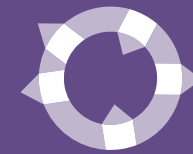


Sociaal werk en ggz: samen sterker voor een gezonde buurt



Sociaal Werk
in de Wijk

De verzorgingsstaat verandert in een participatiesamenleving. In deze omslag verandert er veel in de AWBZ, het sociaal domein en de zorgverzekeringswet. Natuurlijk heeft dit ook gevolgen voor de samenwerking tussen professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het sociaal domein. Voor welke uitdagingen plaatst dit de professional in welzijn en maatschappelijke dienstverlening die als generalist in de wijk werkt? Dit artikel gaat in op de mogelijkheden, dilemma's en knelpunten die daarbij spelen. Het artikel is geschreven voor sociaal werkers en hun organisatie. Het is ook interessant voor partners in de ggz en gemeentelijke opdrachtgevers.

Door: Anne-Marie van Bergen, senior adviseur bij Movisie
a.vanbergen@movisie.nl, 030 789 2067
December 2013



1. De transformatiebeweging in het sociaal domein

De omslag van de verzorgingsstaat naar participatiesamenleving en de daarop aansluitende transitie leiden in het hele land tot een ingrijpende kanteling in het lokale sociaal domein. Het lonkend perspectief is aantrekkelijk. Iedereen gaat een steentje bijdragen aan de samenleving. Burgers in kwetsbare situaties vinden meer vanuit eigen kracht en binnen hun eigen sociaal netwerk oplossingen. Kwetsbare en vitale mensen vinden elkaar. Ze ondersteunen elkaar zo nodig actief. Ook de ondersteuning door de sociale professional verandert: van zorgen vóór naar zorgen dát. De professional gaat een gelijkwaardige samenwerking aan met de burger en zijn informele netwerk. Samen werken ze zo veel mogelijk toe naar informele en collectieve oplossingen.

Organisatorisch betekent dit meer nadruk op het wijkgericht werken en samenwerken – daar waar de burger woont en leeft, zijn leefwereld. Qua competenties vraagt deze ontwikkeling om generalistische sociaal werkers, die dichtbij en laagdrempelig aanwezig zijn, meedenken over alle levensdomeinen en zo nodig makelen naar gespecialiseerd maatwerk voor deeloplossingen.

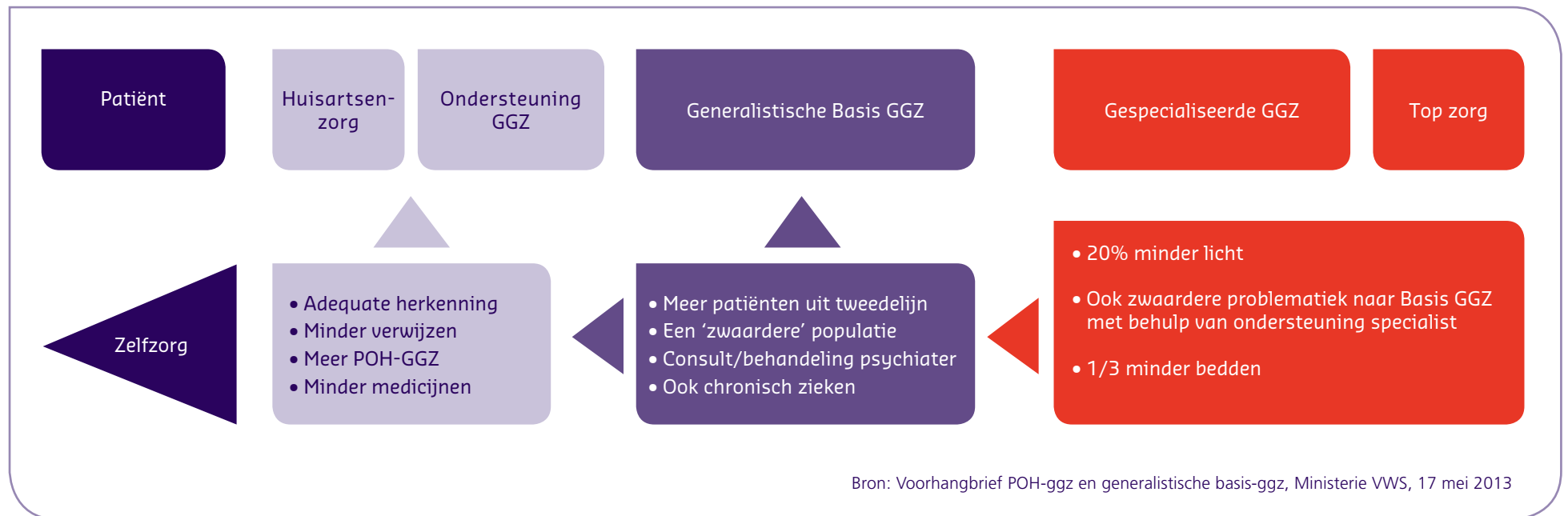


2. Veranderingen in de ggz¹ per 2014

Parallel aan deze ontwikkeling in het sociaal domein verandert ook de geestelijke gezondheidszorg. Ook hier gaat alles meer in de samenleving gebeuren, met zo licht mogelijke interventies, op menselijke maat. Binnen de ggz zijn daartoe verschillende verschuivingen gaande: een overdracht

van begeleiding en dagbesteding van AWBZ naar Wmo, veranderingen in de geneeskundige ggz en de afspraken met het ministerie van VWS over verdergaande ambulantisering.

Schema veranderingen in de ggz



¹ In de jeugd-ggz veranderen ook zaken. Deze veranderingen hangen samen met de invoering van de nieuwe Jeugdwet. Ook dit zal consequenties hebben voor de sociaal werker/generalist in de wijk. Hierop wordt in dit artikel niet ingegaan.

2.1 Begeleiding en dagbesteding van AWBZ naar Wmo

De ambulante zorg verdwijnt uit de AWBZ. Individuele begeleiding en dagbesteding gaan met ingang van 2015 naar de Wmo, waarbij het budget naar verwachting met 25% wordt gekort.

Begeleiding

De functie begeleiding in de AWBZ ondersteunt mensen met beperkingen bij het voeren van regie over hun eigen leven, bij het uitvoeren van dagelijkse levensverrichtingen, het structureren van de dag en/of maatschappelijke participatie. Begeleiding kan zich richten op alle levensgebieden. Begeleiding kan verschillende doelen hebben: ontwikkeling, stabilisatie van de situatie of het voorkomen van achteruitgang. De begeleiding is individueel of in groepsverband. De ggz biedt deze begeleiding aan mensen met langdurige ernstige psychiatrische aandoeningen, aan verslaafden, geïsoleerde en/of dementerende ouderen, mensen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek en huishoudens met multi problematiek. Ook organisaties op het gebied van ouderenzorg en gehandicaptenzorg bieden begeleiding aan hun doelgroepen. In totaal heeft ongeveer 5% van de bevolking op dit moment begeleiding.



Gemeenten kiezen vaak voor een andere invulling van de begeleidingsfunctie in de Wmo dan nu het geval is. Welzijn (als collectieve voorziening) en informele zorg krijgen hierin expliciet ook een taak. De ggz brengt dan in de samenwerking met hen zijn expertise in. De uitdaging voor de sociaal werker/generalist in de wijk is om zicht te krijgen op de ggz-doelgroep en hen waar nodig te steunen in de participatie en regie over het eigen leven.

Ook nu werken er al op diverse plaatsen sociaal werkers samen met ggz-begeleiders. Deze samenwerking wordt structureler en omvangrijker.

2.2 Veranderingen in de geneeskundige ggz

Ambulante *behandeling* gaat met ingang van 2014 over naar de zorgverzekeringswet. Net als bij de verwijzing naar specialismen in de algemene gezondheidszorg wordt de huisarts hier de poortwachter. Zijn taak is ervoor te zorgen dat mensen niet onnodig zwaar (en dus duur) behandeld worden.

De huisarts of de POH² ggz zal in de nieuwe situatie vaker zelf de behandeling van lichte klachten uitvoeren; ook zullen cliënten meer gebruik maken van e-health: zelfhulp via internet.

De verwijscriteria naar de eerstelijns psycholoog (die voortaan generalistische basis-ggz heet) en naar de gespecialiseerde (tweedelijns) ggz worden aangescherpt. De huisarts moet daarbij de volgende objectieve verwijscriteria hanteren.

2 POH: praktijkondersteuner van de huisarts.

Behandeling

Behandeling richt zich op de stoornis zelf. Doel is genezing, vermindering van symptomen of het leren hanteren van die symptomen (ziektemanagement). Bij psychiatrische behandeling kan het gaan om verschillende soorten behandeling: denk aan medicijnen, gesprekstherapie, training, instructie of oefeningen of om een combinatie van verschillende aanpakken. Behandeling kan ambulant plaatsvinden. De cliënt blijft gewoon thuis wonen. Hij leidt buiten de tijden van de behandeling om zijn dagelijks leven zo veel als mogelijk zoals hij deed voordat de klachten ontstonden. Een behandeling kan ook (tijdelijk) intramuraal zijn: via een opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, waarbij de gehele daginvulling ingericht is op de behandeling van de klachten.

1. Is er een vermoeden van een DSM IV³ benoemde stoornis?
2. Ernst van de problematiek: wat is de impact op het dagelijks functioneren?
3. Complexiteit van de problematiek: is er sprake van comorbiditeit⁴?
4. Het risico: is er sprake van zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, suïcideneigingen, kindermishandeling?
5. Het beloop van de klachten: wat is de duur van de klachten?

- 3 DSM: diagnostic statistical manual, de aanduiding van het diagnostisch instrument op basis waarvan een arts/hoofdbehandelaar psychiatrische ziekten kan vaststellen. De huidige versie heeft nummer IV.
- 4 Comorbiditeit: als er sprake is van het tegelijkertijd optreden van twee of meer verschillende ziekten

Nu komen mensen met psychosociale problemen zoals vastgelopen rouw en overspannenheid ook wel bij de eerstelijns psycholoog of de gespecialiseerde ggz. Dat zal vanaf 2014 niet meer vergoed worden door de zorgverzekeringwet. Voor betaling van een behandeling moet dan sprake zijn van een gediagnostiseerde psychiatrische aandoening. Voor behandeling in de *gespecialiseerde* ggz moet dan ook nog sprake zijn van complexiteit, risico's en ernst. Zie schema op volgende pagina.



Schema: indeling geestelijke gezondheidszorg vanaf 2014: wie doet wat

Algemene gezondheidszorg; nadruk op preventie en zelfmanagement	
Door wie	Huisarts, ondersteund door POH ggz. Samenwerking binnen en buiten de gezondheidszorg met b.v. sociaal werk, informele zorg, wijkverpleegkundigen, GGD en anderen uit het sociaal domein.
Wat	Lichte psychische problemen, die niet voldoen aan de DSM IV criteria. De huisarts kan een beroep doen op psychiater, psychotherapeut of ggz-psycholoog voor diagnostiek. N.B. Bij vastgestelde diagnose verwijzing naar basis ggz of gespecialiseerde ggz.
Financiering	Toegankelijk voor iedereen. Via ZVW: vergoeding huisarts en POH ggz (basistarief met een vergoeding per verrichting).
Generalistische basis ggz	
Door wie	Denk aan de vrijgevestigd psychiater, psychotherapeut of GZ-psycholoog.*
Wat	Er dient sprake te zijn van een DSM IV-diagnose. - Enkelvoudige, matige psychiatrische problematiek. - Stabiele langdurige psychiatrische problematiek. - Beperkte impact op het dagelijks functioneren. - Zonder groot risico. - Via (geprotocolleerde) effectieve behandelingen. Bij intensieve en chronische trajecten kan ook een psychiater uit de gespecialiseerde ggz worden betrokken, in consult dan wel voor een deelbehandeling.
Financiering	Uitsluitend toegankelijk op doorverwijzing door de (huis)arts. Via ZVW, vergoeding op basis van vier zorgzwaartecategorieën: 1. kort, 2. middel, 3. intensief, 4. chronisch. Elke categorie heeft een vast tarief waarbinnen alle componenten van de behandeling vallen. De eigen bijdrage en het maximum aantal gesprekken dat vergoed wordt, vervallen.
Gespecialiseerde ggz	
Door wie	Multidisciplinaire ggz-behandelteams, waarin hoofdbehandelaars worden bijgestaan door een multidisciplinair team met ook agogen, vaktherapeuten en verpleegkundigen. Ook FACT teams vallen hieronder.
Wat	Er dient sprake te zijn van een DSM IV-diagnose en van gecompliceerde en/of ernstige problematiek, waarbij inzet van meerdere disciplines nodig is. Er kan sprake zijn van risico's.
Financiering	ZVW, op doorverwijzing van de huisarts of de basis ggz. Niet alleen ambulante, maar ook via dagbehandeling en opname. Vergoeding op basis van DBC's (diagnose behandelcombinaties) die net als de basis ggz-producten kunnen variëren qua zorgzwaarte en één all-in bedrag kennen per DBC. Ook hier geen eigen bijdrage.

Door deze veranderingen zal de huisarts vaker dan nu sociale professionals inschakelen voor ondersteuning bij psychosociale problematiek en spanningsklachten. Een voorbeeld waar dit al structureel gebeurt is het project Welzijn op Recept in Nieuwegein.

Welzijn op Recept

In Nieuwegein verwijzen huisartsen mensen door naar de activiteitenmakelaar van Welzijn als ze vermoeden dat de gezondheidsklachten samenhangen met onvoldoende zinvolle bezigheden en sociaal contact: welzijn op recept! De activiteitenmakelaar heeft een uitgebreide sociale kaart met allerlei mogelijkheden om actief en samen met anderen aan de slag te gaan. Hij bepaalt met de cliënt wat het beste aansluit op zijn behoefte en interesse en zorgt zo nodig dat het contact tot stand komt. Deze aanpak is ook gedocumenteerd en onderzocht. Mensen blijken er heel tevreden over te zijn en geven aan er baat bij te hebben. Zie ook de [site van de gemeente Nieuwegein](#).

Ook zal het beroep op de sociaal werker door mensen met langdurige, redelijk stabiele psychiatrische klachten groter worden.

2.3 Meer nadruk op maatschappelijk herstel

Ook de behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zal niet meer per definitie in de gespecialiseerde tweede lijn plaatsvinden. Als de aandoening gestabiliseerd is, zullen mensen met dit soort aandoeningen veelal via de huisarts of via de basis-ggz hun behandeling ontvangen. Deze kunnen dan een consult van een psychiater uit de gespecialiseerde ggz inroepen als zij daaraan behoefte hebben. Er zijn afspraken gemaakt over het verder ambulantiseren van de ggz tot 2020, dat betekent minder bedden en minder opnames. Met name de ACT- of FACT⁵-teams moeten daar een bijdrage aan leveren. Deze teams zetten de behandeling van mensen met langdurige aandoeningen in een maatschappelijk kader: het moet leiden tot herstel van burgerschap. Het bestuurlijk akkoord dat het Ministerie van VWS hierover met de sector sloot verwoordt dit als volgt: "mensen met psychische aandoeningen willen bij voorkeur in hun eigen omgeving of poliklinisch behandeld worden, daarnaast willen zij een baan of een andere zinvolle dagbesteding en vrienden en sociale contacten. Daarom moet er niet alleen worden gestreefd naar herstel van de gezondheid, maar ook naar herstel van burgerschap. Dat laatste houdt in dat cliënten zoveel mogelijk in staat moeten worden gesteld de regie over hun leven te hervinden en te participeren in de maatschappij." Ook voor deze groep is het waarschijnlijk dat de sociaal werker vaker een bijdrage aan de ondersteuning zal leveren dan tot nu toe. Samenwerking tussen sociaal werkers en FACT-teams gebeurt in praktijk al op diverse plaatsen.⁶

5 (F)ACT: (flexibel) assertive community treatment, een behandelvorm waarin mensen met langdurige ernstige psychiatrische aandoeningen levensbrede en outreachende ondersteuning krijgen van een gebiedsgericht interdisciplinair samenwerkend team. De intensiteit en aard van de ondersteuning fluctueren mee met de actuele toestand van de cliënt.

6 Zie hiervoor [de voorhangbrief POH ggz](#), en [het bestuurlijk akkoord](#).

De uitdagingen voor het sociaal werk samengevat

De grote uitdaging voor sociaal werkers en in het bijzonder voor sociale wijkteams is om positie te vinden en aanbod te ontwikkelen dat aansluit op de eigen expertise in de samenwerking met de ggz.

Enkele tips zijn:

- Ontwikkel in samenspraak met huisarts en POH ggz een aanbod voor mensen met psychosociale problematiek die niet meer in de ggz zal worden behandeld, zoals overspannenheid en rouw.
- Profileer op de participatie- en zelfredzaamheidsvragen van mensen die voor hun behandeling bij de ggz of de huisarts lopen; zorg dat je daarvoor in beeld bent.
- Zoek samenwerking met FACT-teams over de participatie- en zelfredzaamheidsvragen van mensen met chronische psychiatrische problematiek.
- Lever een bijdrage aan de signalering, bemoeizorg en toeleiding van ernstige multiproblematiek (OGGZ) in samenwerking met bemoeizorgteam en/of FACT-team.



3. Samenwerkings- vaardigheden

Beide ontwikkelingen: de transformatie in het sociaal domein en die in de ggz, gaan uit van een betere afstemming van zorg en ondersteuning op de leefwereld van iemand, meer maatwerk en meer ondersteunen van eigen kracht. In essentie kan dit elkaar dus versterken. Mensen met psychosociale problemen en/of psychiatrische aandoeningen zullen vaak zowel de voorzieningen uit de zorgverzekering als het gemeentelijk aanbod in het sociaal domein nodig hebben.

Dit betekent dus: inzetten op de samenwerking tussen ggz en de sociaal werker. Zaak is om voortdurend het gezamenlijk belang centraal te stellen: zich samen sterk te maken voor optimale zorg en ondersteuning voor inwoners met een psychiatrische en/of psychosociale kwetsbaarheid. Betrokkenheid van (ervaringsdeskundige) cliënten als meedenker en –doener bij alle gezamenlijke activiteiten kan hieraan bijdragen. Zij helpen de professionals om de focus op het belang van de cliënt te houden.

Deze opgave betekent een professionaliseringsslag voor de organisaties op het gebied van welzijn en maatschappelijke dienstverlening.

Goed samenwerken vraagt (deels nieuwe) vaardigheden.

Voor de sociaal werker betekent dit:

- Een open en gelijkwaardige samenwerking met *ggz-begeleiders*, waarbij je over en weer van elkaars expertise gebruik maakt.
- Een goede samenwerking met de *ggz-behandelaars* zodat zij signalen dat het minder goed gaat met iemand meteen kunnen oppakken.
- Het kwartiermaken en bijdragen aan acceptatie bij buurtbewoners en buurtvoorzieningen zodat deze doelgroep er ook welkom is.
- Het (leren) samenwerken met deze doelgroep en hun sociale netwerk en hen ondersteunen bij eigen initiatieven en vrijwillige inzet.
- Het betrekken en coachen van vrijwilligers bij de ondersteuning, het (organiseren van) ondersteuning bij zelfredzaamheidsproblemen op allerlei levensgebieden.

4. Uitgelicht: de ondersteuning van wijkbewoners met een kwetsbaarheid op psychisch vlak

Gelijktijdige betrokkenheid van professionals uit de ggz en het sociaal wijkteam zal vooral spelen bij wijkbewoners met een langdurige psychiatrische aandoening of psychosociale kwetsbaarheid. In de praktijk blijken de ggz-professionals en generalistisch werkende sociaal werkers of sociale wijkteams een aantal interventies allebei aan te bieden. Samenwerking ligt dan voor de hand, elk vanuit de eigen expertise. De generalistisch sociaal werker zal hierbij de eigen expertise (zoals levensbreed kijken en aandacht voor de sociale context) en kennis van het wijkgebeuren inzetten, de ggz-begeleider de kennis van de doelgroep. De precieze taakverdeling zal van plek tot plek verschillen.

Voorbeelden van gezamenlijk te organiseren interventies door ggz en sociaal werk/sociaal wijkteam zijn:

- * Het verstevigen van iemands sociaal netwerk, via het organiseren van een Eigen kracht conferentie of periodiek netwerkberaad, maar ook indirect: het trainen en coachen van vrijwilligers als netwerkcoach en zorgen voor ontmoetingsmogelijkheden dicht bij huis.
- * De ondersteuning van mantelzorgers van mensen met psychiatrische aandoeningen.
- * De ondersteuning van mensen met psychiatrische aandoeningen bij praktische zaken als administratie, budgetbeheer, weekplanning, maatschappelijk actief worden.

Een praktijkvoorbeeld: Psychiatrie in de wijk in Amersfoort en Veenendaal

Een voorbeeld waarin welzijn en ggz samen optrekken is het project Psychiatrie in de Wijk. Cliënten van RIBW Kwintes en andere wijkbewoners met een psychische kwetsbaarheid zijn actief als vrijwilliger en deelnemer in buurthuizen, wijkactiviteiten en informatiepunten van de welzijnsorganisatie. Zij organiseren met steun van de opbouwwerker en de RIBW-begeleider activiteiten die ze zelf ook begeleiden. De opbouwwerker en de begeleider van de RIBW hebben regelmatig afstemmingscontact. De betrokken cliënten weten dat ze bij allebei terecht kunnen. Zie ook de site www.wijkenpsychiatrie.nl.

- * Het kwartier maken bij maatschappelijke organisaties (zorgen dat mensen welkom zijn en dat voorzieningen echt toegankelijk zijn).
- * Het ontwikkelen van collectieve oplossingen samen met maatschappelijke partners, bewoners en/of cliëntenzelforganisaties.
- * Het uitvoeren van waakvlamcontacten; het maken en bewaken van signaleringsafspraken.
- * Het organiseren van vrijwillige maatjes.
- * De inzet van/het samenwerken met ervaringsdeskundigen in de wijk.
- * De ondersteuning van eigen initiatieven tot (gezamenlijke) zelfredzaamheid.
- * Het organiseren van een gezamenlijke wijkloopfunctie.

5. Dilemma's en knelpunten bij de samenwerking

Samenwerken gaat niet vanzelf, zelfs niet als de betrokken partijen het belang onderschrijven. Allerlei knelpunten en dilemma's kunnen de samenwerking hinderen. Wettelijke kaders en bekostiging kunnen tot verkeerde prikkels leiden, waardoor samenwerking eerder wordt belemmerd dan bevorderd. Maar er zijn ook 'zachtere' aspecten, die meer te maken hebben met belangen, visie, werkwijze, cultuur en beeldvorming over en weer. Eerst komen deze dilemma's aan de orde. Daarna gaan we voor de verschillende hiervoor besproken vormen van de ggz (zie 2.2.) in op specifieke belemmeringen in de samenwerking en hoe deze aan te pakken.

5.1 Verkeerde prikkels in wet- en regelgeving en financiering

De 'knip' die in 2014 ontstaat en waarbij de inzet van ggz-professionals vanuit de zorgverzekering nadrukkelijk beperkt wordt tot de geneeskundige interventies, betekent dat afschuifgedrag op de loer ligt. Aan de ene kant zal de ggz van de zijde van de zorgverzekeraar de (financiële) druk voelen om zich strikter te beperken tot het behandelen van de aandoening. Een vergoeding van consultatie aan sociaal werkers en ondersteuning van vrijwilligers, vallen niet onder het verstrekkingenpakket van de zorgverzekeringswet. Aan de andere kant wordt in de Wmo 2015 de zorgverzekeringswet expliciet genoemd als voorliggende voorziening. Een gemeente zal daarom terughoudend zijn in het bieden van ondersteuning aan mensen van wie men vindt dat zij door de ggz behandeld zouden moeten worden – en zal daarin ook van de sociaal werker verwachten dat

deze geen behandel 'gaten' gaat vullen. In het negatieve scenario bestaat daardoor een risico dat de samenhang in het aanbod voor mensen met multiproblematiek onvoldoende tot stand komt. En dat vergroot het risico op het ontstaan van (O)GGZ-problematiek met als resultaat verwaarlozing, isolement, overlast, dakloosheid en onnodige opnames.

5.2 Verschillen in belangen, zienswijze, benadering en cultuur

Een aantal knelpunten heeft vooral te maken met verschillen in belangen, zienswijze, benadering en cultuur tussen ggz-professionals en sociaal werkers.

Ik wil wel, maar mijn manager/mijn organisatie....

Als medewerkers te weinig ruimte krijgen, kan dit de samenwerking ernstig frustreren. Een voorbeeld: een ggz-professional en een medewerker van een sociaal wijkteam willen samenwerken. De sociaal werker wil graag dat de ggz-medewerker consultatief beschikbaar is en dat regelmatig overleg plaatsvindt over ggz-cliënten die in het buurtcentrum actief worden. Voor de ggz-organisatie tellen alleen de directe cliëntcontacten mee als 'productie'. Deelname aan afstemmingsoverleg of instructie aan een vrijwilliger worden gezien als overhead, die zo veel mogelijk moet worden vermeden. Ook het oefenen van sociale vaardigheden binnen de behandeling blijkt moeilijk af te spreken. Het ggz-team stelt het behandelplan vast; een vraag 'van buiten' past daar niet in. Omgekeerd zou de ggz-medewerker graag zien, dat zijn cliënten mee kunnen doen met een activiteit in het buurthuis. De aanpak daar zou dan wel aangepast moeten worden. Nu moeten deelnemers zich meteen inschrijven voor een cursus van 10 bijeenkomsten, maar voor deze cliënten werkt het beter, als ze activiteiten per keer kunnen bezoeken. Ook dit blijkt niet zo maar anders te kunnen.

Individueel of contextgericht kijken en handelen

Een tweede verschil in zienswijze en benadering heeft te maken met de mate waarin de context waarin de cliënt functioneert in beeld is. Voor een sociaal werker is het vanzelfsprekend om door te vragen naar iemands uitkerings situatie en verplichtingen om werk te zoeken of met iemand in kaart te brengen of hij in aanmerking komt voor bijvoorbeeld zorgtoeslag. Ook zal hij niet alleen met de cliënt in gesprek gaan of vaardigheden oefenen, maar zo nodig ook interventies doen in het sociaal systeem van de cliënt, bijvoorbeeld de woningcorporatie bellen om iets op te helderen, met de cliënt gaan kennismaken bij een geschikte vrije tijdsbesteding, bemiddelen bij een conflict met de burens of afstemmen met de sociale dienst over schuldhulp of activering. Voor een ggz-professional die cliënten vooral op kantoor ziet, zijn dat vaak zaken die buiten beeld blijven. Of hij verwacht en werkt ernaar toe dat zijn cliënt dit zelfstandig probeert te regelen. Het omgekeerde komt ook voor: dat de ggz-medewerker van een FACT-team actief bemiddelt en de sociaal werker juist probeerde diegene te leren zelf actie te ondernemen. Zonder goede afstemming werk je al snel langs elkaar heen.

Verschillen van inzicht over mogelijkheden en kwetsbaarheid

Een veel gehoorde klacht over en weer is, dat men een heel verschillend beeld heeft van de wensen en mogelijkheden van een cliënt. De ggz-professional vindt dat de sociale professional de cliënt overschat, de sociale professional vindt dat de ggz-professional veel te beschermend is. Of omgekeerd: de ggz-medewerker die zijn cliënt heeft meegemaakt binnen de vertrouwde setting van de dagbesteding vindt dat zijn cliënt heel wat kan, de sociaal werker ziet hoe weinig weerbaar de cliënt is in een nieuwe sociale context zoals het buurthuis.

Verskil in status

Gezondheidszorg heeft voor veel mensen nog steeds meer status dan welzijnswerk. Een huisarts of ggz-professional zou zich 'te goed' voelen om het gesprek aan te gaan met de professional in het sociaal domein. Tijdgebrek maar ook privacy worden daarbij soms als excuus gebruikt, zelfs als de cliënt duidelijk de wens heeft geuit dat afstemming plaatsvindt.

5.3 Specifieke aandachtspunten per ggz-partner

Afbakening naar/samenwerking met (m.n. (POH ggz in) de huisartsenpraktijk

Als iemand bij de huisarts komt met psychosociale klachten of spanningsklachten, kan het in het belang van de cliënt zijn om vooral in te zetten op ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie. Een project zoals 'Welzijn op recept' in Nieuwegein⁷ speelt hierop in met goede verwijs- en afstemmingsafspraken tussen de huisarts en de welzijnsorganisatie. De huisarts motiveert zijn patiënt om zich te oriënteren op activiteiten buitenshuis 'om de zinnen te verzetten en onder de mensen te komen', de activiteitenmakelaar bij welzijn helpt hem op weg naar activiteiten die aansluiten op zijn eigen interesses en mogelijkheden. Tijd voor overleg blijft ook in de samenwerking met de huisarts wel een knelpunt. Ook kan zich een knelpunt voordoen in de bekostiging: de ondersteuning vanuit het gemeentelijk sociaal domein vermindert de ziektekosten. De kosten zijn in zo'n voorbeeld als 'Welzijn op recept' voor de gemeente, de baten voor de zorgverzekeraar. Het ligt voor de hand dat een gemeente in zo'n geval overlegt met de zorgverzekeraar over een bijdrage.

⁷ Zie Welzijn op Recept op www.mogroep.nl

Afbakening naar/samenwerking met FACT-teams

De zorgverzekeringswet wordt in de Wmo 2015 gezien als een voorliggende voorziening. Dit kan ertoe leiden, dat cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen snel worden doorverwezen naar een FACT-team en dat sociaal werkers die in de wijk werken hier helemaal geen bemoeienis mee hebben. Wellicht zijn andere leden van het huishouden in beeld bij het sociaal wijkteam, of is het logisch dat samenwerking plaatsvindt in verband met bijvoorbeeld schuldhulp, dreigende huisuitzetting, de gewenste uitbreiding van iemands sociaal netwerk, de behoefte aan opvoedingsondersteuning, er kan sprake zijn van huiselijk geweld of een verstoorde relatie met de buren. Ook zal toeleiding naar/begeleiding bij participatie en vrijwillige inzet in de wijk vaak onderdeel uitmaken van de levensbrede ondersteuning die het FACT-team biedt. Het is logisch dat daarin de samenwerking wordt gezocht met de basisvoorzieningen in het sociale domein die in de buurt aanwezig zijn. Ook is snel opschalen soms nodig, als psychiatrische problematiek plotseling verergert. Het handboek van Remmers van Veldhuizen en Michiel Bähler⁸ zegt over de gewenste samenwerking tussen FACT en het sociaal domein: "Waar FACT beoogt om maatschappelijke participatie van de patiënt te ondersteunen zal FACT voor de buurt en voor instanties een betrouwbare en toegankelijke partner moeten zijn. De uiteindelijke integratie van de patiënt in de buurt is afhankelijk van allerlei andere instanties en diensten. Tussen die instanties en FACT ligt een heel breed en overlappend grensgebied, waarin men elkaar als partners moet vinden. De vraag waar de FACT hulp stopt en de maatschappelijke hulp begint, verschilt per vraag en per patiënt. Soms kan FACT eenvoudig toe leiden naar een dienst of activiteit, waar men de patiënt verder begeleidt op hun terrein. Dan werkt FACT als een schoenlepel, een eenmalige of relatief eenvoudige handeling. Soms is er bij maatschappelijke activiteiten langdurige of blijvende steun vanuit FACT nodig.

⁸ Zie www.zorgvoornoveren.nl



Dan werkt FACT dus meer als prothese, iets wat wellicht langduriger nodig blijft om je in een andere omgeving overeind te houden." In de praktijk verloopt de samenwerking nog niet altijd vanzelfsprekend. Wel wordt in centrumgemeenten al gekeken naar mogelijkheden om FACT-teams en sociale wijkteams meer met elkaar te integreren.⁹

⁹ Zie Relatie tussen OGGZ en wijkaanpak, A. van Bergen e.a., MOVISIE, Utrecht, 2013.

Afbakening naar/samenwerking met overige ggz

Bij de samenwerking en het contact met zowel de basis-ggz als de gespecialiseerde ggz kunnen zich knelpunten voordoen die zijn terug te voeren op enerzijds toegang tot de ggz-expertise voor de sociale professional, anderzijds de afbakening tussen ggz-behandeling en het ondersteuningsarrangement in het sociale domein. Waar FACT-teams qua bezetting en aanpak gericht zijn op samenwerking, is dat bij behandelaars uit de basis-ggz en gespecialiseerde ggz vaak niet het geval. De ggz-behandelaars vallen volledig in de medische infrastructuur. De huisarts (en de POH ggz) is degene aan wie wordt teruggekoppeld en van wie zij verwijzingen mogen accepteren. Een sociaal werker zal dus in overleg moeten treden met de huisarts (en/of de POH ggz) als hij behoefte heeft aan een ggz-professional die meekijkt. Dat levert dus extra stappen op – en daarmee een langere doorlooptijd - voordat een gespecialiseerde behandelaar in consult geroepen kan worden. Terwijl snel op- en afschalen soms nodig is om een dreigende crisis tijdig te bezweren. Ook wanneer een ggz-cliënt deelneemt aan bijvoorbeeld laagdrempelige inloop en dagactivering, schuldhulp en ondersteuning bij sociale contacten die worden georganiseerd binnen het sociaal domein, is direct afstemmingscontact over en weer wel gewenst.

Afbakening naar/samenwerking met OGGZ-bemoeizorg

Een apart punt van aandacht is de afstemming tussen sociale wijkteams of frontlijnteam enerzijds en bemoeizorgteams anderzijds. Bemoeizorgteams werken vaak regionaal, zijn multidisciplinair samengesteld met professionals uit de ggz, verslavingszorg, maatschappelijke opvang, GGD en maatschappelijk werk. Zij richten zich met name op de meest zware groep: zorgmijders en mensen die door hun verslaving of psychische problematiek ernstige overlast veroorzaken, of dakloos raken. De mogelijke overlap met sociale professionals in wijkteams die outreachend contact leggen is duidelijk. Een sociaal

wijkteam kan een goede rol vervullen in tijdige signalering en in de nazorg, als een bemoeizorgteam de eerste brand heeft geblust. Zeker bij deze cliëntengroep is nauwe samenwerking, met warme overdracht, directe toegang tot elkaars expertise, en veel flexibiliteit over en weer nodig om de vertrouwensrelatie met zo iemand te ontwikkelen, een eerste voorwaarde om de maatschappelijke re-integratie te laten lukken.

6. Wat moet je regelen om succesvol te kunnen samenwerken?

6.1 Onderlinge kennismaking: een kijkje in de keuken

Om op *cliënt*niveau goed samen te werken is allereerst nodig dat ggz-professionals en sociaal werkers elkaar leren kennen. Dit lijkt een open deur, maar in praktijk gebeurt het nog steeds dat medewerkers al jaren in dezelfde wijk werken, deels met en voor dezelfde cliënten en elkaar nooit hebben ontmoet. Vaak hebben ze onbewust allerlei veronderstellingen en vooroordelen over en weer, die de samenwerking kunnen bemoeilijken. Een kijkje in elkaars keuken werkt dan heel verhelderend. Neem er de tijd voor: bezoek elkaars teamoverleg, laat ook bezoekers van een buurthuis en activiteitencentrum met elkaar kennismaken, leg cursus- of activiteitenprogramma's en draaiboeken naast elkaar, ga een keer samen op huisbezoek, organiseer gezamenlijke casuïstiekbesprekingen.

6.2 Ontwikkel samenwerkingsafspraken bottom-up en stap voor stap

Om samenwerking niet uitsluitend van personen te laten afhangen, is belangrijk om op *organisatie*niveau afspraken te maken over de taakverdeling, te zorgen voor korte communicatielijnen en voor ruimte op de werkvloer om te doen wat nodig is. Het meest effectief is om dit al werkendeweg te ontwikkelen. Geef professionals met hun cliënten de ruimte om de samenwerking van beneden af te ontwikkelen en

laat je als managers door hen informeren over welke organisatorische aanpassingen nodig zijn. Maak daar vervolgens formele afspraken over. Een lang voortraject, waarin managers of beleidsmedewerkers eerst met elkaar procedures gaan uitwerken, leidt vaak niet tot daadwerkelijke samenwerking¹⁰.

6.3 Organiseer gezamenlijke kwaliteits- of leertrajecten

Naast en aanvullend op de cliëntgebonden samenwerking in de uitvoering kan ook samenwerking plaatsvinden op het vlak van kwaliteit en communicatie. Innovatie vraagt om aanpassing van de hele organisatie en van alle betrokken organisaties. In innovatieve regio's organiseren samenwerkende partijen hiervoor lerende netwerken. Een voorbeeld is de pilot Herstel op het Kanaleneiland in Utrecht.

Randvoorwaarden waar uiteindelijk formele afspraken over nodig zijn, zijn bijvoorbeeld afspraken over het bewaken van kwaliteit, zorgen voor eenduidige registratie, op elkaar afgestemde privacy- en klachtenregelingen en de consultatieve beschikbaarheid van de gespecialiseerde ggz.

¹⁰ Zie hierover bijvoorbeeld de [Handreiking maatschappelijke steunsystemen](#) of de [Rotonde van Hamed](#).

Pilot Herstel Kanaleneiland in Utrecht



In deze pilot is sprake van een samenwerkingsverband gekoppeld aan een lerend netwerk. Hierin werken aanbieders van zorg en welzijn, cliëntenorganisaties, vrijwilligers en gemeentelijke diensten samen met de betrokken cliënten en hun mantelzorgers aan de invulling van een dragende steunstructuur voor 200 wijkbewoners met chronische aandoeningen. Dit wordt begeleid met een leer- en monitoringtraject volgens de principes van triple aim (een kwaliteitssysteem waarin drie doelen met elkaar in verband worden gebracht: de gezondheid van de bevolking, cliëntentevredenheid en ervaren kwaliteit van zorg en de kosten per hoofd van de bevolking). Zie [de Prezi over de pilot](#).

6.4 Aandacht voor deskundigheid

Welke deskundigheid is nodig om goed te kunnen werken met mensen met psychiatrische klachten? Kennis over en inzicht in de aard van de problematiek en wat dit voor de cliënt betekent, is zinvol. Een generalistisch sociaal werker hoeft echter geen therapeut te worden. Veel cliëntenorganisaties en ggz-instellingen bieden scholing door ervaringsdeskundigen. Daarin gaat het vooral over wat het hebben van een psychiatrische klacht voor iemand betekent, de sociale en maatschappelijke gevolgen en over hoe je goed met iemand kunt communiceren en hem of haar kunt steunen. Dit is belangrijk voor iedereen die met mensen met psychiatrische klachten werkt. Ook vindt soms een (tijdelijke) detachering plaats van een ggz-professional in een sociaal team om al werkendeweg aan toerusting

en overdracht van kennis en vaardigheden te doen, of worden casuïstiek-besprekingen hiervoor gebruikt. Bij geformaliseerde samenwerking maken de partijen vaak afspraken over onderlinge deskundigheidsbevordering.

6.5 Behandeling nodig: erbij blijven en afstemmen

Een laatste aandachtspunt heeft te maken met de taakdiepte en werkwijze van sociale wijkteams. Vaak wordt gesteld: eerst proberen om met hulp van eigen kracht, eigen netwerk en algemene voorzieningen voldoende steun te bieden. En pas aan een maatwerkvoorziening denken als dat allemaal niet voldoende blijkt. Maar als iemand in beeld komt die duidelijk problemen heeft op psychisch vlak, is dat niet de meest voor de hand liggende aanpak. Dan is het zaak bij de voordeur zo snel mogelijk te onderscheiden wat 'te zwaar' is en dat snel door te leiden, zowel uit het oogpunt van kwaliteit als om niet dicht te slibben. Dit wordt wel 'matched care' genoemd. Daarvoor is wel nodig dat je beschikt over know how en/of instrumenten om dat onderscheid snel te maken. Hiervoor is nauwe samenwerking met de huisarts en POH ggz nodig. En wie voert vervolgens de regie als ggz-behandeling en/of een ggz-begeleiding als gespecialiseerde maatwerkvoorziening in het kader van de Wmo worden ingezet? Richtinggevend voor de keuze is of het gespecialiseerde aanbod de volle breedte van de vraag kan dekken, of alleen maar een deeloplossing biedt. De regie zal liggen bij de degene die de coördinatie over de volle breedte van de vraag op zich neemt. Ook in dit geval blijft voortdurende samenwerking en afstemming aan de orde.

7. Meer weten?

www.cvz.nl

Over de huidige en geadviseerde inrichting geneeskundige ggz.

www.herstelondersteuning.nl

Over wat nodig is om mensen mee te laten doen en hoe ervaringsdeskundigen daarbij een rol kunnen spelen.

www.movisie.nl/maatschappelijkezorg

Over maatschappelijk steunsystemen.

