

Met zorg aan de slag in de wijk.

Onderzoek

**Verkenning naar de mogelijkheden om GGZ-deskundigheid
te integreren in een sociaal wijkteam in de Oostelijke
Binnenstad van Amsterdam.**

Inhoudsopgave

Aanleiding	3
1. Beschrijving van het onderzoek	4
1.1 Vraagstelling	
1.2 Beoogd resultaat	
1.3 Doelstelling	
1.4 Opzet en werkwijze onderzoek	
1.5 Begrippen	5
2. Uitvoer en resultaten van het onderzoek	5
2.1 Landelijke en lokale GGZ ontwikkelingen in de wijk	
2.1.1 Landelijke ontwikkelingen	
2.1.2 Samenvatting	10
2.1.3 Lokale ontwikkelingen in Amsterdam	11
2.1.4 Samenvatting	13
2.2 Financieel kader voor geïntegreerde GGZ in de wijk	14
2.2.1 Samenvatting	16
2.3 Onderzoek: Uitkomsten buurtanalyse en interviews	17
2.3.1 Interviews met projectleiders en sociaal wijkteam	
2.3.2 Interviews met sleutelfiguren en organisaties in de Oostelijke Binnenstad	20
3. Conclusie en bouwstenen en ontwerpeisen voor samenwerkingsscenario's	26
3.1 Conclusies	
3.2 Bouwstenen en ontwerpeisen voor samenwerkingsscenario's	28
4. Aanbeveling: Beschrijving van scenario's	30
4.1 Scenario 1	32
4.2 Scenario 2	33
4.3 Scenario 3	37
Geraadpleegde bronnen: documenten en literatuur	39
Bijlage 1 lijst van referenten	41

Aanleiding

In de notitie “Gebiedsgericht werken in de Oostelijke Binnenstad” beschrijven Centram, IJsterk en het wijkcentrum Oostelijke Binnenstad (2011) op welke wijze zij in een samenhangend beleid de zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie van burgers en de leefbaarheid in de wijk kunnen bevorderen. Door in de aanpak opbouwwerkers, sociaal cultureel werkers en maatschappelijke dienstverleners onder te brengen in één team wordt optimale synergie na gestreefd. Welzijn Nieuwe Stijl en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning vormen het kader voor de voorgestelde aanpak. De kerngedachte is dat door integraal te werken het team met haar werkwijze beter in staat is om antwoorden te geven op hulpvragen van bewoners, op de bezuinigingen in het veld van zorg en welzijn en de gemeentelijke opgave rondom de transitie van de AWBZ.

In de uitwerking van het gebiedsgericht werken is door de directie van Centram/IJsterk de gedachte geopperd om het sociaal wijkteam te voorzien van GGZ-deskundigheid. Met het integreren van deze deskundigheid in het sociaal wijkteam worden de bovengenoemde doelen geoptimaliseerd en wordt tevens een innovatie uitgevoerd waarmee de Basis GGZ geheel of gedeeltelijk wordt ondergebracht in het welzijnsveld.

Om een keuze te kunnen maken hoe de GGZ-deskundigheid te integreren in het sociaal wijkteam is besloten tot een praktijkgericht onderzoek. De landelijke en lokale ontwikkelingen van de Oostelijke Binnenstad van Amsterdam worden in beeld gebracht en vormen de opmaat voor het beschrijven van een aantal scenario’s. De directie van Centram/IJsterk gebruikt de scenario’s om haar beleid met betrekking tot de inrichting en aanpak van het sociaal wijkteam te onderbouwen.

1. Beschrijving van het onderzoek

1.1 Vraagstelling

Vraagstelling van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Hoe kan Centram/IJsterk GGZ deskundigheid inpassen en integreren in het sociaal wijkteam in de Oostelijke Binnenstad van Amsterdam?

Houdt daarbij rekening met:

- de visie, uitgangspunten en veranderopgave zoals door drie initiatief nemende instellingen in de notitie 'Gebiedsgericht werken in de Oostelijke Binnen Stad' is beschreven (2011);
- het waarborgen van goede aansluiting met de specialistische zorg;
- de ontwikkeling van de nieuwe werkprocessen in het kader van het RAAK-project (Movisie en InHolland);
- de participatie en betrokkenheid bij de werkzaamheden van medewerkers, vrijwilligers en buurtbewoners en de start van de wijkanalyse in september 2012;
- de voorgenomen samenwerking met Cliëntenbelang Amsterdam op het gebied van de inzet van ervaringsdeskundigen.

1.2 Beoogd resultaat

Begin december wordt een eerste concept met drie scenario's voorgelegd aan de directie van Centram/IJsterk. De definitieve rapportage, inclusief de scenario's is eind december 2012 gereed.

1.3 Doelstelling onderzoek

- Het verzamelen van informatie uit verschillende bronnen, bewoners in de wijk, zorgprofessionals, stakeholders op wijk en stadsniveau en relevante landelijke bronnen.
- Op basis van de verzamelde informatie meerdere scenario's uitschrijven waarmee de directie van Centram/IJSTERK een keuze kan maken hoe de GGZ- deskundigheid kan worden ingepast of geïntegreerd in het sociaal wijkteam.

1.4 Opzet en werkwijze onderzoek

Het onderzoek vindt plaats in de periode september – december 2012. Medio oktober wordt een tussenrapportage besproken met de opdrachtgever.

Het onderzoek is als volgt opgebouwd:

Stap 1 het verkennen van de huidige situatie

Stap 2 bestuderen van documenten en relevante informatie/literatuur

Stap 3 het uitvoeren van interviews met stakeholders en sleutelfiguren

Stap 4 documenteren en analyseren van de inhoud van de interviews

Stap 5 formuleren van ontwerpeisen/bouwstenen en een aantal scenario's beschrijven

1.5 Begrippen

Doelgroep sociaal wijkteam (Centram, 2011)

Mensen die al in een kwetsbare positie verkeren, mensen met armoede problematiek. Mensen die extra worden getroffen door diverse (bezuinigings)maatregelen en die als gevolg van deze

problematiek moeite hebben zich staande te houden, met risico op verlies van regie over het eigen bestaan en mede daardoor in een kwetsbare positie komen en eenzaam zijn.

Meervoudige problematiek (RVZ, 2012)

Personen met twee of meer somatische of psychische aandoeningen die samenhangen met problemen op andere levensgebieden zoals huisvesting, arbeid en in komen, onderwijs, en gezin, waarbij deze problemen elkaar in stand houden of versterken, en die hiervoor zijn aangewezen op hulp.

Psychische problematiek (RVZ, 2012)

De definities van wat onder psychische problematiek wordt verstaan zijn divers en niet eenduidig. De veel gebruikte term psychische problematiek is een verzamelnaam voor psychische problemen, psychische stoornissen, sociale problemen en combinaties van deze problemen. Psychische problematiek kan samen met lichamelijke klachten voorkomen. Dan wordt er gesproken over psychosomatische problemen.

Daarnaast kunnen sociale en/of leefstijlgerelateerde factoren een rol spelen. Dan spreken we over psychosociale problemen of sociale problemen. Een psychische stoornis is de overkoepelende term voor ziekelijke stoornissen van het denken, voelen, willen, oordelen en/of doelgericht handelen. Een gemeenschappelijk kenmerk van al deze vormen van psychische problematiek is de samenhang met het dagelijks functioneren van de burger.

GGZ-deskundigheid (Venneman/Onderwater, 2012)

In dit onderzoek wordt de volgende formulering van GGZ-deskundigheid gehanteerd:

GGZ-deskundigheid bestaat uit het geheel aan specifieke en specialistische kennis betreffende psychiatrische ziekten en klachten en de professionele expertise opgedaan in klinische, ambulante of maatschappelijke settings.

De GGZ –deskundigheid wordt toegepast bij het diagnosticeren, plannen en uitvoeren van zorg en het evalueren van zorg. Afhankelijk van de GGZ-discipline (bijvoorbeeld verpleegkundige of psychiater) of het toepassingsgebied (in de kliniek, in de wijk, bij de huisarts) wordt de GGZ-deskundigheid meer of minder specialistisch of generalistisch toegepast

2. Uitvoer en resultaten van het onderzoek

2.1 Landelijke, lokale en inhoudelijke GGZ ontwikkelingen in de wijk

2.1.1 Landelijke ontwikkelingen

Het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg “Zorg voor je gezondheid”(RVZ, 2010) geeft richting aan ontwikkelingen in de zorg. Niet langer de nadruk op ziekte en zorg (ZZ), maar een omslag maken naar gezondheid en gedrag (GG). De boodschap is: zorg combineer én organiseer preventie, welzijn, werken en wonen en zorg en ondersteuning zoveel mogelijk thuis bij de mensen zelf.

In 2007, is VWS een omvangrijk transitieprogramma gestart onder naam “Zorg Voor Beter”. waarin organisaties in thuiszorg, ouderzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg samenwerken aan innovaties en verbetering van kwaliteit van zorg.

Een ambitieus project gericht op herstel en burgerschap, werd in 2009 door GGZ Nederland samen met de VNG, het Landelijk Platform GGZ, de MO-groep, Federatie Opvang en Zorgverzekeraars Nederland gestart. Herstel als leidend principe in de zorg, gelijkwaardig burgerschap en samenhang in de zorg door ketenbekostiging (GGZN, 2009) staat centraal.

In de beleidsbrief van minister Schippers “Zorg en ondersteuning in de buurt” (VWS, 2011) worden cijfers gepresenteerd die er niet om liegen. In het oog springend gegeven is de explosieve stijging van het aantal GGZ-cliënten (2001 – 2007 58%), en dat de uitgaven voor de GGZ in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld zijn. Ook wordt geconstateerd dat niet de groep met de zeer ernstige en chronische GGZ problematiek is gestegen maar juist de omvang van de groep mensen met milde en matige klachten. Een deel van deze mensen komen nu bijna automatisch terecht in de specialistische tweedelijns GGZ.

Om de kosten in de GGZ te drukken is de overheid in 2011 gestart met het afkondigen van een pakket aan maatregelen. De tweedelijns GGZ moet deels verschuiven naar de goedkopere eerstelijnszorg. Maatregelen worden genomen om patiënten in hun eigen omgeving te behandelen in plaats van binnen een instelling (onder andere 30% beddenreductie).

In het advies Basis GGZ (NZA, 2011) wordt vastgesteld dat er teveel mensen met lichte GGZ-problematiek vanuit de basiszorg in de specialistische zorg terecht komen en dat er veel mensen na behandeling blijven “hangen” in de tweedelijns GGZ. Beide knelpunten bedreigen de toegankelijkheid (wachlijsten), de kwaliteit (zorg ver weg in plaats van in de buurt) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichtere problematiek).

Inmiddels is het beleid rondom de Basis GGZ aangescherpt en een Bestuurlijk Akkoord gesloten tussen VWS en GGZ veldpartijen. (lees verder: 2.2. Financieel kader voor geïntegreerd GGZ in de wijk).

Op 7 december 2012 is het RVZ rapport Regie aan de poort verschenen. Daarin wordt gepleit voor een andere manier van organisatie van basiszorg met een sterke betrokkenheid van de gemeente bij het aanpakken van gezondheidsproblemen die verband houden met psychosociale en meervoudige problemen en omstandigheden.

Veel gezondheidsproblemen van burgers staan niet op zichzelf maar hebben te maken met gedrag en met de (sociale) omgeving van gezin en relaties, werk, inkomen en wonen.

Multidisciplinaire basiszorgteams op wijkniveau met huisartsenzorg, verpleegkundige zorg en maatschappelijk werk vormen de kern van de aanpak. Deze basiszorgteams moeten burgers faciliteren om zelf hun problemen aan te pakken waar dit kan, en bieden integrale en gecoördineerde hulp in een vroeg stadium. Hier voorkomen zij een onnodig beroep op zware zorg.

In de uitwerking van proeftuinen is de aanbeveling dat gemeenten en zorgverzekeraars deze ontwikkeling faciliteren en de opbrengsten systematisch evalueren, er gebruik wordt gemaakt van wijkscans en lokale zorgnetwerken. En als belangrijke aanbeveling om te

komen tot een passende financiering en bekostigingssystematiek voor de basiszorgteams, door bundeling van geldstromen binnen het collectieve pakket en populatiegebonden bekostiging.

Dit advies geeft richting aan alle bestaande ontwikkelingen in wijken door de contouren van multidisciplinaire samenwerking bij de doelpopulatie met meervoudige problematiek, waarbij de basiszorgteams de kern van de aanpak vormen.

Voor dit onderzoek is dit rapport van belang omdat het mogelijkheden biedt om in de Oostelijke Binnenstad afstemming met een basiszorgteam en het sociaal wijkteam tot stand te brengen, inclusief het vraagstuk hoe GGZ-deskundigheid te integreren.

Eerstelijns GGZ: Praktijkondersteuner huisarts GGZ

Om de druk op de huisarts te verlichten is de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) in het leven geroepen. De POH-GGZ komt de meest gangbare psychische en psychosociale problemen tegen. De primaire taak van de POH-GGZ is de patiënt met psychische problemen te begeleiden naar de juiste setting voor behandeling, zonder zelf te behandelen. In de praktijk blijkt de POH-GGZ kortdurende behandeltrajecten uit te voeren. Ze is beduidend minder gericht op de chronische en complexe GGZ-problematiek.

Inmiddels zijn er circa 500 POH-GGZ aan het werk, waarvan 70% een SPV achtergrond heeft. Zij werden over het algemeen gedetacheerd vanuit de gespecialiseerde GGZ-instellingen en daardoor gezien als een verlengstuk van deze instellingen. Deze “garantie op instroom” is toenemend een doorn in het oog van de zorgfinanciers. Momenteel zijn er ook andere constructies om de POH-GGZ in een huisartsenvoorziening te laten werken. Belangrijk kenmerk is ook dat de POH-GGZ niet rechtstreeks toegankelijk is voor cliënten, maar altijd via verwijzing van de huisarts haar werk doet. Dit in tegenstelling tot de eerstelijns psycholoog, die valt in de generalistische basis GGZ en dus voor meer ingewikkelde problemen is bedoeld. Een mooi experiment zou kunnen zijn om een POH-GGZ in een sociaal wijkteam op te nemen met een eigen toegang en behandelbegeleidingsmogelijkheden.

De POH-GGZ krijgt vanaf 2013 een structurele inbedding in de eerstelijns zorg (NZA, 2011) en er komt ruimte om deze GGZ-praktijkondersteuning in te zetten op chronische GGZ-problematiek.

Tweedelijns GGZ: (F)ACT

Voor mensen met langdurende geestelijke gezondheidsproblemen werden eind jaren negentig de Assertive Community Treatment teams (ACT) in Nederland geïntroduceerd. De teams waren vooral bedoeld om de kwaliteit van de zorg en begeleiding thuis van mensen met ernstige en instabiele psychiatrische problemen te verbeteren.

Vanaf 2002 werd een meer op de Nederlandse zorgsituatie afgestemde ACT-vorm ontwikkeld. De (Functionele) Assertive Community Treatment teams richten zich op de totale groep van mensen die langdurig van begeleiding afhankelijk zijn (Van Veldhuizen,

2008). De (F)ACT teams worden vanuit de tweede lijn voorwaarts geïntegreerd in de wijk om samenwerkingsproblemen mede op te lossen. Onderzoeken naar (F)ACT geven aan dat door de minder gefragmenteerde zorg de ernstige psychiatrische symptomen afnemen (Bak e.a.,2008) en dat deze werkwijze een goede oplossing is voor mensen met ingewikkelde psychiatrische problemen.

Maar men stelt ook vast dat meer maatschappelijke participatie door de inzet van (F)ACT teams niet van de grond komt.

Om participatie te bevorderen zet de gespecialiseerde GGZ ook wel kwartiermakers in. Deze zijn soms onderdeel van het (F)ACT team. Kwartiermaken benadrukt dat mensen met psychiatrische beperkingen naast patiënt ook burger zijn met gewone menselijke verlangens om ergens bij te horen en van betekenis te zijn. Kwartier maken wil ruimte maken voor anders zijn (Kal, 2001). Het maakt werk van het openbreken van institutionele kaders om hiermee de ruimte voor anders zijn zowel binnen het instituut als in de maatschappij te creëren. Kwartiermakers werken aan niches in welzijns- en vrijwilligerswerk, en op al de plekken waar mensen verlangen deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer (Kal, 2011).

Regionale Instituten Beschermd Wonen(RIBW).

Eind jaren negentig werd het programma “Zorg in de samenleving” ontwikkeld (Mos/van Weeghel,1999). Het was de start voor de Regionale instituten voor beschermd wonen (RIBW-en) om hun aanbod te verbreden. Ze richten zich onder andere op de groep die feitelijk, gezien de aard van problematiek, niet meer op zijn plaats is in een psychiatrische kliniek. Het aantal mensen dat ambulant wordt begeleid vanuit een RIBW is begin jaren 2000 spectaculair gestegen. Van 3500 in 1999 naar 12.000 in 2006. Er worden ambulante woonbegeleiders, trajectbegeleiders en kwartiermakers ingezet die zich voornamelijk richten op de bewoners van het RIBW.

Cliënten met geestelijke gezondheidsproblemen hebben in de afgelopen 10 jaar steeds meer zelf initiatief genomen om op eigen kracht en met elkaar een toekomst op te bouwen. De kracht staat daarbij centraal en niet de ziekte. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE) is in Nederland een groeiende beweging. (Boevink, 2006,2009). Mensen tonen door hun kracht en talenten dat de beperkingen hen niet belemmeren om mooie dingen met elkaar te realiseren.

Naarmate de mensen met psychiatrische beperkingen zelf meer het heft in handen nemen, om hun wensen en idealen te realiseren, zal er meer mogelijk worden op het gebied van participatie en integratie. Vooral de kanteling van zorg naar ‘ondersteunen’ wordt belangrijk.

OGGZ en WMO

Parallel aan deze ontwikkeling zijn de laatste 10 jaar in veel gemeenten overlegorganen (lokale zorgnetwerken, wijktafels, sociale teams, etc.) ontstaan die zich richten op de hulp- en dienstverlening in het kader van de OGGZ. Het overleg richt zich op het tijdig signaleren

en aanpakken van multiprobleemsituaties, waaraan de betrokken personen persoonlijk en maatschappelijk aan ten onder dreigen te gaan. De invoering van de WMO in 2007 (met de OGGZ als WMO-prestatieveld 8) heeft geleid tot snelle uitbreiding van een breed en divers palet aan netwerken, samenwerkingsverbanden en ketens (Heineke, e.a.,2009). Kenmerkend is dat steeds meer andere partijen dan de reguliere GGZ, hulp en dienstverlening ontwikkelen voor complexe problematiek bij multiprobleemgezinnen, huiselijk geweld, overlast, zorgmijders, dak- en thuislozen en huisuitzetting (Van Bergen, e.a., 2010). Welzijn en zorg komen steeds meer in het verlengde van elkaar te liggen en wordt overlap in aanbod zichtbaar.

De Zichtbare Schakel: wijkverpleegkundigen terug in de wijk

Samenhangende zorg is van groot belang voor de cliënt. Veel cliënten hebben echter moeite hun weg te vinden binnen zorg en welzijn en niet iedereen is in staat hierbij om hulp te vragen. In het kader van deze ontwikkeling is vanuit de Tweede Kamer (Motie Hamer) in september 2008 het verzoek gekomen om extra geld beschikbaar te stellen voor uitbreiding van het aantal wijkverpleegkundigen.

Via het ZonMW-programma 'De zichtbare schakel' werden extra wijkverpleegkundigen ingezet voor het beter verbinden van preventie en zorg, wonen en welzijn op wijkniveau. Het wil een sluitend aanbod van woon, zorg- en dienstverlening in de wijk realiseren, passend bij de behoeften van (vooral kwetsbare) burgers. En de wijkverpleegkundigen leveren een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en de autonomie van voornamelijk kwetsbare burgers.

Binnen 'Zichtbare schakel' zijn in ruim vijftig gemeenten meer dan 300 wijkverpleegkundigen aan de slag gegaan in wijken met sociaaleconomische achterstand. Zij voeren niet-geïndiceerde, wijkgerichte activiteiten uit met signaleren, netwerken, regisseren en preventie. De wijkverpleegkundigen zijn hierbij de schakel in de wijk tussen wonen, zorg en welzijn. Uit de eerste resultaten van deze aanpak blijkt dat deze groep wijkverpleegkundigen de behoefte uitspreken aan ondersteuning bij de uitvoering van hun activiteiten. In feite rapen ze veel vragen in de gezinnen en de wijken op, maar kunnen niet alles op hun bordje nemen. Ondanks het succes is er tot nu toe alleen gefocust op somatisch gerichte zorg en is de geestelijke gezondheidszorg in de wijk buiten dit programma gebleven.

Het programma is inmiddels zo succesvol dat VWS een vervolg, het borgen van de Zichtbare Schakel, heeft aangekondigd voor 2013.

Sociaal wijkteams

Een aantal steden beginnen als koplopers rond 2005 te experimenteren met sociaal wijkteams en nieuwe rollen als participatiecoach, kwartiermakers, wijkcoaches (onder andere Enschede, Leeuwarden en Amsterdam). In plaats van het overleg van professionals wordt nu de wijk, de straat, de burger het directe speelveld van de hulpverleners: dichtbij de

burgers, eigen kracht van burgers, vertrouwen en professionele scharrelruimte en integraal werken zijn de nieuwe sleutelwoorden. Deze trend zet zich voort, mede gestimuleerd door onder andere het rapport 'Vertrouwen in burgers' (WRR, 2012).

Nu de wijk het nieuwe speelveld is geworden ontstaat er een enorme run van instellingen om in de wijken het werk op te zoeken en aanbod te creëren. Iedere instelling wil een hapje van de 'wijkkoek'. Er ontstaan samenwerkingsverbanden tussen instellingen om het werk integraal vorm te geven.

Opvallend is dat de GGZ-instellingen hierbij geen vanzelfsprekende partner zijn. Zij bouwen aan hun eigen wijk (F)ACT teams. Er ontstaat een beeld dat verschillende soorten wijkteams los van elkaar, of soms in samenwerking aan de slag zijn rondom complexe situaties.

Maatschappelijke psychiatrie

Als reactie hierop zijn enkele welzijnsorganisaties (onder andere MJD, een welzijnsorganisatie in Groningen) ook 'maatschappelijke psychiatrie' aan gaan bieden. Geconstateerd werd dat veel GGZ-cliënten in de wijken niet de juiste hulp kregen, of dat de GGZ-instelling onvoldoende aansluiten bij de behoeften. Met deze maatschappelijke psychiatrie werd een verbinding gemaakt tussen zorg en welzijn. De GGZ-deskundigheid werd onderdeel van de samenwerking met het welzijnsteam. Korte lijnen, sneller schakelen door lage drempels tussen professionals, en GGZ-kennis delen worden als grote voordelen genoemd. Hoewel het team maatschappelijke psychiatrie mensen met psychische problemen behandelt en begeleidt en tegelijkertijd aandacht besteedt aan knelpunten rond werk, wonen, opvoeden en financiën is de focus nog altijd gericht op geïndiceerde DBC zorg. Voor aanmelding is een verwijzing van de huisarts nodig. De financiering van de behandeling vindt plaats middels DBC. De financiering van de ondersteuning in de wijk komt echter uit de WMO. De nadruk van de aanpak en de financiering is door deze aanpak meer op de leefwereld geconcentreerd.

2.1.2 Samenvatting

In de afgelopen decennia is het een vanzelfsprekendheid geworden dat de vraag om hulp of ondersteuning van mensen met geestelijke gezondheidszorg problemen grotendeels door de specialistische GGZ-instellingen wordt geleverd.

Er is een ontwikkeling op gang gekomen dat deze instellingen hun cliënten zijn gaan volgen tot in de wijk. Recent is dit opnieuw vastgelegd in het bestuurlijk akkoord GGZ. Veelal blijven de begeleidingscontacten van de GGZ beperkt tot de individuele cliënten die begeleidt worden en waar mogelijk in samenwerking met direct betrokkenen rondom een cliënt. De wijk met haar mogelijkheden tot participatie en integratie blijven veelal onbenut.

Tegelijkertijd geven vanaf de eeuwwisseling de begrippen zorgwekkende zorgmijders, dak en thuislozen en multiprobleem gezin kleur en inhoud aan de hulpverlening in complexe situaties in de wijken. Hierdoor is een enorme groei van allerlei meldpunten en netwerken ontstaan.

Het is niet altijd duidelijk welk maatschappelijk rendement deze manier van werken oplevert.

Onder druk van de financiële en economische crisis begint het bewustzijn van de politiek, instellingen en gemeenten te groeien dat de zorg in complexe situaties (ook de GGZ-zorg in wijken) meer mensgericht, maatschappelijk ingebed en economisch houdbaar georganiseerd moet worden. De aangekondigde transitie in de Jeugdzorg, WMO/AWBZ en Werk en Inkomen leveren nieuwe uitdagingen op voor beleidsmakers, uitvoerende hulpverleners en de wijkbewoners. Het rapport 'Regie aan de poort' (RVZ, 2012) geeft de contouren voor nieuwe vormen van samenwerking tussen zorg en welzijn. Centram/IJsterk kunnen de aanbevelingen uit dit rapport mee laten wegen in de keuze voor een scenario voor de wijze waarop GGZ-deskundigheid kan integreren in een welzijnsteam.

2.1.3 Lokale ontwikkelingen in Amsterdam.

Amsterdam is meegegroeid of heeft soms het initiatief genomen in de bovengeschetste trends en ontwikkelingen. We beschrijven, deels op basis van netwerk verkenning, deels op basis van verkennende gesprekken, hier een aantal ontwikkelingen.

Specialistische GGZ: Arkin

Arkin, de ggz organisatie die ook werkzaam is in de Oostelijke Binnenstad, moet in 2013 ten minste 12 miljoen bezuinigen en de daarop volgende jaren misschien nog wel meer. Zij heeft zich in haar strategisch plan Sterk in de stad (2011-2014) duidelijk uitgesproken om zich te gaan richten op complexe zorg. Zij opteren om lichtere vormen van geestelijke gezondheidsproblemen in de eerste lijn uit te voeren. Zij vinden dat deze daar dan wel voldoende voor moet zijn toegerust. Om dit te bevorderen willen ze zelf het initiatief nemen. Men ziet dat de gemeente de regie meer in handen krijgt en verwacht dat door de integrale financiering de toegang tot allerlei welzijnsvoorzieningen en woonbegeleiding gemakkelijker gaat worden. Vanuit de afdeling eerste lijn en preventie heeft men ruimte om nieuwe wegen te onderzoeken en denkt men na over nieuwe organisatie structuren waarin de basis GGZ vorm kan krijgen. De financiering van de POH-GGZ wordt met ingang van 2013 geflexibiliseerd. Hierdoor kunnen de POH-ers ook buiten de huisartsenpraktijk worden ingezet. Men wil bij Arkin actief participeren in deze ontwikkelingen en is ook bereid om met POH-GGZ functionarissen te participeren in sociaal wijkteams. Op deze wijze kan dan duidelijk worden hoe een dergelijke samenwerking de sociaal wijkteams kan versterken.

Daarnaast werkt Arkin/Mentrum met haar (F)ACT-teams in de verschillende wijken. Deze teams richten zich op mensen met (ernstige) langdurige psychiatrisch problemen en werken laagdrempelig in de wijk. (F)ACT teams zijn gecertificeerde teams die daarvoor aan bepaalde eisen moeten voldoen. Certificatie eist een bepaalde werkwijze en personele invulling die ervan uitgaat dat een (F)ACT team alle problemen rondom een cliënt zelf moet kunnen aanpakken. Een dergelijke certificatie gaat uit van het door ontwikkelen van specialistische

GGZ en staat daarmee een integratie van medewerkers in sociaal wijkteams in de weg. De (F)ACT teams richten zich met eigen medewerkers op activering in de buurt. Medewerkers van Arkin/ROADS zijn daartoe in de (F)ACT teams geïntegreerd. Deze activiteitenbegeleiders, trajectbegeleiders en kwartiermakers richten zich daarbij op de wensen van de cliënten. Ze zien een wijkcentrum als een huis van de buurt. De kwartiermakers en trajectbegeleiders helpen om participatie te bevorderen. Aanwezigheid in het wijkcentrum geeft gelegenheid om gemakkelijker te verwijzen naar mogelijkheden in de wijk.

De trajectbegeleiding is gericht op het zichzelf overbodig maken. De cliënt heeft uiteindelijk zijn eigen activiteiten en steunsysteem. Wat wrikt is de perverse prikkel met betrekking tot de financiering. Continuering van de begeleiding levert geld op, burgers die het leven zelf oppakken niet. Daarnaast wordt ook duidelijk dat er op verschillende plekken dezelfde cliënten worden besproken. Dat is inefficiënt en niet wenselijk.

Samen DOEN.

De dienstverlening aan jeugdigen en volwassenen is sterk versnipperd in Amsterdam. Er is sprake van een veelheid aan aanbod, hulpverleners en organisaties met ieder een eigen specialisme, regels, protocollen, financieringsstromen, verantwoordingsseisen en coördinatiemechanismen. Om dit aan te pakken is in 2011 gestart met het programma Samen DOEN. Het programma Samen DOEN wil op een efficiëntere en effectievere wijze gaan werken voor de huishoudens met meerdere problemen in Amsterdam. De uitgangspunten zijn eigen kracht, ontschot budget en één regisseur met mandaat en doorzettingsmacht. Samen Doen organiseert hiertoe generalistische teams die samenwerken op buurtniveau.

Amsterdam wil voor eind 2012 veertien Samen DOEN buurtteams waaraan instellingen voor een vooraf bepaald aantal uren medewerkers leveren en die samenwerken op basis van een uniforme werkwijze. Deze Samen DOEN-teams organiseren ook de samenwerking van specialisten en generalisten op wijkniveau.

De Zichtbare schakel in Amsterdam.

Eerder in deze rapportage beschreven we de ontwikkeling van de Zichtbare schakel op landelijk niveau. In Amsterdam zijn in het kader van de Zichtbare Schakel momenteel 28 wijkverpleegkundige werkzaam. Zij zijn werkzaam bij Stichting Gezondheidscentra Amsterdam Zuid Oost), Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra, Cordaan, Osira en Buurtzorg Nederland. Een belangrijke sleutel van het succes van deze wijkverpleegkundigen is dat zij aan de slag mogen gaan zonder dat er sprake is van een geldige indicatie. In de praktijk blijken deze wijkverpleegkundige veel geestelijke gezondheidsproblemen tegen te komen. De GGZ signaleert deze problemen niet aangezien zij niet op een dergelijke wijze in de wijk werkzaam (kunnen) zijn. De GGZ heeft niet meegedaan bij de aanbesteding van de Zichtbare Schakel. Vanaf 1 januari 2013 wordt het budget voor de Zichtbare Schakel

overgeheveld naar de gemeenten. In Amsterdam gaat dat om ongeveer 10 miljoen euro. Dat geld wordt ingezet om de werkwijze te gaan borgen in de stad.

MOVISIE: Sociaal werk in de wijk

Het programma 'Sociaal werk in de wijk' van Movisie heeft als doel om professionals en maatschappelijke organisaties inhoudelijk en methodisch toe te rusten om vernieuwingen in beleid en uitdagingen in de samenleving op te kunnen pakken. Met het deelprogramma Samen werken in de wijk ondersteunt het programma, in samenwerking met de Hogeschool InHolland, de ontwikkeling van het sociaal wijkteam in de Oostelijke Binnenstad. Doel is om de methodiek te beschrijven aan de hand van alles wat er in de nieuwe ontwikkeling naar boven komt. Het doel is om de realiteit van het werken in de praktijk van de sociaal wijkteams overdraagbaar te maken.

2.1.4 Samenvatting

Amsterdam heeft de afgelopen jaren niet stilgezeten. Vanuit de gemeente, de organisaties instellingen en professionals in de wijk is een beweging op gang gekomen om het gebiedsgericht werken te stimuleren. Rondom complexe situaties en kwetsbare gezinnen is beleid omgezet in praktische werkwijzen in de wijk. Samen DOEN organiseert in Amsterdam de samenwerking van specialisten en generalisten met betrekking tot gezinnen waar meer problemen gelijktijdig spelen en verschillende instellingen gelijktijdig hun bemoeienis hebben.

Daarnaast worden sociaal wijkteams ontwikkeld. Deze teams bestaan uit medewerkers van welzijn en maatschappelijke dienstverlening. Ze zijn permanent in de wijk aanwezig en richten zich meer op signaleren, actief de vraag ophalen bij de bewoners, adviseren, doorspelen en verbinden, preventie, coachen, participeren en kwartiermaken. Er is nog geen duidelijke uitwerking van de inhoudelijke en organisatorische relatie tussen de sociale wijkteams en Samen DOEN.

Opvallend is de positie van de reguliere GGZ. Uit de gesprekken met medewerkers van Arkin/Mentrum blijkt dat de GGZ de opgave heeft om in de komende jaren een enorme bezuinigingsoperatie uit te voeren. Tegelijkertijd moeten zij een oplossing zoeken om haar deskundigheid en aanbod op wijkniveau te positioneren in een markt waarin ook andere partijen ook hun GGZ-aanbod aanbieden. De strategie die nu wordt gevolgd is om binnen de eigen organisatie te reorganiseren en daarmee een deel van de medewerkers en budget te richten op het werk in de eerste lijn en wijk. Daarmee maakt de specialistische GGZ een duidelijk stap richting de wijk. In het bestuurlijk akkoord wordt dit voorwaarts geïntegreerde ggz genoemd. De focus blijft hiermee wel gericht op het specialistische aanbod waarin psychiatrische ziekte, stoornissen en de bijbehorende specialistische behandel en begeleidingstrajecten centraal staan. De vraag is hoe de specialistische zorg zich integraal kan en gaat verbinden als zij meer in de wijk aanwezig zijn.

2.2 Financieel kader voor geïntegreerde GGZ in de wijk

In de komende jaren zal de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg, AWBZ en WMO drastisch veranderen. We zetten de ontwikkelingen op een rij.

Adviesaanvraag basis GGZ

In juni 2011 heeft Minister Schippers een opdracht gegeven aan VWS en de NZA om tot een advies te komen betreffende de basis GGZ. De adviesaanvraag en het uiteindelijke advies zijn te vinden op: http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Basis_GGZ.pdf

In het NZA-advies (december 2011) wordt geadviseerd om een belangrijk deel van de behandeling en begeleiding die nu in de specialistische GGZ plaatsvindt over te hevelen naar de generalistische GGZ. In het kort komt het advies erop neer dat:

- er een duidelijke knip komt tussen de specialistische en generalistische GGZ zorg
- de Basis GGZ twee hoofdfuncties krijgt: GGZ basiszorg en generalistische GGZ.
- in de GGZ-basiszorg er 7 functies worden onderscheiden: Niet geïndiceerde preventie, Diagnostiek basis, Zelfmanagement, Geïndiceerde preventie, Diagnostiek GGZ, Behandeling, Zorggerelateerde preventie
- de zorg aan cliënten met een stabiel en chronisch GGZ toestandsbeeld ook onder de uitvoering van de GGZ-Basiszorg valt.
- de huisarts ondersteuning verder uitgebreid moet worden
- de NZA de minister adviseert om de financieringssystemen voor lichte problematiek te vervangen voor een uniform systeem met helder zorgprestaties en vrije prijzen.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 - 2014¹

Vanwege de val van het kabinet is het advies nog niet verder uitgewerkt. Wel is er een Bestuurlijk Akkoord gesloten tussen VWS en veldpartijen (o.a. GGZ Nederland en NVVP). Het gaat om een serie afspraken om tot substantiële bezuinigingen te komen. De meest in het oog springende afspraak is om tot een beddenreductie van 30% te komen door ambulantisering. Ook is in het Akkoord vastgelegd dat de GGZ Basiszorg onderverdeeld wordt in:

- Huisartsenzorg en generalistische Basiszorg
- Generalistische Basiszorg.

Huisartsenzorg en generalistische Basiszorg. De huisarts wordt ondersteund door een team dat kan bestaan uit onder andere de POH-GGZ, de SPV of een andere hulpverlener zoals het

¹ <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>

AMW. Daarnaast bestaat de ondersteuning uit consultatieve dienstverlening door o.a. psychiater, psychotherapeut. Binnen het kader van deze ondersteuning – die altijd in samenhang met de huisartsenzorg wordt gegeven past ook de inzet van e-health, programma's gericht op versterking eigen regie, zelfmanagement en ondersteuning van de informele zorg. De ondersteuning speelt (in overleg met de huisarts, generalistische GGZ of de gespecialiseerde GGZ) een belangrijke rol bij de begeleiding van de stabiele chronische cliënt met psychische problematiek in de wijk.

Generalistische Basiszorg. De generalistische basis GGZ is alleen via de huisarts of andere hulpverlener toegankelijk. In de generalistische basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een DSM benoemde stoornis in combinatie met een gemiddelde tot lage beperking van het functioneren. Het gaat hierbij veelal om lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel. Het kan ook gaan om ernstige patiënten met stabiele problematiek die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel langdurige monitoring behoeven. De generalistische basis GGZ is ook verantwoordelijk voor goede nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie bij mensen die al behandeld zijn voor een psychische aandoening.

Het Bestuurlijk Akkoord is een duidelijke en voorlopig geslaagde, poging van de grote GGZ instellingen om ook generalistische basis GGZ te kunnen leveren. Het is nog te vroeg om daar conclusies aan te verbinden. Duidelijk is dat een voorwaartsgerichte specialistische GGZ een toename van stoornisgerichte zorg gaat opleveren, meer medicalisering van ondersteuning en hulp in wijken.

Uitbreiding POH-GGZ

De minister heeft de NZa opdracht gegeven de huidige POH-GGZ regeling uit te breiden: in 2013 kunnen huisartsen – als zij dit overeenkomen met zorgverzekeraars – de inzet van deze praktijkondersteuners verdubbelen van 4,5 naar 9 uur per week door een verhoging op het inschrijftarief. Eind 2012 publiceert de NZa de beleidsregel Huisartsenzorg 2013. Hierin verschijnt een prestatiebeschrijving POH-GGZ: een lijst met zorgactiviteiten die de praktijkondersteuners GGZ kunnen bieden. Huisartsen, verzekeraars en andere zorgaanbieders kunnen hiermee lokaal afspraken maken over hoe, waarvoor en in welke mate GGZ ondersteuning wordt ingezet. Voor 2013 staat een verdere uitrol van een structurele bekostiging en functionele inzet van de praktijkondersteuning vanaf 2014 op de rol.

Overheveling AWBZ naar WMO

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De gemeenten voeren de Wmo uit en leggen lokaal eigen accenten. Het huidige kabinet Rutte-Asscher wil dat de

gemeenten vanaf 2015, inspeland op lokale omstandigheden en zorgbehoeften van cliënten/burgers, deze ondersteuning, begeleiding en verzorging aan huis gaan leveren. Ze krijgen zelf de vrijheid om te bepalen wie de voorzieningen uit de Wmo het hardste nodig heeft. De financiering van dit beleid is nog lang niet uitgekristalliseerd.

Wel zijn er overleggen door de ministeries met veldpartijen gestart over onder andere hervorming van de langdurige zorg, de organisatie en bekostiging ervan. Duidelijk is inmiddels wel dat een passende financiering en bekostigingssystematiek noodzakelijk is om integraal, multidisciplinair samenwerken in wijken mogelijk te maken, zonder allerlei financiële of bekostigingsobstakels. Voor het uitrollen van sociaal wijkteams en de functies (bijvoorbeeld GGZ) die daar aan te koppelen zijn, blijft het nog onzeker wat gefinancierd kan worden. Voorlopig is praktisch denken en handelen en de huidige onzekerheid gebruiken om innovatief in de wijk aan de slag te zijn het adagium.

Financiering wijkverpleegkundige zorg.

In het regeer akkoord 2012-2016 is afgesproken dat er ook in de komende periode nieuw geld naar wijkverpleegkundige zorg zal gaan. Specifieke afspraken over besteding zijn voor zover ons bekend nog niet gemaakt. Tevens zijn er signalen dat de verpleegkundige zorg (waaronder wijkverpleging) onder de zorgverzekeringswet komt te vallen. De NZa zal hiertoe een specifieke beleidsregel ontwikkelen die nog niet beschikbaar is. Dit geld is dan in het bijzonder bedoeld om opbrengsten van de Zichtbare Schakel te borgen en uit te bouwen. Het biedt ook kansen voor de ontwikkeling van een introductie van een GGZ-wijkverpleegkundige. In dat verband onderzochten wij mogelijkheden voor een pilot met Cordaan, Psya-Zorg en Buurtzorg Nederland.

Fondsen en VWS

Het is te overwegen een pilot te starten waarin GGZ-wijkverpleging wordt ontwikkeld in een nader te bepalen setting van een sociaal wijkteam. Dit kan dan mede worden gefinancierd door een innovatiefonds van een zorgverzekeraar.

2.2.1 Samenvatting

Er is onder druk van politiek, zorgverzekeraars en beleid op gebiedsgericht werken veel gaande rondom de financiering. De afgelopen decennia is zorg, welzijn en ondersteuning bijna volledig los van elkaar gefinancierd. De huidige koers van integraal en multidisciplinair samenwerken, kan niet zonder een integraal werkend financierings- en bekostigingssystematiek. Voor veldpartijen en samenwerkende organisaties in de wijken kan de actuele onzekerheid over financiering een belemmering vormen om aan de slag te gaan. Het kan ook juist een uitdaging zijn om het lokale of landelijke beleid niet af te wachten en innovatief en creatief aan de slag te gaan.

Overheveling van budget van specialistische GGZ naar basis GGZ zou mogelijkheden openen om de huidige integrale wijkteams zo door te ontwikkelen dat ook ggz-deskundigheid daarin een stevige plaats krijgt.

2.3 Onderzoek: Uitkomsten buurtanalyse en interviews

2.3.1 Interviews met projectleiders en sociaal wijkteam

Gedurende de looptijd van het onderzoek zijn er een aantal gesprekken gevoerd met projectleider(s) Joke Westerhof (IJsterk) en Ineke Smeulders (Centram). De gesprekken waren noodzakelijk voor een optimale afstemming van het onderzoek en de uitkomsten op de eerste implementatiefase van het sociaal wijkteam. Een ander doel was het verzamelen en vaststellen van een lijst van beoogde gesprekspartners/sleutelfiguren voor het onderzoek.

Het onderzoek start in een fase dat er al activiteiten worden ontplooid om met het sociaal wijkteam aan de slag te gaan. Samen met de projectleider(s) zijn de kaders van deze innovatie verkend. Joke Westerhof heeft inmiddels, samen met de medewerkers van het sociaal wijkteam, een werkplan en planning opgezet. Het werkplan (2012, J. Westerhof: Overzicht GGW sociaal wijkteam Oostelijke Binnenstad: De Stip op de Horizon, 31 december 2012) voorziet in een overzicht van taken sociaal wijkteam, methodieken, een profiel van de sociaal werker, een tijdsbalk met activiteiten en aandachtspunten. Het sociaal wijkteam is vanaf september 2012 operationeel en volop aan de slag.

De gesprekken van de projectleiders en de onderzoekers levert een aantal afspraken op:

1. Het inpassen van GGZ deskundigheid vraagt om een nauwkeurige afstemming op de ontwikkelingen binnen het sociaal wijkteam. Voorlopig wil Joke en het sociaal team daar waar het kan aanhaken en samenwerking zoeken met GGZ partners in de wijk. Ook is het uitgangspunt dat de behoefte aan GGZ deskundigheid mede afhankelijk is van de wijkanalyse die medio oktober wordt uitgevoerd door het sociaal wijkteam.
2. Om een gewogen keuze te maken met betrekking tot een aantal scenario's is het van belang om naast de informatie uit het onderzoek ook nadrukkelijk de uitkomsten en conclusies van de wijkanalyse te betrekken bij het formuleren van de scenario's
3. Gedurende de looptijd van het onderzoek worden een paar afspraken gepland om samen met de projectleiders en de onderzoekers informatie uit te wisselen.

Ook wordt een afspraak met het sociaal wijkteam gepland om de uitkomsten van de buurtanalyse te bespreken en de mogelijkheden te onderzoeken van integratie van GGZ-deskundigheid *in* het team

Wijk-Buurtanalyse:

Op 13 november 2012 hebben wij de teamleden van het sociaal wijkteam gesproken. Het team is in opbouw en bezig om zichzelf te positioneren, zichzelf te voegen naar de rol van sociaal werker. In het gesprek wordt op verschillende momenten duidelijk dat de verschillende werkers moeite hebben met de schakeling van de traditionele functie (opbouwwerker, jongerenwerker of maatschappelijk werker) naar de functie van sociaalwerker.

In het gesprek komen er twee thema's aan bod:

1. Welke type GGZ-problematiek of signalen zijn opgevallen tijdens de wijkanalyse? En op welke wijze is de GGZ-zorg in de wijk georganiseerd?
2. Op welke wijze kan GGZ-deskundigheid geïntegreerd worden met het functioneren van het sociaal wijkteam?

Typering GGZ-problematiek:

Er komt een scala aan typering rondom GGZ-achtig gedrag, GGZ-problematiek voorbij:

- Een deel van de problematiek die gesignaleerd wordt heeft te maken met gedrag dat ontstaat onder invloed van de leefomstandigheden, maatschappelijke positie en persoonlijke kwetsbaarheid.
- De bewoners kennen hun kwetsbaarheden over het algemeen, maar weten onvoldoende de weg te vinden als het 'even wat minder gaat' of als ze 'van slag dreigen te raken'.
- Typering GGZ problematiek:
 - Onrust en dwangmatig gedrag na aankondiging renovatie in de buurt;
 - Psychiatrische labels die worden genoemd: borderline, persoonlijkheidsstoornis, depressie, soms in combinatie met een laag IQ;
 - Vaak gaat het om een bepaald soort gedrag dat moeilijk hanteerbaar is (door het team wordt dat ook wel onaangenaam gedrag genoemd). Het gaat om claimend gedrag, dwangmatig handelen w.o. verzamelen, vasthouden aan eigen starre manieren van doen, chaotisch in het hoofd, niet kunnen plannen of afspraken nakomen, grenzeloos zijn in contacten, strijd voeren met omgeving en professionals, door de grenzen op te zoeken;
 - Bij oudere bewoners gaat het om stemmingswisselingen, depressieve klachten of gedepriveerd zijn door de leef-woonomstandigheden. Ook vergeetachtigheid, angstig zijn of achterdocht;
 - Sommige bewoners zijn analfabeet en hebben bijbehorende problemen;
 - Wat wel werkt: kleine doelen en overzichtelijke, kleine stapjes zetten.

Typering sociaal maatschappelijke problematiek

- Contactarmoede in de buurt zoals missen van vaardigheid om contact te zoeken en vast te houden;
- Onbekendheid met bureaucratische wereld van procedures, loketten, regels, formulieren, etc.;

- Veel mensen hebben een combinatie van meerdere probleemvelden waarbij schulden hebben een hoofdkwestie is. Problematiek daarbij is dat mensen worden geacht in een schuldhulpverleningstraject te werken aan het oplossen van hun problemen maar op basis van hun gedrag, mogelijkheden, vaardigheden, mentale overzichten haken ze af, met alle vervolproblemen van dien;
- Een combinatie van vereenzaming, vervuiling en verzamelwoede;
- Bij Marokkaanse en Antilliaanse jongeren is er vaak sprake van een laat ontdekte schizofrenie of een daarmee vergelijkend psychiatrisch of psychisch toestandbeeld.

Ervaringen met de huidige organisatie van GGZ-zorg in de wijk

- Hoewel sommige bewoners een begeleiding of behandeling krijgen via een GGZ-instelling, is de ervaring dat de uitvoerende GGZ professionals niet herkenbaar zijn in de wijk, en vooral bij crisissituaties, dreigende escalatie niet bereikbaar zijn.
- Draaideurproblematiek van cliënten bekend met GGZ-problematiek. Men noemt dan cliënten die na een crisis de draad oppakken, maar kwetsbaar blijven voor terugval. Vaak is onduidelijk hoe die terugval eerder onderkend kan worden (bijv. door medebewoners, buurt) en wat een goede manier is om los van de professionals een medebewoner te ondersteunen daarbij. Hoe is die terugval überhaupt te voorkomen? (ontwikkelen van een steunstructuur)
- Persoonlijke contacten met hulpverleners in eigen netwerk (sociaal wijkteam) zijn behulpzaam om via korte lijnen GGZ-ondersteuning van gespecialiseerde GGZ zorg in te schakelen. Opgemerkt wordt dat deze persoonlijke contacten niet leiden tot een goed en formeel georganiseerde GGZ-ondersteuning in samenwerking met het sociaal wijkteam leidt.
- Een belangrijke conclusie is dat de onderzoekers nog te weinig concrete informatie van wijkbewoners met een beperking hebben over de vraag hoe zij zelf vinden dat ondersteuning, zorg en begeleiding georganiseerd zou moeten zijn. Vraag is ook in hoeverre de bewoners met elkaar al steun regelen of zelf signaalfuncties oppakken met betrekking tot buurtbewoners waar het niet goed mee gaat?

De afspraak is gemaakt dat beide onderzoekers in contact worden gebracht met een groep cliënten uit de wijk.

Preventie:

- Eerder bestond er consultatie door spv-en (1 x per 6 weken doorspreken van lastige situaties. Dat is nu verdwenen. Er is wel behoefte aan (zou een vorm van organiseren kunnen zijn om GGZ deskundigheid te koppelen aan het sociaal wijkteam).
- Samenwerken in dementieketen zorgt voor meer afstemming op zorg en preventie.
- Het sociaal wijkteam wil ook aan belangenbehartiging doen voor groepen in de wijk.

- Bewoners ondersteunen om de weg te vinden naar dagactivering via de Witte Boei of andere initiatieven in de wijk.
- Met betrekking tot het Samen DOEN project geeft het team geeft aan dat er nu twee initiatieven naast elkaar gaan lopen, het Samen DOEN team en het sociaal wijkteam. De doelgroep heeft meer overeenkomsten dan verschillen. Hoewel het samendoen team ook deels bemenst wordt uit het sociaal wijkteam team van Centrum/IJsterk lijken de werkwijze naar elkaar te gaan toe groeien. Wat betekent dit voor de samenwerking in de wijk?
- Duurzaamheid organiseren van het op wijkniveau samenwerken met verschillende partners.
- Met betrekking tot jongeren zijn er 12- en 12+ netwerken in de wijk, maar zonder deelname van Mentrum.
- Duidelijk is dat het sociaal wijkteam blinde vlekken heeft met betrekking tot het aanbod en de inzetbaarheid van professionals bij GGZ-problematiek
- Er is consensus over het invoegen van een SPV/GGZ-wijkverpleegkundige in het team. Voorlopig niet integreren. Maak korte lijnen en overleg waar mogelijk. Specifieke vraagstukken worden altijd eerst binnen eigen team besproken en voor zover mogelijk zelf en met bewoner opgelost. Wanneer gewenst wordt extra deskundigheid ingezet, geconsulteerd of verwezen.
- Ervaringsdeskundigheid is nu nog niet structureel ingebed. Hoe dit te organiseren is nog een open vraagstuk. Wel onderkennen de teamleden dat ervaringsdeskundigheid veel te bieden heeft met betrekking tot lotgenotencontact, zelfhulpgroepen. Mogelijk kan het sociaal wijkteam daar in de nabije toekomst veel meer gebruik van gaan maken (preventie op groepsniveau)

2.3.2 Interviews met sleutelfiguren en organisaties in de Oostelijke Binnenstad

Aan de hand van een lijst met namen van stakeholders en sleutelfiguren zijn de onderzoekers op pad gegaan. De lijst met geïnterviewden vindt de lezer in de bijlage 1

Buurtbewoners

Hoewel we meerdere gesprekken met buurtbewoners wilden uitvoeren is dat door de intensiviteit van dergelijke gesprekken en de voor de opdracht beschikbare uren niet gelukt. Medewerkers van het sociaal wijkteam hadden het voornemen om ons in contact te brengen met een groep bewoners. Dat is mede om eerder genoemde redenen niet gebeurd.

We hebben ons wel georiënteerd op de mogelijkheden om in een latere fase met bewonerscommissies in contact te treden over de wijze waarop het programma van eisen met betrekking tot de invulling van geestelijke gezondheidszorg in de wijk kan worden vormgegeven. Op Oostenburg is een actieve bewonerscommissie (www.oostenburg-complex.nl). Ook in de Czaar Peterstraat (www.n42.nl) en op het Entrepotdok

(www.bcentrepodok.nl) zijn stevige bewonerscommissies waarmee het gesprek hierover kan worden aangegaan.

Ook spraken we uitgebreid met een actieve buurtbewoonster.

Gesprek met mevrouw M. R.

Mevrouw woont in de buurt en is GGZ ervaringsdeskundige. Zij vertelt dat de bewoners elkaar goed in de gaten houden, en vaak al veel sneller signalen opmerken dan (zorg)professionals. Vaak hebben buurtbewoners al onder elkaar zaken geregeld en lossen problemen zich op zonder tussenkomst van professionals.

Zij heeft altijd een baan gehad, maar nu niet meer. Heeft veel talent en lijkt op basis van wat zij zegt een sleutelfiguur in de buurt waar ze woont. Organiseert mee en is betrokken bij initiatieven in de wijk of buurt.

Ze vindt dat situaties met bewoners waar het niet goed mee gaat, snel uit de hand kunnen lopen. Vooral als er niet op tijd wordt opgetreden. Haar ervaring is dat lang wachten met professionele actie of ingrijpen altijd meer (over)last geeft voor de persoon in kwestie en de buurtbewoners.

Ze heeft behoefte aan een betrouwbare en snel bereikbare GGZ-hulp. Een POH-GGZ zou een aangewezen persoon kunnen zijn, mits zij niet alles problematiseert of onnodig ingewikkeld maakt. Soms heeft zij - en volgens haar meer (ex)cliënten in de wijk - behoefte om een aantal zaken weer even op de rij te zetten. Die aandacht en kortdurende interventie is vaak al voldoende en een goede voorspeller dat ze de draad weer zelf op kan pakken (dus geen verwijzingen, maar dichtbij en laagdrempelig).

Organisaties in de Oostelijke Binnenstad

We hebben met een groot aantal organisaties gesproken die betrokken zijn bij de zorg in het centrum van Amsterdam. De meeste interviews hebben mondeling plaatsgevonden, soms telefonisch. Van een aantal van deze gesprekken doen we hier verslag.

Gezondheidscentrum De Keijzer en POH-GGZ

In het mailcontact dat we hebben gehad met de POH-GGZ van gezondheidscentrum De Keijzer is gebleken dat zij een geïsoleerde positie innemen ten opzicht van de wijk. De POH-GGZ behandelt mensen die door de huisartsen verwezen worden kortdurend in de praktijk. De POH-GGZ werkt in de praktijk en er zijn geen daadwerkelijke verbindingen of samenwerkingsverbanden met teams in de wijk. De POH-GGZ geeft aan geen tijd te hebben voor een mondeling of telefonisch interview. Wel is eerder de bereidheid door het hoofd eerste lijn en preventie van Arkin aangegeven om vanaf 2013 met een POH-GGZ te participeren in het sociaal wijkteam. Een dergelijk aanbod zal dan nader moeten worden uitgewerkt. Een dergelijk aanbod past uitstekend in het beeld dat in het rapport Regie aan de Poort (RVZ, 2012) wordt geschetst.

Buurtgenoten nieuwe stijl (Mentrum/Roads/Cordaan/De Regenbooggroep)

In 2008 is een samenwerkingsproject (Buurtgenoten) van start gegaan op de Oostelijke eilanden tussen IJsterk, Mentrum (Langdurige Transmurale Zorg), Cordaan (DAC) en de Amsterdamse Vriendendiensten om de informele zorg en welzijn te bevorderen tussen mensen met psychische en/of psycho/sociale problemen. Het project was op een dood spoor terecht gekomen en is medio 2012 nieuw leven ingeblazen (Buurtgenoten nieuwe stijl).

Wij spraken met Arthur Hokkeling, herstellzorg projectleider en trajectbegeleider van het (F)ACT team en Marieke Starreveld, kwartiermaakster beide verbonden aan de moederorganisatie van Mentrum en Roads, Arkin.

Volgens beiden ziet Arkin veel kansen om voor een laagdrempelige inbedding van GGZ in de wijk. Ze pakken dit zelf aan met eigen (F)ACT teams. De teams richten zich op activering in de buurt. De wensen van burgers zijn daarbij uitgangspunt. Ze zien het wijkcentrum als een huis van de buurt.

Met de ondersteuning richt de trajectbegeleiding uit het (F)ACT team zich op het bouwen en verstevigen van een eigen activiteiten en steunsysteem van de cliënt waardoor de specialistische begeleiding overbodig wordt. Volgens de geïnterviewden ondermijnt de huidige wijze van financiering, om te komen tot een dergelijke overbodigheid, hun werk. Het actief zijn en bezig blijven met een cliënt wordt immers gefinancierd. Wil je werkelijk gaan activeren en cliënten daarin zelf hun weg laten bepalen dan moet het professionele aanbod minder op de voorgrond staan. En de praktijk leert dat de weg naar meer zelfregie met vallen op staan gepaard gaat. De vraag van een cliënt om tijdelijk weer even gebruik te maken van een deel van het aanbod kan alleen maar worden gehonoreerd als de persoon weer wordt ingeschreven in de GGZ. Arthur is wel van mening dat zijn halve dag per week aanwezigheid in de Witte Boei bevorderlijk is voor de samenwerking met de werkers in het sociaal wijkteam. De GGZ kan op deze wijze ook helpen om participatie te bevorderen. Aanwezigheid in Witte Boei geeft gelegenheid om gemakkelijker te verwijzen naar mogelijkheden in de wijk.

De vraag is hoe de activiteiten van het (F)ACT team zich verhouden tot de initiatieven van Centram/IJsterk. De geïnterviewden vertellen dat cliënten zowel bij het sociaal wijkteam bekend zijn als bij een (f)act team. Dit lijkt inefficiënt en niet wenselijk.

De geïnterviewden zien wel heil in het actief deelnemen aan sociaal wijkteam. Het geeft een laagdrempelige benadering van GGZ problematiek. Sneller verbinding te maken met aanbod vanuit zorg. Ook zij schatten in dat de gecertificeerde (F)ACT teams hun autonomie en eigen status niet gemakkelijk opgeven om intensief samen te werken of mogelijkwerwijs een deel van de deskundigheid in te bouwen in het sociaal wijkteam.

Mentrum is van plan om de (F)ACT teams te herhuisvesten. Mogelijk is dit een aanleiding om in gesprek te gaan over het koppelen of integreren van medewerkers aan sociaal wijkteams. Mogelijk kun je denken aan een satelliet van het (F)ACT team in het sociaal wijkteam. Daarbij

kan dan ook nader worden bekeken wie welke cliënten met geestelijke gezondheidsproblemen gaat bedienen.

MoleMann Tielens

Molemann-Tielens heeft op de Hoogte Kadijk De Brouwerij geopend. In deze polikliniek behandelen ze mensen met psychotische klachten en klachten die hieraan gerelateerd zijn. Zoals (gedachten)beïnvloeding, bijzondere ervaringen of psychotische stress. Zij bieden meer dan psychiatrische behandeling. Cliënten hebben behoefte aan psychiatrische hulp, maar daarnaast ook aan ondersteuning in praktische zaken. Velen hebben last van overspannenheid, eenzaamheid en uitsluiting van werk en scholing. Daarom bieden zij gastvrijheid en een divers en interessant aanbod. Scholing en arbeidsprojecten bijvoorbeeld. Of muziekles, yoga, sport en voeding. Cliënten kunnen bij hen lunchen, netwerken en hun praktische zaken regelen. De professionele medewerkers zijn hoog geschoold en getraind in een persoonlijke 'niet-psychiatrische' benadering. Voor behandeling is een verwijzing nodig van de huisarts of behandelend arts.

MoleMann Tielens wil, volgens de heer Meyboom, de lokale manager, een organisatie in de wijk zijn die aanzet tot community vorming. In haar bejegening richt ze zich op het aanbieden van een veilige, ontmoetingsplek van mensen met beperkingen en buurtbewoners.

In de bejegening van cliënten en verwijzers willen ze vooral uitblinken in bereikbaarheid, snelheid van handelen, ontmoetingen arrangeren en maatschappelijke omstandigheden aanpakken waarin cliënten zich bevinden. Herstel als concept hebben ze hoog in het vaandel. Nu begeleidt het team ongeveer 60 cliënten, maar is gericht op een groeiscenario naar 120 cliënten, verdeeld over de stad Amsterdam. Een deel van de cliënten komt uit de Oostelijke Binnenstad.

Ze zijn zich bewust van de meerwaarde om samen te werken met andere partijen en aanbieders in de wijk. Ze willen zich gaan 'hechten' in de buurt. Dat resulteert onder andere in het maken van verbindingen met de buurtwinkel en buurthuis. Hoe kunnen cliënten daar mogelijk een daginvulling krijgen. Ook staat de deur/locatie open voor buurtbewoners die een feestje willen organiseren.

René heeft nog geen contact met de verschillende wijkteams en vraagt zich af of ze er zijn en hoe ze zich bekend maken. Hij vindt dat wijkteams verschillende functies/deskundigheden moeten herbergen

Buurtzorg Nederland

De heer B. Lammers is in dienst van Buurtzorg Nederland en is als adviseur betrokken bij innovaties op het gebied van jeugdzorg, wijkzorg en GGZ. Buurtzorg Nederland is in Amersfoort een eerste pilot gestart om GGZ-zorg te integreren in een wijkteam. Er wordt geëxperimenteerd met een belangrijk uitgangspunt, namelijk: de cliënt organiseert zijn hulpverleners om zijn vragen heen, niet het aanbod of de hulp is daarin leidend.

Hij vindt het wel opvallend hoeveel moeite het kost om bijvoorbeeld SPV-en te contracteren die bovenstaande principe kunnen hanteren. Hij noemt het een algemeen beeld van veel hulp en zorgverleners om eerst te denken vanuit zichzelf en het aanbod. Hij ziet voor dit moment geen redenen om aan te sluiten bij initiatieven binnen het sociaal wijkteam van Centrum/IJsterk.

Vriend GGZ

Mevrouw T. Over is directeur van Vriend GGZ, een nieuwe organisatie in de GGZ zorg; ze ontwikkelt en voert samen met haar klanten hulpverlenings- en ondersteuningsprogramma's uit. Vriend GGZ is onder andere actief in Amsterdam. Het doel is om mensen te helpen hun hun klachten en beperkingen zelf te leren managen (beheersen, terugdringen, hanteren). Daarbij gaat ze ervan uit dat cliënten de noodzaak en wenselijkheid van behandeling zelf bepalen. Ze doen dit door actief gebruik te maken van de ervaring van lotgenoten.

Cliënten (her)vinden door de ondersteuning hun sociale en maatschappelijke rollen en activiteiten. Dit gebeurt in de sfeer van werk, vrijwilligerswerk, zorgtaken, hobbybeoefening, scholing en opleiding enzovoort. Niet helpende hulpverlening wordt afgebouwd bijvoorbeeld door het verminderen van ineffectief medicijngebruik (verslaving). Thea wil onderzoeken of het mogelijk is om met de expertise van Vriend GGZ een rol te spelen in de sociaal wijkteams.

Cliëntenbelang Amsterdam

Mevrouw G. Groutar is projectleider van het Amsterdams Makelpunt. Het is opgezet door Cliëntenbelang Amsterdam als pool voor ervaringsdeskundigen. Het wil meer continuïteit bieden aan ervaringsdeskundigen en de kwaliteit en de kwantiteit verbeteren. Het Makelpunt biedt daartoe begeleiding, intervisie en masterclasses. Mevrouw Groutar oriënteert zich met het Makelpunt ook op activiteiten voor ervaringsdeskundigen buiten de geestelijke gezondheidszorg. Daartoe heeft een project gelopen waarin twee ervaringsdeskundigen een stage konden lopen in de schulddienstverlening van Centrum.

In een evaluatie van dit project wordt de stage positief beoordeeld en het voorstel gedaan om in een vervolgproject twee ervaringsdeskundigen te laten plaatsen in het sociaal wijkteam. Aangezien het sociaal wijkteam nog in een opstart fase verkeerd, is dit plan nog niet ten uitvoer gebracht.

ROS/Eerstelijnszorg Amsterdam

De regionale ondersteuningsstructuur (ROS) eerstelijnszorg Amsterdam richt zich op de ondersteuning van nieuwe ontwikkelingen van de eerste lijn. Mevrouw M. Duijster is regio adviseur voor Amsterdam Centrum en heeft tevens de ontwikkeling van de GGZ in de eerste lijn en de wijkverpleging in haar portefeuille. Haar collega A. van der Veldt is regio adviseur in Nieuw West en ondersteunt de bestuurlijke werkgroep van huisartsen die zich bezighoudt

met eerste lijns GGZ. Beide bevestigen dat de huidige extra financiering (Zichtbare schakel) van wijkverpleging bedoeld is om de wijkverpleging in de wijken te borgen. De kans dat er in de nieuwe plannen (medio 2015) van het kabinet ook financieringsruimte komt voor eerste lijns GGZ achten zij niet groot.

Ze wijzen op een convenant tussen Achmea en de gemeente Amsterdam waarin is vastgelegd dat beide zich zullen inzetten om de zorg dichterbij de mensen in de wijk te brengen. Ze constateren dat de GGZ instellingen hun specialisten meer in de eerste lijn positioneren. Tevens signaleren zij dat het voor GGZ cliënten moeilijk is om tegen het administratieve en institutionele geweld van grote instellingen op te boksen.

De gedachte waarin de basis GGZ, losgeknipt van de specialistische GGZ, beschouwen zij als een belangrijke en in veel opzichten, innovatief en uitdagend vraagstuk. Overheveling van budget en functionarissen vanuit de specialistische GGZ naar de wijk is daarbij een belangrijke voorwaarde. Volgens de geïnterviewden zouden Achmea en de gemeente Amsterdam daarbij het initiatief moeten nemen.

Dienst Wonen Zorg en Samenleving Amsterdam

Mevrouw M. Dam is projectleider Zichtbare Schakel in Amsterdam en mevrouw N. Boesveldt projectleider ambulantisering van GGZ en accountmanager voor Regenbooggroep (dagbesteding OGGZ). Ze werken beiden voor de Dienst Wonen, Zorg en samenleving.

We spreken hen om nader te onderzoeken wat DWZS en de Zichtbare schakel kan bijdragen aan de ontwikkeling van GGZ in de sociale wijkteams. Zij geven aan dat wijkverpleegkundigen ook veel GGZ-achtige problematiek en signalen tegenkomen. Er wordt door de wijkverpleegkundigen praktisch gewerkt en zaken snel en met korte lijnen geregeld. Nu al levert deze werkwijze in vergelijking met de reguliere thuiszorg veel economische winst op. Geen ingewikkelde procedures, geen grote overhead, snel schakelen met hulp, zorg of ondersteuning die voor handen is.

Ten aan zien van teams in wijken schetsen de geïnterviewden een beeld waarin er verschillende type van sociale teams in de wijken aan het werk zijn en er geen of nauwelijks sprake is van verbinding of samenvoegen van doelstellingen. Momenteel loopt het gemeentelijke programma van Samen DOEN in de buurt. Buurtteams die zich richten op een groep kwetsbare huishoudens in Amsterdam. Uitgangspunt bij deze nieuwe vorm van ondersteuning is (1) het huishouden organiseren op basis van eigen kracht, (2) integraal plan betaalt vanuit een ontschot budget en (3) één regisseur met mandaat en doorzettingsmacht, werkend vanuit generalistische teams op buurtniveau.

Beiden zien voorlopig geen koppeling tot stand komen met het initiatief van een sociaal wijkteam in de oostelijke binnenstad. Met betrekking tot het sociaal wijkteam in Oost komen ze wel met de gedachte om dit team ook een duidelijke GGZ preventieve functie en taken mee te geven. Volgens hen is het de moeite waard om een indicatievrije GGZ schakel (GGZ-wijkverpleegkundige) aan een sociaal wijkteam toe te voegen. De taak van deze ggz-

wijkverpleegkundige zou dan veel meer komen te liggen bij preventie, opnamevoorkomende interventies, nazorg.

Het interview bevestigt het beeld van de onderzoekers dat parallel aan elkaar er verschillende vormen van multidisciplinaire samenwerking op wijkniveau wordt georganiseerd, vanuit verschillende institutionele en gemeentelijke belangen. Maar dat bij dit soort projecten niet of te weinig vanuit de behoefte van de wijk en haar bewoners wordt geredeneerd.

3. Onderzoek: Conclusies en bouwstenen ontwerpeisen voor samenwerkingsscenario's

3.1 Conclusies

1. Transitie naar gebieds en wijkgericht

Er is een massieve beweging op gang gekomen om burgers meer vanuit hun eigen kracht en verantwoordelijkheid aan te spreken. Tegelijkertijd komt het proces op gang over nieuwe taakverdelingen van publieke verantwoordelijkheden op meerdere niveaus, wat ook herkenbaar is in het werkgebied van Centram/IJsterk:

- Tussen verschillende sectoren, professionals en dienstverleners (Wie doet wat binnen integrale dienst-hulpverlening)
- Tussen burgers en professionele dienstverleners (Wat is nog de verantwoordelijkheid van de professional, wat kan de burger zelf oppakken en doen?)
- Tussen rijksoverheid en lokale overheden (Hoever reikt de decentralisering van publieke verantwoordelijkheden en waar blijft het Rijk verantwoordelijk voor)

2. Verkokerde hulpverlening en gebrekkige aansluiting zorg en welzijn

Vanuit verre gaande specialisering en verkokering van de hulpverlening zijn hulpverleners doorgaans gericht op enkelvoudig problematiek waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Of hulpverleners lossen meervoudige problematiek op vanuit de eigen organisatie. Hoewel in beleidsrapporten en gemeentelijke kaders integraal werken een belangrijk agendapunt is, blijkt dat de dagelijkse praktijk weerbarstig is. Er wordt veel gepraat over integraal werken en het integraal organiseren van aanbod. Veelal blijkt onbekendheid met elkaars werkwijze, verschil in cultuur, onvoldoende inzicht in de sociale kaart (wie is er allemaal in de wijk Centrum Oost en wat doen ze?) en financiering het werkelijk integraal werken in de weg te staan.

Uit het onderzoek blijkt dat de werelden van zorg en welzijn ook in het gebied Centrum Oost nog veelal langs elkaar heen werkt, vanuit eigen rijstroken op dezelfde snelweg. Het onderliggende ontwerpprincipe lijkt te zijn: blijf vooral doen waar je goed in bent en zoek via netwerk en ketensamenwerking oplossingen voor meervoudige vraagstukken in de wijk. Geïnterviewden noemen korte lijnen, informele ingangen bij instellingen en elkaar beter leren kennen als positieve uitkomst van het werken in netwerken. Toch lijkt er een

verzadiging op te treden op de werkzaamheid van de netwerkachtige manier van samenwerken en zijn vooral professionals er aan toe om over de grenzen van de eigen instelling samen op te trekken in de wijk.

3. *Eerstelijnszorg in de wijk: eigen schaal en financiering*

De afgelopen decennia zijn alle partijen in de eerste lijn zich op een eigen wijze gaan ontwikkelen en zich naast elkaar als kleine bedrijfjes met eigen financiering en schaalgrootte gaan vestigen (huisarts + POH-GGZ, maatschappelijk werk, fysiotherapie, verloskundigen, wijkverpleegkundigen en psychologische zorg). In de ontwikkeling van het werken in sociale wijkteams is een cruciale vraag: wat wordt een optimale mix van samenwerkende disciplines gegeven de lokale situatie in Centrum Oost en de vragen naar zorg en ondersteuning die wijkbewoners hebben. Opvallend is onze observatie dat het gezondheidscentrum de Keizer voor wat betreft ggz-problematiek geen zichtbare aansluiting heeft en zoekt met de leefwereld in de wijk.

4. *Zoektocht naar het juiste loket en professional*

Typerend voor de geestelijke gezondheidszorg is dat de toegang tot het zorgaanbod in een wijk via vele loketten kan: huisarts, eerstelijns psychologen, bedrijfsarts, algemeen maatschappelijk werk, crisisdienst, vooruitgeschoven (f)actteams van Arkin, particulier gevestigd GGZ-aanbod (Molemann-Tielens). Deze diversiteit leidt eerder tot onoverzichtelijkheid dan tot een juiste toegang en aanbod. Professionals in de wijk vertellen ook dat bij crisissituaties of zorgwekkende signalen het veelal onbekend is welke hulpverlener of instelling schuilt gaar achter een bewoner met GGZ-problematiek. Het sociaal wijkteam benoemd ook de problematiek van de onzichtbare vraag, onbereikte groepen zonder actieve zorgvraag. In de eerste wijkanalyse komen ze met voorbeelden waaruit blijkt dat er wijkbewoners zijn die men graag wil toeleiden naar het juiste loket, omdat de situatie zorgwekkend is. Een direct toegankelijke POH-GGZ in de wijk of een sociaal wijkteam zou een mogelijke oplossing kunnen zijn.

5. *Geen prikkels tot preventie in wijken*

Er wordt door de GGZ instellingen en ggz-professionals voldoende aandacht besteed aan preventieve interventies op het gebied van psycho-educatie, voorlichting en consultatie. Deze zelfmanagement interventie is vooral gericht op het hanteren van de ziekte. En nog te weinig gericht op herstel van het dagelijks functioneren, tijdige signalering, participatie bevorderen of een proactieve benadering van kwetsbaarheid en complexe problematiek in de wijk. Hierin ligt een belangrijke functie voor het sociaal wijkteam. Maar dan zal preventie als een betaalde en te financieren functie opgenomen moeten worden in de bekostigingssystematiek van gemeente en zorgverzekeraar.

6. *Verkokerde financiering en verantwoording*

Integraal samenwerken in multidisciplinaire teams op wijkniveau kan niet zonder een financiering en bekostigingssystematiek die afgestemd is op de lokale situatie. Een dergelijke systematiek zou aan de volgende criteria moeten voldoen:

- Het biedt voldoende ruimte voor lokaal maatwerk vanwege specifieke (GGZ)zorgbehoefte;
- Het bevordert de professionele samenwerking tussen zorgaanbieders en stimuleert maatwerk verricht door wijkbewoners, bijgestaan door professionals
- Het biedt mogelijkheid om verschillende financieringsstromen te bundelen (Zvw, AWBZ, Wmo, WPG)
- Het moedigt behandeling en begeleiding van cliënten met een zware zorgbehoefte aan, door in de wijk aanwezige (zorg) professionals.

7. *Basiszorg en sociaal wijkteam*

Een recente ontwikkeling is gebaseerd op het rapport Regie aan de Poort. Het opent een nieuwe mogelijkheid om wijkgericht werken organisatorisch en professioneel in te richten met kleinschalige teams in een meer 'grootschalige' organisatiestructuur van welzijn en zorg met bijbehorende backoffice.

Het biedt Centram/IJsterk tevens de gelegenheid om samen met de plaatselijke zorgpartners invulling te geven aan de samenstelling van een basiszorgteam in combinatie met het sociaal team en samenwerking met informele zorg (door mantelzorgers en vrijwilligers).

8. *Wat willen bewoners?*

Hoewel de informatie over de wensen en behoeften van wijkbewoners beperkt is tot een uitvoerig gesprek met een wijkbewoner met GGZ ervaringsdeskundigheid en de opbrengst van de wijkanalyse van het sociaal wijkteam, wordt de volgende conclusie geformuleerd:

- Het interview met de wijkbewoner maakt duidelijk dat veel informatie over de noden en vragen van wijkbewoners die afhankelijk zijn van GGZ zorg niet rechtstreeks bij professionals terecht komt; ze ervaart als wijkbewoner aan den lijve wat de belangrijkste vragen en problemen zijn, zowel de algemene als de gezondheidsproblemen.
- De wijkanalyse geeft veel informatie hoe via de professionele bril gedrag van wijkbewoners als psychiatrisch, afwijkend of als zorgelijk wordt bestempeld. Een wijkanalyse laten uitvoeren door de bewoners zelf kan aanvullende informatie opleveren over (1) Wat de werkelijke behoeften zijn rondom ondersteuning op lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk gebied, (2) Wat de eigen oplossingen zijn die zonder tussenkomst van professionals of instellingen worden bedacht en uitgevoerd en (3) Op welke wijze de wijkbewoners ondersteuning in

de vorm van GGZ-deskundigheid vorm willen geven, met nadruk op samenredzaamheid en eigen kracht van wijkbewoners.

3.2 Bouwstenen en ontwerpeisen voor samenwerkingsscenario's

Op basis van het onderzoek en de conclusies formuleren we een aantal bouwstenen die de keuze voor de drie scenario's onderbouwen. Elk scenario bevat een aantal bouwstenen, afhankelijk van het type scenario dat we uitwerken.

1. Zie de bewoner als belangrijke bron van het programma van eisen. Bepaal mede aan de hand van de informatie van de bewoners hoe de GGZ-deskundigheid in de sociale wijkteams vorm krijgt.
2. Zie de wijkbewoner als 'coproducent' van dienstverlening, sociale cohesie en 'zorgsamenwerking'.
3. Betrek en mobiliseer wijkbewoners voor het oplossen van 'kleine' problemen (een wijkbewoner helpen bij het invullen van een formulier, een praatje maken bij iemand die vereenzaamt) en 'grote' problemen (vraagstukken van criminaliteit, psychiatrie in de wijk, eenzaamheid).
4. Versterk de maatschappelijke functie van het sociaal team door
 - de multidisciplinaire samenwerking, binnen en buiten het kader van het team, te organiseren op basis van resultaat: gezondheidswinst, participatie, zelfredzaamheid, lagere kosten
 - samenhang aan te brengen in de handelingsruimte van zorg-, maatschappelijke dienstverlenings- en welzijnsprofessionals in de wijk, gekoppeld aan een heldere verdeling van taken (taakherschikking in basiszorgteam en sociaal team) en verantwoordelijkheden en de samenhang met eventuele informele taken van wijkbewoners
 - een integraal en breed aanbod op maat van preventie, signalering (eventueel specialistische diagnostiek, begeleiding of behandeling in combinatie met zorginitiatieven van wijkbewoners
 - actieve samenwerking met aanbieders in de wijk, zoals wijkverpleegkundigen, Molemann, etc
5. Streef naar mogelijkheden voor meer efficiënte en effectieve dienstverlening (economische houdbaarheid):
 - door betere samenhang, verbinding en afstemming van diensten in de wijk kan overlap worden beperkt
 - directe communicatielijnen en concrete aanspreekpunten in de wijk (tussen professionals, burgers, instellingen) voor betere doorverwijzing van (geestelijke) gezondheidsproblemen en het landin van vragen bij het juiste loket, juiste professional of juiste wijkbewoner

- nastreven van substitutie: duurdere specialistische zorg voorkomen door de inzet van welzijnsinterventies, verbetering van woonsituaties of gebruikmaken van maatschappelijke steunsystemen
6. Versterk de basis zorg en sociale functie van het sociale wijkteam door de basis geestelijke gezondheidszorg in de eigen instelling te organiseren. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om integrale samenwerking en contextueel werken zelf te kunnen vormgeven.

4. Aanbevelingen: Beschrijving van scenario's

Op basis van het onderzoek en de bouwstenen stellen we drie scenario's voor, alle drie met een eigen antwoord hoe GGZ zorg te integreren.

We geven in grote lijnen een schets van de scenario's, en benoemen voor en nadelen. We onderscheiden een *Klassiek* scenario, een *Kanteling* scenario en een *Keerpunt* scenario.

Om ze te vergelijken zetten we de drie scenario's naast elkaar door middel van de volgende aspecten:

- Doelgroep
- Doelstelling en kernopgave
- Samenstelling team
- Basis GGZ functies
- Functies en taken
- Rol van de bewoners
- Voor en nadelen
- Voorwaarden voor de realisatie van het scenario

Doelgroep van de sociaal wijkteams (geformuleerd door sociaal wijkteam).

Mensen die al in een kwetsbare positie verkeren, mensen met armoede problematiek. Mensen die extra worden getroffen door diverse (bezuinigings)maatregelen en die als gevolg van deze problematiek moeite hebben zich staande te houden en mede daardoor in een kwetsbare positie komen en eenzaam zijn.

Doelstelling en kernopgave van het sociaal wijkteam.

Het bevorderen van de zelfredzaamheid van burgers, hun maatschappelijke participatie en de leefbaarheid van de wijk.

In het werkplan van het sociaal wijkteam is dat als volgt uitgewerkt:

- Wijkontwikkeling: veiligheid, armoede en aanpakken werkloosheid.
- Eenzaamheid en sociale cohesie: verbinden van mensen en organiseren van maatschappelijke steunsystemen.
- Oplossend vermogen van de wijk en haar wijkbewoners vergroten

- Ontwikkelen en onderhouden van duurzame samenwerking met burgers, professionals en vrijwilligers in de wijk
- En aanpakken van doelen die aan de hand van buurt analyse worden geformuleerd.

Samenstelling van het sociaal wijkteam.

Bij de samenstelling van het sociaal wijkteam volgen we de lijn van het werkplan. Het sociaal wijkteam bestaat uit sociaal werkers met de volgende achtergrond:

1. Maatschappelijk werker
2. Opbouwwerker
3. Ouderenadviseur
4. Cultureel werker
5. Kwartiermaker

Basis GGZ functies.

In de Basis GGZ worden de volgende functies onderscheiden:

1. Niet geïndiceerde preventie,
2. Diagnostiek basis,
3. Zelfmanagement,
4. Geïndiceerde preventie,
5. Diagnostiek GGZ,
6. Behandeling,
7. Zorg gerelateerde preventie

Voor elk scenario geldt dat deze functies op een eigen wijze wordt geïntegreerd.

Functies en taken.

In het werkplan wordt niet gesproken over functies maar taken. Het sociaal wijkteam richt zich op drie taken:

1. *Oprapen van vragen:* (a) signaleren via wijkanalyse en (b) hulpvragen in de wijk ophalen
2. *Maken:* (a) gericht op het inspelen m.b.v. bestaand of nieuw aanbod en op gang brengen van horizontale verbanden en (b) ontwikkelen van steunsystemen en waar nodig mensen koppelen aan bestaand of nieuw aanbod.
3. *Doorschakelen:* (a) signalen doorspelen of opschalen naar beleid, stadsdeel of derden en terugkoppeling en (b) warme overdracht naar derden en terugkoppeling

4.1 Scenario 1: Klassiek scenario.

Motto: Behouden en herschikken wat er is.

Het Klassiek scenario gaat uit van de huidige werkwijze, zoals in het werkplan van het team is verwoord. We gebruiken de term klassiek omdat het uitgaat van de al decennia bekende manier van systeemaanpassingen te weten geen principiële keuzes voor een andere inrichting, werken vanuit verschillende kolommen en sturen op (keten of netwerk) samenwerking.

Anno 2012 betekent dit voor de huidige specialistische GGZ dat zij een voorwaarts integrerende beweging richting de wijken maakt. Bij deze ontwikkeling wordt de samenwerking geborgd via afspraken met GGZ instellingen en soms ook met het gezondheidscentrum (inclusief de POH-GGZ). Er is een duidelijk onderscheid tussen de welzijnstaak en (G)GZ taak.

Op basis van het werkplan van het sociaal wijkteam kan dit scenario ook bestempeld worden als een groeimodel. Op termijn de GGZ integreren als de kans zich voordoet of 'dichterbij' organiseren (bijvoorbeeld POH-functionaris of SPV op consultatie basis in het sociaal wijkteam).

Doelgroep, doelstelling en kernopgave.

In dit scenario gaat het om samenwerkingsafspraken waarbij de klassieke grenzen tussen de instellingen overleefd blijven. Er is daardoor nauwelijks sprake van een integrale en op de context gerichte aanpak. Het ziekte model staat centraal en bewoners worden vanuit dat perspectief individueel benaderd en behandeld. Sociaal maatschappelijke problemen zoals eenzaamheid, sociale cohesie, veiligheid, armoede en werkloosheid worden veelal los van individuele geestelijke gezondheidsproblematiek benaderd. Duurzame samenwerking is gericht op het verbeteren van de structuren tussen professionals onderling en in veel mindere mate op het samenspel met burgers en de mogelijkheden van een wijk of buurt.

Samenstelling sociaal wijkteam.

De basis van het team wordt gevormd door de medewerkers van Centram/IJsterk. GGZ-deskundigheid is, indien nodig, op afroep beschikbaar in de persoon van bijvoorbeeld een sociaal psychisch verpleegkundige, woonbegeleider vanuit psychiatrische thuiszorg of ambulante begeleiding, of lid van een (f)act team.

Centram/IJsterk en Cliëntenbelang Amsterdam zien binnen dit scenario de mogelijkheid om een GGZ ervaringsdeskundige toe te voegen.

Rol van de bewoners.

Bewoners worden als consumenten benaderd (sociaal wijkteam haalt vraag op uit de wijk). Het aanbod wordt aan de hand van ervaringen van professionals maximaal op orde gemaakt zodat de samenwerking tussen de professionals op het moment van de vraag maximaal rendeert.

Voor en nadelen.

Voordelen	Nadelen
1. Flexibele samenwerking met alle partijen in de wijk	1. Burgers met extra (hulp of zorg) vragen worden verplaatst naar een volgend loket
2. Herkenbare plek als sociaal team in de wijk	2. Meer tijd nodig voor afstemming en regie. Extra overlegtijd tussen SOCIAAL WIJKTEAM en GGZ-specialisten
3. GGZ deskundigheid op afroep; geen onnodige inmenging van psychiatrie in wijkontwikkeling	3. GGZ-professionals nemen cliënten 'over' met o.a. psychiatrisering en stigmatisering tot gevolg
4. Elke instelling/partij kan zijn eigen belangen en aanbod blijven uitdragen	4. Mogelijk te veel nadruk op individualiseren van problematiek, en te weinig gericht zijn op maatschappelijk inbedding van GGZ problematiek
	5. Instellingsbelangen kunnen botsen met behoeftes vragen en belangen van bewoners.

Voorwaarden voor de realisatie van dit scenario.

1. Intensieve samenwerking met lokale aanbieders: strategisch

In dit scenario worden met Arkin en/of andere GGZ-aanbieders afspraken gemaakt over de wijze waarop zij willen samenwerken en medewerkers kunnen en willen inzetten om het sociaal wijkteam consultatief te ondersteunen en cliënten snel in behandeling te nemen als dat nodig is. Het kan dan o.a. gaan om verruiming van de inzet van POH-GGZ ook in de wijk, inzet van medewerkers van het (F)ACT team, medewerkers van b.v. Vriend GGZ of van Mollemann-Tielens.

2. Intensieve samenwerking met lokale aanbieders: operationeel

Het sociaal wijkteam zal als team continue tijd investeren in samenwerking aangaan en onderhouden (investeren op korte lijnen, snelle reactie tijd op incidenten of acute hulpvragen en transparantie van werkwijzen, gekoppeld aan zelfregie bewoners).

4.2 Scenario 2: Kanteling scenario.

Motto: Samen met bewoners aan de slag

De vraag van de bewoners staat in de Oostelijke Binnenstad in dit scenario voorop. De basis GGZ wordt in de wijk georganiseerd en ingevuld aan de hand van wat bewoners aangeven nodig te hebben. Geestelijke gezondheidszorg deskundigheid wordt dan op de maat toegevoegd aan de sociaal wijkteams of wordt rechtstreeks met bewoners gekoppeld. Dit betekent een duidelijke kanteling ten opzichte van de huidige structuur. In dit scenario wordt – bewoners gestuurd - aan de hand van hun behoeften, een aantal basis GGZ functies integraal opgenomen in het sociaal wijkteam. Met name de preventieve functies lenen zich daarvoor.

Hiermee stopt een groot deel van het direct individuele verwijzen naar de specialistische instellingen en wordt het mogelijk om geestelijke gezondheidsproblemen vanuit een contextuele benadering eerst op wijkniveau te benaderen. Daarbij wordt het ook mogelijk om andere expertise en de kracht van de wijk middels maatschappelijke steun in de wijk in te zetten. Het vertrekpunt zijn de bestaande of te ontwikkelen steunsystemen die op eigen wijze een deel van ondersteuning bij geestelijke gezondheidsproblemen voor hun rekening nemen. Hierbij geldt dat alles wat een mens, buurt of wijk zelf kan door hen wordt gedaan. Het sociaal wijkteam zal zorg, ondersteuning of andersoortige hulp alleen inzetten als dat echt nodig is, bijvoorbeeld in onveilige situaties of situaties waar (acuut) ingrijpen noodzakelijk is.

De realisatie van dit scenario stopt de voorwaarts geïntegreerde beweging van de GGZ en daarmee de psychiatrisering of medicalisering van de maatschappij. De wijk is in dit scenario de basis van waaruit wordt gehandeld. Het sociaal wijkteam zal veel energie en tijd gebruiken om samen met bewoners oplossingen te zoeken voor situaties waarin geestelijke gezondheidsproblematiek het sociaal en maatschappelijk functioneren belemmeren.

Doelgroep, doelstelling en kernopgave.

De doelgroep zijn in dit scenario in principe alle bewoners van de buurt. Een bijzondere groep hierbinnen vormen de mensen die als gevolg van hun psychische en psychiatrische problemen en/of beperkingen in een kwetsbare positie verkeren.

Samenstelling sociaal wijkteam.

Deze manier van werken vraagt om een voor de wijkbewoners herkenbaar sociaal wijkteam, dat signalen, acute vraagstukken rondom geestelijke gezondheidsproblematiek direct oppakt. Om snel te kunnen schakelen tussen vraag en antwoord is de aanwezigheid van GGZ-deskundigheid binnen het team een voorwaarde. De invulling van de GGZ-deskundigheid in het team is afhankelijk van de wensen van bewoners. Dit kan betekenen dat een SPV of POH-GGZ of GGZ ervaringsdeskundige wordt toegevoegd. De duurzame samenwerking is naast professionals nadrukkelijk ook gericht op vrijwilligers en andere bewoners. Dat kan tevens inhouden dat bewoners of bewonersgroepen denken aan andere expertise in de buurt of zelf een actievere rol op zich nemen.

Functies en taken:

De taken van het sociaal wijkteam worden deels bepaald op aanwijzingen van bewoners en professionals in de wijk. Gericht op het signaleren, herkennen, bereiken, ondersteunen en scheppen van participatieve voorwaarden voor mensen met ernstige psychische en/of psychiatrische problematiek in de wijk, die zelf niet in staat zijn de weg naar de hulpverlening te vinden.

Het takenpakket is zodanig ingericht dat integraal en contextueel te werken de basis is en in de uitvoering het mobiliseren van alle beschikbare krachten en middelen in de wijk de

bovenaan voert. Eenzaamheid en sociale cohesie worden evenals veiligheid, armoede en werkloosheid direct onderdeel van de aanpak.

Om een antwoord te geven op de vragen uit de buurt zal het sociaal wijkteam haar functies en taken uitbreiden met het uitvoeren van Basis GGZ functies. Te denken valt aan:

1. In overleg met de huisartsenpraktijk (gezondheidscentrum) bieden van ondersteunende en stabiliserende begeleiding van GGZ-problematiek: chronische, langdurige GGZ cliënten en zorg specifieke GGZ groepen.
2. Informeren en adviseren: advisering derden, consultatie en consult, psycho-educatie
3. Zorggerichte preventie verlenen: adviseren, informeren en voorlichten van een individuele cliënt, gericht op zelfmanagement
4. Selectieve of geïndiceerde preventie: adviseren, informeren en voorlichten van een groep cliënten, gericht op zelfmanagement, ondersteuning in de wijk
5. Toe leiden: outreachend voorbereidingen treffen om een cliënt te verwijzen, om een passend aanbod te realiseren, instellingen en professionals 'zorg of ondersteuningsbereid' te maken. En ook: een professional naar de cliënt toe leiden, een toenadering organiseren.

De rol van bewoners.

In deze uitwerking wordt door bewoners ondersteund door professionals een analyse gemaakt van de vragen maar ook van de mogelijkheden die er op het gebied van geestelijke gezondheidszorg in de verschillende buurten zijn. Hiertoe wordt via sleutelfiguren contact gezocht met verschillende buurt platforms en betrokken buurt organisaties. Deze komen met ondersteuning van professionals bij elkaar om de wensen en mogelijkheden te bespreken. Er ontstaat op deze wijze een invulling van de GGZ die volledig gefundeerd is in de buurt. Welzijn, zorg en samenleven worden integraal benaderd. Bewoners zetten zelf op allerlei manieren hun kracht en energie in om de kwetsbare bewoners te ondersteunen. Daarnaast wordt de inzet van professionals ingevuld aan de hand van de vraag van bewoners. Het motto voor het sociaal wijkteam is: geen aanbod, mits!

Voor en nadelen.

Voordelen	Nadelen
1. GGZ-deskundigheid integraal in huis: GGZ informatie uitwisselen en afstemmen; relevant en direct beschikbaar	1. Mogelijk te lang wachten met inschakelen van specialistische zorg
2. Het sociaal wijkteam wordt ook ervaren als lopend 'GGZ loket' in de wijk	2. Als er toch specialistisch zorg nodig is dan kans dat er meer tijd nodig is voor afstemming en regie
3. Oplossingen voor GGZ problematiek worden eerst in de buurtgezocht	3. Specifieke scholing vindt niet plaats op de werkvloer maar moet specifiek georganiseerd worden
4. Andere teamleden worden 'informeel' geschoold in	4. In sommige situaties mogelijk te weinig

omgangsvormen met soms 'moeilijke mensen'	specialistische mogelijkheden en ondersteuning.
5. "De wijk koopt zorg in" nieuwe zorgarrangementen waarbij professionals, cliënten en wijkbewoners samen optrekken	
6. Er is spaarzaamheid in definiëren van GGZ problematiek; normaliseren i.p.v. stigmatiseren	
7. sociaal wijkteam krijgt meer zicht op de sociale en maatschappelijk kanten van psychiatrische problemen.	
8. De werkwijze sluit aan bij bewoners in de wijk en geeft woorden aan hun ervaringen.	

Voorwaarden voor de realisatie van dit scenario.

1. Wijkanalyse

De voorwaarden voor de realisatie van dit scenario zijn in de eerste plaats gekoppeld aan wat bewoners(groepen) en sociaal wijkteam medewerkers in de wijkanalyse te weten (zijn ge)komen. Belangrijk daarbij is dat de invulling van het sociaal wijkteam plaats vindt aan de hand wat er op dat moment voor geestelijke gezondheidsproblemen in de wijk spelen, wat bewoners daarbij voor ervaringen hebben en mogelijkheden zien en ook wat er in de wijk reeds aan maatschappelijke steun beschikbaar is. Wij stellen voor om het Multiloog-model onderdeel te maken van de wijkanalyse. Dit is een effectieve gespreksmethode om bewoners, sociaal wijkteam medewerkers en lokale hulpverleners woorden te geven aan de ervaringen over psychiatrie en de eigen ervaringen met psychisch lijden. En het biedt een 'wijkplatform' om met elkaar na te denken over welke wijk, buurt of bewoneroplossingen bij geestelijke gezondheidsproblematiek in de buurt.

2. Borging van professionele GGZ in sociaal wijkteam

2.a Wij hebben op voorhand een aantal mogelijkheden onderzocht om snel te kunnen schakelen tussen de behoefte van bewoners en sociaal wijkteam en de gewenste GGZ-deskundigheid.

Allereerst kan worden gekeken naar de verruiming van de regeling voor de inzet van de POH-GGZ in 2013. Deze verruiming maakt het mogelijk een POH-GGZ echt in de wijk te stationeren. Arkin heeft reeds aangegeven bereid te zijn om met een dergelijke invulling van de POH-GGZ functie mee te willen werken.

Ook kan hierbij worden onderzocht of Arkin bereid is om budget over te hevelen in het kader van de in het bestuurlijk akkoord GGZ gemaakte afspraken m.b.t. de 30% extra ambulantisering.

2.b Vanaf 1-1-2013 is er een mogelijkheid voor wijkverpleegkundige om een zelfstandig contract af te sluiten met een zorgkantoor. Onderzocht kan worden of dit ook mogelijk is voor een sociaal psychiatrisch wijkverpleegkundige. Met Psya-zorg zijn contacten gelegd. Zij willen hier in 2013 mee gaan starten.

2.c Tot slot is te overwegen om in het kader van een uit te voeren pilot m.b.t. sociaal psychiatrisch wijkverpleegkundige in de Oostelijke Binnenstad financiering aan te vragen bij Stichting Achmea Gezondheidszorg of het Agis innovatiefonds (marjan.boekestijn.achmea.nl) of een ander daarvoor in aanmerking komend fonds.

4.3 Scenario 3 Keerpunt scenario.

Motto: alles in eigen hand.

Centram en IJsterk nemen zelf het voortouw om de organisatie van de maatschappelijke psychiatrie op zich te nemen. En via deze weg GGZ-deskundigheid in het sociaal wijkteam te realiseren. Dit kan doormiddel van het detacheren van een wijk-SPV in het sociaal wijkteam vanuit de eigen organisatie voor maatschappelijke psychiatrie. Hiervoor is het nodig om een eigen behandel erkenning aan te vragen bij VWS of deze erkenning via zelfstandige professionals te organiseren. Centram/IJsterk kan op basis van dit scenario AWBZ en DBC gefinancierde zorg verstrekken. Het vormgeven hiervan wordt bij de voorwaarden uitgewerkt.

Op deze wijze wordt het mogelijk om psychiatrische hulp, welzijn en maatschappelijke ondersteuning goed op elkaar af te stemmen zonder dat daarbij de belangen van verschillende categorale instellingen steeds parten spelen.

Sociaal-maatschappelijke, psychische en biologische aspecten van problemen worden in termen van vraag en aanbod geïntegreerd en in via de context van de wijk (bewoners, aanbieders, vrijwilligers) opgelost.

De realisatie van dit scenario stopt de voorwaarts geïntegreerde beweging van de GGZ en daarmee de psychiatrisering van de maatschappij. De wijk is in dit scenario de basis van waaruit wordt gehandeld.

Doelgroep, doelstelling en kernopgave.

De doelgroep is hetzelfde als in de vorige twee scenario's. Met dat verschil dat de beoogde doelgroep in dit scenario te maken krijgen met 1 loket. Alles functies en deskundigheid die nodig zijn om een antwoord te geven op vragen zijn direct voorhanden. Tevens kan in dit scenario de beschikbare expertise, beschikbaar bij wijkwerkers en bewoners in de buurt meer worden in gezet.

De kernopgave ligt dus in het dichtbij, wijkgericht integreren van welzijn, zorg en samenlevingsopbouw.

Samenstelling sociaal wijkteam.

Het team wordt vanuit de eigen organisatie aangevuld met de volgende functionarissen:

SPV of POH-GGZ

GGZ ervaringsdeskundige

Psychiater en/of psycholoog (op afspraak)

Rol van bewoners.

Voor de uitwerking van dit scenario ligt het initiatief bij de instellingen. Bewoners worden gevraagd mee te denken over de wijze waarop de medewerkers in het team worden ingezet voor de buurt.

Voor en nadelen.

Voordelen	Nadelen
1. GGZ deskundigheid in sociaal wijkteam, gedetacheerd of vanuit de eigen organisatie. De afstemming en samenwerking in eigen beheer	1. Concurrentie aspecten met de grote GGZ organisaties
2. Snelle verwijzing en consultatie mogelijk met eigen GGZ team	2. Door verwijzing naar specialistische GGZ kan soms nodig zijn en dan problemen opleveren
3. Geïntegreerde inzet bij complexe vraagstukken is gemakkelijker te organiseren	
4. Eigen beleid voeren m.b.t. contextueel werken.	
5. Oplossingen kunnen in overleg makkelijker in de buurt worden gezocht. Effect van werken in de wijk wordt zichtbaar	
6. Bewoners hebben één loket.	

Voorwaarden voor de realisatie van dit scenario.

1. Aanvragen van behandelcerkenning

Een dergelijk scenario is te realiseren door als organisatie zelf een behandelcerkenning aan te vragen bij VWS. Dat is geen gemakkelijke weg. Ervaringen zijn opgedaan bij MJD in Groningen.

2. Intensieve samenwerking met zelfstandig gevestigde GGZ professionals

Een andere weg kan zijn om een aantal reeds zelfstandig werkende professionals (psychiater, psycholoog, SPV) te interesseren voor het idee. Zij kunnen dan in een samenwerkingsverband gaan werken en zich verbinden met Centram/IJsterk.

Ook de met ingang van 2013 bestaande mogelijkheid voor ZZP-wijkverpleegkundige om zich via het zorgkantoor te laten contracteren om als zelfstandige in de wijk aan de slag te gaan kan hier worden onderzocht. We voeren hierover gesprekken met Cordaan en met Psya-Zorg. Alle informatie hierover is te vinden op www.vgz-zorgkantoren.nl

3. Juridische samenwerking met kleine GGZ aanbieder

Tot slot zou een vorm van een juridische samenwerking met een kleine GGZ-aanbieder (zoals b.v. Vriend GGZ) mogelijkheden kunnen bieden.

Geraadpleegde bronnen: documenten en literatuur

- Arkin, 2011, Strategisch plan Sterk in de stad 2011-2014, Amsterdam
- Achmea, 2012, powerpointpresentatie: Visie basis GGZ Achmea
- Bak M., M. Drukker, A. de Bie, J. a Campo, G. Poddighe, J. v. Os. P.H. Delespaul(2008) Een observationele trial naar assertiveoutreach met remissie als uitkomst maat. Tijdschrift voor Psychiatrie nr.5, 253-262
- Beek H.v.d., A. van Tuijn (2007) De ontwikkeling van methodisch werken. In: Buitengewoon werk. Rehabilitatie methodieken in beschermd en begeleid wonen. Amsterdam, SWP
- Bergen van, A., Poll, A., Venneman, B., 2010, Naar robuuste netwerken; ketenoverstijgende samenwerking OGGZ/Huiselijk Geweld/Jeugd/Veiligheid, uitgave Movisie: Utrecht
- Boevink, W. (red.)(2006)Verhalen van herstel. Samenwerken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht, Trimbos-Instituut
- Boevink, W. (2009) Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren. HEE-gesch(r)ift. Utrecht, Trimbos-Instituut
- Centram/IJsterk, 2011, Gebiedsgericht werken in de Oostelijke Binnenstad Centram/IJsterk en Wijkcentrum Oostelijke Binnenstad.
- Centram/IJsterk, 2012, Het werkplan 2012; overzicht GGW sociaal wijkteam Oostelijke Binnenstad: De Stip op de Horizon, projectleider J. Westerhof
- GGZN (2009) Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort, GGZN
- Heineke, D., Venneman, B., van Leur, J., van Bergen, A., 2009, Prachtige praktijken van lokale OGGZ-praktijken; vergelijking van ervaringen en resultaten in drie regio's, uitgave Movisie: Utrecht
- Kal, D. (2001) Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam, Boom
- Kal, D., 2011, Kwartiermaken, werken aan ruimte voor anders zijn, openbare les 21 december 2011, Lectoraat Kwartiermaken, kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
- Mos M.C., J. v. Weeghel (1999) Zorg in de samenleving. Een basis programma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Utrecht, Trimbos-Instituut
- Movisie en InHolland, 2011, Sociaal werk in de wijk. Deelproject samenwerken in de wijk. Doorverwijzen of zelf oplossen.
- NZA, 2011, Advies Basis-GGZ, Uitgave Nederlandse Zorgautoriteit, Den Haag
- RVZ, 2010, Perspectief op gezondheid 20/20, uitgave Raad voor Volksgezondheid en Zorg, Den Haag
- RVZ, 2012, Regie aan de poort, De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Den Haag
- RVZ, 2012, Regie aan de poort, deel 3 Achtergrondstudie Geestelijke Gezondheidszorg, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Den Haag

- VWS, 2012, Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014, Den Haag
- VWS, 2012, Brief VWS inzake de flexibilisering en functionalisering van POH-GGZ d.d. 6 september 2012, Den Haag
- VWS (2011) Zorg en ondersteuning in de buurt. Beleidsbrief 14 oktober 2011
- WRR, 2012, *Vertrouwen in burgers*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag, Amsterdam University Press
- IJsterk, 2012, *Buurgoten nieuwe stijl*. Alliantie voor een duurzame aanpak op operationeel niveau van ex-AWBZ, bewoners met een psychische en/of sociale beperking; notitie IJsterk/Arkin/Cordaan/De Regenbooggroep
- ZonMw, 2011, *Programma zichtbare schakel*. De wijk verpleegkundige voor een gezonde buurt, Den Haag

Bijlage 1. Lijst van referenten

Naam, functie en organisatie

- Joke Westerhof van IJsterk; projectleider Sociaal wijkteam
- Ineke Smeulders, Centram; projectleider Sociaal wijkteam
- Marieke Starreveld, kwartiermaakster en hoofdactiviteitenbegeleiding Mentrum/Arkin
- Arthur Hokkeling, Trajectbegeleider Roads/Arkin
- René Meijborg, manager en Juul Tielens, psychiater, Molemann/Tielens
- Else de Wit, directeur/bestuurder, Centram
- Georgette Groutar, projectleider Amsterdams Makelpunt, Cliëntenbelang Amsterdam
- Lidwien Schweitzer, hoofd eerste lijn en preventie Curatieve zorg Mentrum/Arkin
- Anouk Gomes, integrale zorg Achmea
- Marlieke Dam, Projectleider Zichtbare Schakel Gemeente Amsterdam
- Nienke Boesveldt, projectleider gemeente Amsterdam, Dienst Wonen, Zorg en Samenleven
- Ineke Voordouw, projectleider Zichtbare Schakel Zon Mw .
- Marij Duister, ROS 1^{ste} lijn Amsterdam, regio adviseur Centrum, GGZ regiocarrousel, wijkverpleegkundigezorg
- Anne Marieke van der Veldt, ROS 1^{ste} lijn Amsterdam, bestuurlijke werkgroep huisartsen
- Marloe Ruijter, bewoonster Oostelijke eilanden
- Karin Sok, senior adviseur, Movisie
- Bart Lammers, adviseur Buurtzorgadvies, Buurtdiensten
- Thea Over, directeur Vriend GGZ
- Piet Laan/Magda Brandts, POH-GGZ, Gezondheidscentrum De Keyzer, Oostelijke Binnenstad
- Carolien de Jong, initiatiefnemer Samen DOEN/projectmanager Samen Doen Amsterdam West.
- René van Mierlo projectleider Samen Doen Oostelijke Binnenstad (nog geen contact)
- Eerstelijns psychologen praktijk Binnenkadijk (nog geen contact)
- Katja Hoorn, directie voorzitter Thuiszorg, Cordaan (gepland in januari)
- Hermion van den Broek manager ketenzorg, Cordaan (gepland in januari)
- Thea Berg, medewerker maatschappelijke psychiatrie MJD Groningen