informed consent).

Topic 1: Instroom en start van de hulpverlening

Aanmelding

- Wat is de reden voor uw contacten met WijkGGZ?
- Via welke route bent u in contact gekomen met WijkGGZ?

Informatievoorziening

- Hoe bent u voorgelicht over de aanpak van WijkGGZ? Schriftelijk of mondeling?
- Wat wist u van tevoren over WijkGGZ (met andere woorden: welke informatie werd u meegegeven bij de verwijzing naar WijkGGZ?)

Eerste contact

- Wie van WijkGGZ maakte het eerste contact, en hoe?
- Welke vragen werden tijdens het eerste contact gesteld?
- Hoe snel na aanmelding was dit contact?
- Binnen welke termijn werd de eerste afspraak gepland?
- Wie was daar vanuit de WG bij aanwezig?
- Hoe verliep dit gesprek? Welke vragen werden gesteld?

Overige hulpverlening

- Is er ook nog andere begeleiding/ondersteuning aanwezig (bv. huisarts, behandelaar, etc.)?
- Zijn er verschillen tussen de andere begeleiding en de begeleiding vanuit WijkGGZ?

Topic 2: Inhoud van de hulpverlening

- Aan welke doelen werkt u met de verschillende hulpverleners?
- Was het duidelijk waar jullie mee aan de slag zouden gaan? Werd er een plan gemaakt over de begeleiding?
- Werd uw netwerk betrokken (vrienden, familie, bekenden)? Waarom wel/niet?
-
- Wat doen die hulpverleners, en wat zijn de verschillen? (Verschil tussen doelen (wie doet wat) en aanpak (hoe pakken de hulpverleners het dan aan?))
- Wat doet de begeleider vanuit de WG concreet in de contacten met u?

Topic 3: Beloop van de begeleiding

- Wat werd afgesproken over hoe vaak u afspraken zou plannen?
- Hoe zijn jullie tot die afspraken gekomen?

- Zijn er aanpassingen gemaakt in hoe vaak u contacten had met WijkGGZ?
- Had u naast de afspraken ook nog op andere manieren / momenten contact?
- Wat vindt u van de bereikbaarheid van WijkGGZ?
- Wordt er tussentijds geevalueerd? Zo ja, hoe werd dat gedaan?

Topic 4: Afronding van de begeleiding

- Zijn er afspraken gemaakt over wanneer de begeleiding vanuit WijkGGZ zou gaan stoppen?
- Indien de begeleiding vanuit WijkGGZ inmiddels gestopt is: waarom werd ervoor gekozen om te stoppen met de begeleiding? Hoe werd er afgerond?
- Zou u WijkGGZ aanraden aan anderen? Waarom wel of niet?
- Heeft u nog andere dingen die u graag wilt delen in dit interview over WijkGGZ?

Vriendelijk bedankt voor uw deelname aan het onderzoek.

Bijlage 3: Interviewleidraad Focusgroep Dukenburg

Topic 1: Instroom en uitstroom

Via methode: customer journey map vanuit hulpverlenersperspectief

Benodigdheden:

A0-flap-over meenemen met schematisch alle stappen weergegeven. Post-its, pennen

Tijd: 30 minuten

- Aanmelding bewoner – op basis van welke criteria aangemeld (inclusie- en exclusie-criteria)?
Waarom WijkGGZ, en bv. geen FACT, Sociaal Wijkteam etc. ? Zijn criteria formeel vastgelegd? Zijn die criteria gecommuniceerd aan samenwerkingspartners?
- Werving bewoners door WijkGGZ zelf?
- Bespreking in team – op basis van welke criteria matching aan hulpverlener? Met één of twee personen? Man of vrouw?
- Eerste contact – welke vaardigheden inzetten? Welke methodiek? Hoe ziet dit er concreet uit?
- Bespreking in team – volgens welke structuur/methode bewonerbespreking?
- Tweede contact, etc. - welke vaardigheden inzetten? Welke methodiek? Hoe ziet dit er concreet uit?
- Afsluiting - Zijn er uitstroomcriteria geformuleerd en zo ja, welke zijn dit en op basis waarvan?
- Op basis waarvan is de maximale termijn waarin het team begeleiding/behandeling biedt (richtinggevend is 6 maanden) gebaseerd?

Topic 2: Werkproces bewonerniveau

Tijd: 10 minuten

Via methode: semi-gestructureerd groepsgesprek aan de hand van de gevisualiseerde customer journey map. Geen aanvullende benodigdheden.

- Wie is regievoeder in casuïstiek? Is dit soms/altijd team wijkGGZ of ligt dit bij andere hulpverleners (bijv huisarts)? Waarom is deze keuze gemaakt?
- Wordt er gewerkt met begeleidings-/behandelplannen en/of -doelen? Hoe komen deze tot stand? Hoe wordt hierin samengewerkt met bewoners, systeem en overige betrokkenen?
- Is de keuze om geen regiebehandelaar aan te stellen een bewuste? Hoe wordt bepaald of en wanneer er aanvullende expertise nodig is?
- Waarin is dit werkproces anders/onderscheidend dan andere teams?

Topic 3: Teamniveau

Via methode: kwadrant-indeling

Benodigdheden: flapover en marker

Tijd: 10 minuten schrijven en 5 minuten nabespreken

Flapover indelen in kwadranten

- 1^{ste} kwadrant: betrokkenheid

Hoe is ieders betrokkenheid bij WijkGGZ ontstaan? Sollicitatie, gevraagd etc.? Hoe is de teamsamenstelling tot stand gekomen? Mist er iets in de teamsamenstelling?

- 2^{de} kwadrant: vaardigheden

Over welke vaardigheden hoort een WijkGGZ-er te beschikken?

- 3^{de} kwadrant: rollen in het team

Welke verschillende rollen bestaan er binnen het team, formeel en informeel?

- 4^{de} kwadrant: visie en methodiek

Volgens welke gedeelde waarden werken jullie in dit team? Zijn die expliciet besproken met elkaar?

Volgens welke methodische principes werken jullie? Hoe wordt consultatie en preventie ingezet?

Topic 4: Bureaucratische stromen

Methode: aanvulling op de customer journey map.

15 minuten

Benodigheden: post-it's

Hoe verloopt de administratie van bewonercontacten vanaf aanmelding tot exit. Post-its plakken bij de bestaande map. Groen: dit gaat goed. Rood: dit kan beter.

Na afloop doorvragen op geplakte post-its.

Topic 5: Strategie en besluitvorming

Methode: groepsgesprek met ruimte voor op elkaar reageren. Meerwaarde van onderlinge reacties en aanvullingen doordat dit een meer overstijgend niveau aanstipt.

Tijd: 30 minuten

Benodigheden: powerpoint met doelstelling van WijkGGZ zoals op papier geformuleerd, plus een sheet met tweedeling "uniek voor WijkGGZ – gelijkend op andere aanpak". Daarbij kunnen suggesties en inzichten van teamleden erin gezet worden.

Strategie:

- De doelstelling van de wijkGGZ is beschreven, hoe wordt deze concreet vertaald naar de praktijk?
- Hoe verhoudt het (grotendeels) ontbreken van behandeling in het team zich tot deze doelstelling?
- Hoe houdt het team de doelstelling voor ogen?
- Waar lukt het wel en waar niet om te handelen volgens de doelstelling?
- Waarin zijn jullie als team wijkGGZ onderscheidend van andere bestaande ambulante teams?
- Wat is specifiek kenmerkend voor de wijkGGZ?

- Welke overeenkomsten en verschillen tussen WijkGGZ en bijvoorbeeld het sociaal wijkteam en FACT-teams?
- Hoe is het team in de gehele keten gepositioneerd en waarin zijn ze van meerwaarde/onderscheidend/aanvullend?
- Hoe zijn ze in de keten gepositioneerd ten opzichte van FACT-teams en sociale wijkteam?

Style/besluitvormingsprocessen:

- Hoe kan de samenwerking tussen management en teamleden beschreven worden?
- Is dit maatwerk of juist gestandaardiseerd?
- Is de samenwerking formeel afgesproken of een natuurlijk proces dat tot stand gekomen is?
- Zijn er korte of lange lijnen?
- Wordt er top-down of bottom-up gecommuniceerd?
- Vanuit welke visie op samenwerking wordt gewerkt?
- Hebben alle teamleden evenveel contact met de lijn naar boven?
- Hoe vinden besluitvormingsprocessen plaats?
- Waarom op deze manier?
- Is dit naar ieders tevredenheid?

Bijlage 4: Interviewleidraad Focusgroep Tiel

Topic 5: Strategie en besluitvorming

Methode: groepsgesprek met ruimte voor op elkaar reageren.

Tijd: 30 minuten

Benodigheden: powerpoint met doelstelling van WijkGGZ zoals op papier geformuleerd, plus een sheet met tweedeling “uniek voor WijkGGZ – gelijkend op andere aanpak”.

Strategie:

Eerst doelstelling bespreken, daarna (ook in powerpoint) door naar blokje onderscheidend.

- De doelstelling van de WijkGGZ is beschreven, hoe wordt deze concreet vertaald naar de praktijk?
- Hoe verhoudt het (grotendeels) ontbreken van behandeling in het team zich tot deze doelstelling?
- Hoe houdt het team de doelstelling voor ogen?
- Waar lukt het wel en waar niet om te handelen volgens de doelstelling?
- Waarin zijn jullie als team WijkGGZ onderscheidend van andere bestaande ambulante teams?
- Wat is specifiek kenmerkend voor WijkGGZ?
- Welke overeenkomsten en verschillen tussen hen en bijvoorbeeld het sociaal wijkteam en FACT-teams?
- Hoe is het team in de gehele keten gepositioneerd en waarin zijn ze van meerwaarde/onderscheidend/aanvullend?
- Hoe zijn ze in de keten gepositioneerd ten opzichte van FACT-teams en sociale wijkteam?

Style/besluitvormingsprocessen:

- Hoe kan de samenwerking tussen management en teamleden beschreven worden?
- Is dit maatwerk of juist gestandaardiseerd?
- Is de samenwerking formeel afgesproken of een natuurlijk proces dat tot stand gekomen is?
- Zijn er korte of lange lijnen?
- Wordt er top-down of bottom-up gecommuniceerd?
- Vanuit welke visie op samenwerking wordt gewerkt?
- Hebben alle teamleden evenveel contact met de lijn naar boven?
- Hoe vinden besluitvormingsprocessen plaats?
- Waarom op deze manier?
- Is dit naar ieders tevredenheid?

Topic 3: Teamniveau

Powepointsheet maken met de vier kwadranten. Eerst hele overzicht laten zien, daarna per kwadrant vragen om input op te schrijven.

Benodigdheden: ppt sheet, pen en papier deelnemers

Tijd: 10 minuten schrijven en 5 minuten nabespreken

- 1^{ste} kwadrant: betrokkenheid

Hoe is ieders betrokkenheid bij WijkGGZ ontstaan? Sollicitatie, gevraagd etc.? Maar vooral focus op: Hoe is de teamsamenstelling tot stand gekomen? Mist er iets in de teamsamenstelling?

- 2^{de} kwadrant: vaardigheden

Over welke vaardigheden hoort een WijkGGZ-er te beschikken? Onderscheid vaardigheden en karaktertrekken proberen te maken.

- 3^{de} kwadrant: rollen in het team

Welke verschillende rollen bestaan er binnen het team, formeel en informeel?

- 4^{de} kwadrant: visie en methodiek

Volgens welke gedeelde waarden werken jullie in dit team? Zijn die expliciet besproken met elkaar? Op doorvragen. Hoe vertaal je de gedeelde waarde 'doen wat nodig is' naar concreet gedrag?

Volgens welke methodische principes werken jullie? Hoe wordt consultatie en preventie ingezet?

Topic 1: Instroom en uitstroom

Via methode: customer journey map vanuit hulpverleners-perspectief. Via de chat mag ook gereageerd worden.

Benodigdheden: Powerpointsheet met schematisch alle stappen weergegeven.

Tijd: 30 min

- Aanmelding bewoner – op basis van welke criteria aangemeld (inclusie en exclusiecriteria)? Waarom WijkGGZ, en bv. geen FACT, Sociaal Wijkteam etc. ? Zijn criteria formeel vastgelegd? Zijn die criteria gecommuniceerd aan samenwerkingspartners?
- Werving bewoners door WijkGGZ zelf?
- Bespreking in team – op basis van welke criteria matching aan hulpverlener? Met één of twee personen? Man of vrouw?
- Eerste contact – welke vaardigheden inzetten? Welke methodiek? Hoe ziet dit er concreet uit?
- Bespreking in team – volgens welke structuur/methode bewonerbespreking? Waarom deze methode, wat levert dit op?
- Tweede contact, etc. - welke vaardigheden inzetten? Welke methodiek? Hoe ziet dit er concreet uit?
- Afsluiting - Zijn er uitstroomcriteria geformuleerd en zo ja, welke zijn dit en op basis waarvan?
- Op basis waarvan is de maximale termijn waarin het team begeleiding/behandeling biedt (richtinggevend is 6 maanden) gebaseerd?

Topic 2: Werkproces bewonerniveau

Tijd: 10 minuten

Via methode: gestructureerd groepsgesprek aan de hand van de gevisualiseerde customer journey map op powerpoint sheet.

- Wie is regievoeder in casuïstiek? Is dit soms/altijd team wijkGGZ of ligt dit bij andere hulpverleners (bijv huisarts)? Waarom is deze keuze gemaakt?
- Wordt er gewerkt met begeleidings-/behandelplannen en/of -doelen? Hoe komen deze tot stand? Hoe wordt hierin samengewerkt met bewoner, systeem en overige betrokkenen?
- Is de keuze om geen regiebehandelaar aan te stellen een bewuste? Hoe wordt bepaald of en wanneer er aanvullende expertise nodig is?
- Waarin is dit werkproces anders/onderscheidend dan andere teams?

Bijlage 5: interviewleidraad Interviews Teamleden Dukenburg

Topic 1: Instroom en uitstroom

- Samenwerkingspartners

Uit focusgroep kwam naar voren dat ieder teamlid een contactpersoon heeft bij de verschillende samenwerkingspartners. Is hier een compleet overzicht van? Wie missen ze nog? Wat is werkwijze om deze contacten warm en up to date te houden -> wat gaat goed en wat kan beter?

In focusgroep werd vermeld dat samenwerkingspartners actief benaderd worden. Kan concreet beschreven worden wat 'actief benaderen' inhoudt? Afspraken hierover (frequentie, wie, wijze van benaderen)?

Topic 2: Werkproces bewonerniveau

- Experimenteren

In focusgroep is genoemd dat door minder dossiervoering en tijdsdruk er ruimte is om te experimenteren. Vraag: wat houdt experimenteren concreet in? Voorbeeld?

- Behandeling

Thema behandeling is nog veel onduidelijkheid over na focusgroep, sluit eveneens aan bij topic 5. Uit data komt naar voren: "Indien geïndiceerd, langdurige behandeling vanuit organisatie in samenhang met wijkGGZ (mening teamlid wijkGGZ)" - hoe ziet dit er concreet uit en wanneer is het geïndiceerd?

Hoe maak je afspraken daarover met instelling die behandeling biedt?

Hoe verhoudt de weinige expertise t.a.v. behandeling in het team zich tot de doelstelling van de wijkGGZ waarin behandeling wel expliciet genoemd wordt?

Topic 3: Teamniveau

- Casemanagementvaardigheden

In focusgroep werd genoemd: "Casemanagementvaardigheden; handelen vanuit helicopterview is van belang. Niet alle collega's WijkGGZ hebben dat nu voldoende." Verder uitdiepen: moeten alle teamleden casemanagementvaardigheden hebben of kun je daarin taken verdelen? Hoe krijg je die vaardigheden?

- Functioneringsgesprekken

Vinden er evaluatie/functioneringsgesprekken plaats met individuele teamleden, en zo ja, door wie?

- Overlegstructuur

Hoe is de overlegstructuur ontstaan/gekozen? Met welke doelen overleggen jullie?

- Samenwerking

Wat is nodig voor een goede interne samenwerkingsrelatie in het team? In hoeverre is hierin verschil met de moederinstelling? Wat werkt daarin goed, en wat kan beter?

Topic 4: Bureaucratische stromen

Hoe verloopt de administratie van cliënt-contacten vanaf aanmelding tot uitschrijving?

- Wie voert (wanneer) de regie in een casus? Op basis waarvan die keuze?
- Wanneer wordt externe en interne expertise ingezet?
- Hoe wordt intensiteit van begeleiding vastgesteld? Wordt dit geëvalueerd? Zo ja hoe vaak?
- Werken met begeleidingsplan en doelen: gebeurt nu niet, zou dit wenselijk zijn in de toekomst?

Waarom wel / niet?

Topic 5: Strategie en besluitvorming

Strategie:

De doelstelling van de wijkGGZ is beschreven, hoe wordt deze concreet vertaald naar de praktijk?

- Hoe verhoudt het (grotendeels) ontbreken van behandeling in het team zich tot deze doelstelling?
- Hoe houdt het team de doelstelling voor ogen?
- Waar lukt het wel en waar niet om te handelen volgens de doelstelling?

Waarin zijn jullie als team wijkGGZ onderscheidend van andere bestaande ambulante teams?

- Wat is specifiek kenmerkend voor de wijkGGZ?
- Welke overeenkomsten en verschillen tussen hen en bijvoorbeeld het sociaal wijkteam en FACT-teams?
- Hoe zijn ze in de gehele keten gepositioneerd en waarin zijn ze van meerwaarde/onderscheidend/aanvullend?
- Hoe zijn ze in de keten gepositioneerd ten opzichte van FACT-teams en sociale wijkteam?

Style/besluitvormingsprocessen:

Hoe kan de samenwerking tussen management en teamleden beschreven worden?

- Is dit maatwerk of juist gestandaardiseerd?
- Is de samenwerking formeel afgesproken of een natuurlijk proces dat tot stand gekomen is?
- Zijn er korte of lange lijnen?
- Wordt er top-down of bottom-up gecommuniceerd?
- Vanuit welke visie op samenwerking wordt gewerkt?
- Hebben alle teamleden evenveel contact met de lijn naar boven?

Hoe vinden besluitvormingsprocessen plaats?

- Waarom op deze manier?
- Is dit naar ieders tevredenheid?

Preventie

- Thema preventie staat beschreven in de doelstelling van de teams WijkGGZ, hoe gaan de teams dit concreet uitrollen? Hoe gaan ze wijkbewoners actief betrekken? Welke bewoners weten het wijkcentrum (Dukenburg) te bereiken en wie missen ze nog? Is daar zicht op?

Afronding

Dank voor de medewerking

Bijlage 6: Interviewleidraad Interviews Teamleden Tiel

Topic 1: Instroom en uitstroom

Aanmelding bewoner

- op basis van welke criteria worden bewoners aangemeld (inclusie en exclusiecriteria)?
- Waarom WijkGGZ en bv. geen FACT, Sociaal Wijkteam etc. ?
- Zijn criteria formeel vastgelegd?
- Zijn die criteria gecommuniceerd aan samenwerkingspartners?
- Werving cliënten door WijkGGZ zelf? Hoe en wanneer?

Matching cliënt en hulpverlener

- Bespreking in team: op basis van welke criteria matching aan hulpverlener? Met één of twee personen? Man of vrouw?
- Eerste contact – welke vaardigheden inzetten? Welke methodiek? Hoe ziet dit er concreet uit?
- Tweede contact en vervolcontacten - welke vaardigheden inzetten? Welke methodiek? Hoe ziet dit er concreet uit?

Afsluiting

- Zijn er uitstroomcriteria geformuleerd en zo ja, welke zijn dit en op basis waarvan?
- Op basis waarvan is de maximale termijn waarin het team begeleiding/behandeling biedt (richtinggevend is 6 maanden) gebaseerd?

Topic 2: Werkproces bewonerniveau

- Wie is regievoeder in casuïstiek? Is dit soms/altijd team wijkGGZ of ligt dit bij andere hulpverleners (bijv huisarts)? Waarom is deze keuze gemaakt?
- Wordt er gewerkt met begeleidings-/behandelplannen en/of -doelen? Hoe komen deze tot stand? Hoe wordt hierin samengewerkt met cliënt, systeem en overige betrokkenen?
- Is de keuze om geen regiebehandelaar aan te stellen een bewuste? Hoe wordt bepaald of en wanneer er aanvullende expertise nodig is?
- Bespreking in team – volgens welke structuur/methode cliëntbespreking? Waarom deze methode, wat levert dit op?
- Waarin is dit werkproces anders/onderscheidend dan andere teams?

Topic 3: Teamniveau

Functioneringsgesprekken

- Vinden er evaluatie/functioneringsgesprekken plaats met individuele teamleden, en zo ja, door wie?

Overlegstructuur

- Hoe is de overlegstructuur ontstaan/gekozen?
- Met welke doelen overleggen jullie?

- Wat is nodig voor een goede interne samenwerkingsrelatie in het team?
- In hoeverre is hierin verschil met de moederinstelling?
- Wat werkt daarin goed, en wat kan beter?

Naamsbekendheid

- Hoe gewerkt aan naamsbekendheid van de WijkGGZ in Tiel?

Topic 4: Bureaucratische stromen

- Hoe verloopt de administratie van cliënt-contacten vanaf aanmelding tot exit?

Topic 5: Strategie en besluitvorming

- Wie voert (wanneer) de regie in een casus? Op basis waarvan die keuze?
- Wanneer wordt externe en interne expertise ingezet?
- Hoe wordt intensiteit van begeleiding vastgesteld? Wordt dit geëvalueerd? Zo ja hoe vaak?
- Uit de focusgroep kwam de opmerking naar voren: de ervaringsdeskundige is in de lead op papier, maar in de praktijk is dat niet altijd haalbaar. Wat wordt daarmee bedoeld?
- Thema preventie staat beschreven in de doelstelling van de teams WijkGGZ, hoe gaan de teams dit concreet uitrollen? Hoe gaan ze wijkbewoners actief betrekken? Welke bewoners weten het wijkcentrum (Dukenburg) te bereiken en wie missen ze nog? Is daar zicht op?

Afronding

Dank voor de medewerking

Bijlage 7: Interviewleidraad Bestuurders

Introductie

Dank voor de medewerking. Introductie interviewer. Introductie onderwerp van dit interview. Bespreken geheimhouding gegevens, met eventuele beperkingen hierin. Hierop aansluitend voorkeur respondent ten aanzien van beschrijven van functie in de uiteindelijke rapportage. Afspraken omtrent opnemen van interview in het kader van bewaarbeleid, afspraken maken rondom member-checking.

Personalialia en achtergrond

- Hoe ben je betrokken geraakt bij de proeftuinen WijkGGZ?
- Welke rol heb/had je binnen dit project?
- Sinds wanneer (en tot wanneer) ben je betrokken?
Hoe intensief heb je het verloop gevolgd?

“Warming-up”

- Als je de WijkGGZ zou uitleggen aan iemand anders, hoe zou je dit dan omschrijven?
- Wat is jouw algemene indruk van de WijkGGZ, als je terugblijkt sinds de start?
- Wat moeten andere plekken waar de WijkGGZ geïmplementeerd gaat worden, meenemen uit deze aanpak?
- Welke tips en valkuilen zijn er voor andere bestuurders in het opzetten en volgen van een nieuw team WijkGGZ?

Topic: Organisatie

Totstandkoming van de teams.

- Hoe zijn de teams WijkGGZ tot stand gekomen?
- Waarom gekozen voor deze formatie (totaal aantal uren en verdeling per discipline / specialisme)?
- Hoe zijn de professionals geworven voor deelname aan het team?
- Wat is de optimale samenstelling van een team WijkGGZ? Waarom?
- Is de samenstelling van de teams naar wens verlopen? Wat wel en wat niet?
- Is er bij de start een profiel opgesteld waar de individuele teamleden aan moesten voldoen?
Indien ja, hoe ziet dit eruit? Indien nee, zou het nu kunnen worden opgesteld op basis van opgedane ervaring in de proeftuin? En zo ja, wat moet erin?
- Welke tekst zou opgenomen moeten worden in een vacaturetekst?
- Waarom is er gekozen voor een zelfsturend team?
Wat zijn voor- en nadelen van dat organisatie-model?
- Waarop is de teamgrootte gebaseerd?
- Worden er met teamleden functioneringsgesprekken specifiek over hun functioneren in de WijkGGZ gevoerd? Zo ja, door wie? Zo nee: waarom niet / bewuste keuze of niet / zou het

wenselijk zijn of niet / indien wenselijk wie zou dat moeten doen / zijn er andere manieren waarop evaluatie van het functioneren plaatsvindt (PDCA-cyclus)

In gesprekken met de teamleden van WijkGGZ noemen zij dat korte lijnen tussen het team en andere zorg- en welzijnsprofessionals rondom de cliënt van belang zijn.

- Is dat volgens jou ook van belang en zo ja waarom? / welk effect heeft dit (uiteindelijk op kwaliteit van zorg)?
- Wat is effect hiervan (heeft het positief uitpakket of niet, wat zijn verbeter-/aandachtspunten)
- Wat is er nodig om korte lijnen tussen de teams en andere zorg- en welzijnsprofessionals rondom de cliënt te blijven creëren als er wordt gekozen voor schaalvergroting?

In gesprekken met de teamleden van WijkGGZ zeggen zij dat de vrije ruimte die ze krijgen om te doen wat nodig is, een belangrijke succesfactor is.

- Herken je dat de teams 'vrije ruimte' hebben? Wat is die ruimte en waarom hebben ze die?
- Waarom is deze vrije ruimte van belang / welk effect heeft dit (uiteindelijk op kwaliteit van zorg)?
- Wat is effect hiervan (heeft het positief uitpakket of niet, wat zijn verbeter-/aandachtspunten)?
- Wat is er nodig om vrije speelruimte te blijven creëren als er wordt gekozen voor schaalvergroting?

Aansturing teams: Er is gekozen voor zelfsturende teams WijkGGZ. Er zijn veel zelfsturende teams in Nederland die niet allemaal in dezelfde mate zelfsturend zijn.

- Hoe ziet de aansturing van de twee teams eruit?
- Hoe omschrijf jij het zelfsturende karakter van de teams WijkGGZ concreet?
- Waarom is er gekozen voor een zelfsturend team?
- Wat zijn voor- en nadelen van dat organisatie-model?
- Hoe bleek de aansturing van de teams in de praktijk uiteindelijk te verlopen?
- Welke lessen zijn er geleerd over de uiteindelijke aansturing?
- Wat is wenselijk voor nieuwe teams?

Topic: Vergelijking andere organisatievormen

Hoe verhoudt dit initiatief zich tot andere gelijkende initiatieven, zoals bijvoorbeeld sociale wijkteams, brede basisteams, FACT en buurtzorgT?

- Welke plek neemt de WijkGGZ in binnen het grotere aanbod in de wijk?
- In welke mate hebben de teams WijkGGZ een wijkgerichte focus (zoals benoemd in het basismodel?)

De herstelbevorderende visie staat in het basismodel als een van de speerpunten benoemd. Dit is binnen veel moederorganisaties ook één van de uitgangspunten.

- Hoe verschilt de aanpak van WijkGGZ van die in de moederorganisaties?
- Hoe dragen de teams WijkGGZ bij aan de ambulantisering?

- Leveren de teams WijkGGZ een bijdrage aan afname doorverwijzing tweede lijn?

Topic: Cultuur

Ben je bekend met het basismodel, zoals recent ontwikkeld is met het oog op de doorontwikkeling? Zo ja, onderstaande vragen stellen. Zo nee, de vragen wat algemener proberen te stellen. Hoofddoel: zicht op gewenste cultuurverandering, “afstemmen lokale kleur” en missie en visie.

- Bij de uitwerking van het basismodel voor WijkGGZ wordt gesproken over een cultuurverandering die nodig is om een dergelijk project te laten slagen. Wat wordt daar volgens jou mee bedoeld? (Wat is de wenselijke cultuur?)
- Is die cultuurverandering geslaagd binnen WijkGGZ?
- Is er binnen de moederinstellingen ook een cultuurverandering gaande? Zo ja, hoe verhoudt die zich tot de cultuurverandering binnen WijkGGZ?
- Wat zou het gewenste effect zijn van die cultuurverandering?
- Wat wordt bedoeld met “afstemmen op de lokale kleur”, zoals dit in het basismodel wordt genoemd?
- Hoe gebeurt dit binnen dit project?
- Hoe zou jij de missie en visie van WijkGGZ omschrijven na het meemaken van anderhalf jaar?

Afronding

Dank voor de medewerking

Bijlage 8: Interviewleidraad Ketenpartners

Introductie

Dank voor de medewerking. Introductie interviewer. Introductie onderwerp van dit interview. Bespreken geheimhouding gegevens, met eventuele beperkingen hierin. Afspraken omtrent opnemen van interview in het kader van bewaarbeleid, afspraken maken rondom member-checking.

Instroom

- Hoe bekend geraakt met WijkGGZ?
- Hoe tevreden ben je met het aanbod van WijkGGZ?
- Heeft het meerwaarde ten opzichte van ander GGZ-aanbod binnen of buiten de wijk?
- Kun je omschrijven voor welke doelgroep en/of problemen de WijkGGZ specifiek geschikt is?
- Hoe maak je contact met team WijkGGZ? Wat verloopt hierin prettig? Wat kan hierin beter?
- Wanneer overweeg je een bewoner aan te melden bij WijkGGZ?
- Welke afwegingen t.o.v. ander hulpaanbod maak je dan? (op doorvragen, specifiek op casuïstiek).
- Heb je voorbeelden van casussen die je hebt doorverwezen?
- Zou je mee kunnen nemen in de afwegingen die je gemaakt hebt in die casussen om naar WijkGGZ te verwijzen?
- Zijn er uitsluitcriteria voor doorverwijzing die jij hanteert? Hoe ben je tot deze criteria gekomen (op basis van eigen inschatting en/of ook aangeleverd door WijkGGZ?)
- Zijn er wel eens bewoners niet geaccepteerd door WijkGGZ? Zo ja, op basis van welke criteria was dat?
- Hoe verloopt de verwijzing? (welke handelingen moet je daar concreet voor verrichten, welke informatie wordt gedeeld?)

Gedurende begeleiding WijkGGZ

- Blijf je in contact met WijkGGZ na doorverwijzing? Indien ja, waarom en hoe ziet dit contact eruit? Bij nee, waarom niet?
- Krijg je (periodieke) terugkoppeling door WijkGGZ tijdens hun begeleiding?
- Blijf je in contact met de bewoner na doorverwijzing? Zo ja, waarom en hoe ziet dit contact eruit? Bij nee, waarom niet?

Uitstroom

- Krijg je terugkoppeling door WijkGGZ na afronding van hun begeleiding?

- Blik je terug met bewoner op de geboden ondersteuning? (indien van toepassing, als er geen contact meer is na aanmelding is vraag niet nodig)

Overige topics

Zijn er nog andere ervaringen over de samenwerking met WijkGGZ die niet aan bod zijn gekomen in dit interview maar die je wel van waarde vindt om te delen?

Afronding

Dank voor de medewerking

Bijlage 9: Respondenten

Hier volgt een weergave van de gesproken professionals en ketenpartners in het kader van deze dit onderzoek en de onderzoeker(s) die de interviews hebben afgenomen. De namen, en specifieke functies van teamleden en ketenpartners, worden hier niet in weergegeven in verband met de anonimiteit.

	Respondenten	Interviewer(s)
Focusgroepbijeenkomst Dukenburg	Vier teamleden	Karin van Montfoort Tjeerd Schatorjé
Focusgroepbijeenkomst Tiel	Vijf teamleden	Karin van Montfoort Tjeerd Schatorjé
Interview teamlid Dukenburg	Hulpverlener	Karin van Montfoort
Interview teamlid Dukenburg	Ervaringsdeskundige	Karin van Montfoort
Interview teamlid Tiel	Hulpverlener	Tjeerd Schatorjé
Interview teamlid Tiel	Ervaringsdeskundige	Tjeerd Schatorjé
Bestuurder GGZ instelling	voorzitter Raad van Bestuur Pro Persona	Tjeerd Schatorjé
Bestuurder RIBW instelling	directeur RIBW Rivierenland	Tjeerd Schatorjé
Bestuurder Verslavingszorg instelling	voorzitter Raad van Bestuur IrisZorg	Karin van Montfoort
Bestuurder gemeente	senior beleidsadviseur Zorg en Welzijn gemeente Nijmegen	Tjeerd Schatorjé
Interview ketenpartner	Medewerker regieteam gemeente Nijmegen – Dukenburg	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Stip Dukenburg	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Huisarts Dukenburg	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Sociaal Wijkteam Dukenburg	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Bindkracht10	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Mozaïek Welzijn Tiel	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Tiel Herstelt	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Tiel Herstelt	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Werkzaak	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker Meldpunt bijzondere zorg Tiel	Karin van Montfoort
Interview ketenpartner	Medewerker regieteam Dukenburg	Karin van Montfoort

Bijlage 10: Formatie teams WijkGGZ 2019-2021

Na afronding van het onderzoek (02 juni 2021) zijn onderstaande gegevens over de formatie tijdens de proeftuinen door de opdrachtgever via de mail aangeleverd.

	Dukenburg*	Tiel*
Begeleiding RIBW	50	6
Ervaringsdeskundige RIBW	16	6
Begeleiding Pluryn	24	6
Ervaringsdeskundige Pluryn	--	--
Behandeling IrisZorg	6	6
Begeleiding IrisZorg	6	6
Ervaringsdeskundige IrisZorg	10	6
Behandeling Pro Persona	6	6
Ervaringsdeskundige Pro Persona	10	6

* aantal uren inzet per week

**OPEN UP
NEW HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES
HORIZONS.**