

Aanpak **verward gedrag** borgen bij hoogcomplexere problematiek in West-Brabant



GGD WEST-BRABANT

Januari 2023

Inhoud

Inhoud	2
1. Inleiding	3
2. Resultaten	6
2.1 De deelnemers	6
2.2 Het proces	7
2.3 De praktijk/de casussen	9
2.4 Rol van de betrokken hulpverleners	16
2.5 Ervaringen met de aanpak	18
2.6 Verwachtingen bij - en aanbevelingen voor het vervolg van de pilot	19
3. Conclusies	21
Colofon	24

1. Inleiding

Achtergronden

Personen met verward gedrag vormen een belangrijk maatschappelijk opgave, waarin verschillende waarden met elkaar botsen; met name die van maatschappelijke veiligheid en de zorg voor kwetsbare mensen. Veel gemeenten hebben inwoners met GGZ-problematiek of een licht verstandelijke beperking, die ook andere problemen hebben, zoals een verslaving. Zij kunnen daardoor gevaarlijk gedrag vertonen. Deze inwoners zijn soms al in beeld bij gemeenten, of bij zorginstellingen of bij het Zorg en Veiligheid Huis (ZVH), maar het ontbreekt vaak aan regie op de zorg en ondersteuning op langere termijn. De ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg gaat hierin voorzien. Het doel ervan is: het continu contact onderhouden met de cliënt zodat op het juiste moment ondersteuning, zorg en veiligheid kan worden geboden in een betere samenhang. De afgelopen jaren zijn er pilots gehouden om ervaring op te doen met deze vorm van zorg onder de noemer Actieprogramma Verward Gedrag.

De faculteit van Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit heeft een evaluatie uitgevoerd van een aantal pilots. Deze evaluatie is in 2020 afgerond. In de evaluatie komen de volgende thema's aan bod.

1. Personen met verward gedrag vormen een 'wicked problem' dat niet onder een bepaalde specialisatie in de hulpverlening valt. Om het probleem aan te pakken is een multidisciplinair team nodig. Iedere professional moet daarbij over de eigen grenzen heen durven te kijken om tot de beste interventie te komen. De professionals die dit werk doen, moeten creatief zijn en aanspreekbaar. Er moet speelruimte zijn om dingen te proberen en om elkaar aan te spreken op de resultaten zonder beknellende bureaucratische regels.
2. De professionals die ingezet worden in het actieprogramma moeten het lef tonen en de vrijheid voelen om hun boekje te buiten te gaan in het belang van de cliënt.
3. Omdat de aanpak multidisciplinair is, moet er aandacht worden besteed aan teamwerk, de balans, de chemie en het klimaat in het team. Hierbij moet continu de vraag worden gesteld welke belangen de professionals behartigen en of dit wel past in een multidisciplinair team.
4. Meldingen over verwarde personen moeten professioneel (dat wil zeggen onpartijdig, oftewel niet geredeneerd vanuit een bepaalde discipline) worden beoordeeld en er moet wellicht een professional op af om de situatie te beoordelen.
5. De cliënt kwam op het moment van de evaluatie pas in beeld als er een melding was. Er was met andere woorden nog weinig preventie, weinig contact met het voorliggende veld en ook nog weinig contact met de gespecialiseerde zorg waarheen moet worden doorverwezen.

In de regio West Brabant is de inschatting dat er 75-100 inwoners regelmatig verward gedrag vertonen. In 2022 zijn er twee pilotprogramma's Verward Gedrag uitgevoerd in Breda en Bergen op Zoom. Wij hebben onderzocht in hoeverre de vijf bovenstaande thema's binnen die context actueel zijn en welke andere thema's daar eventueel aan moeten worden toegevoegd. We komen hier in de conclusies op terug.

Doelstellingen

De doelstellingen voor dit project zijn in twee stappen opgebouwd. Zes maanden na de start van de pilot moeten de volgende doelstellingen zijn behaald.

- De doelgroep is omschreven en er is een set van inclusiecriteria beschikbaar
- De samenwerkingsvorm is omschreven en aangehaakt aan een bestaand overleg in het ZVH
- Er is een inventarisatie uitgevoerd van organisaties, dienstverlening en instrumenten voor de ondersteuning van mensen met verward gedrag
- Er is een plan van aanpak voor een pilot met tien cliënten; verdeeld over de twee sub regio's (Breda en Bergen op Zoom)

Na de looptijd van de pilot moeten de volgende doelstellingen zijn behaald.

- De gemeenten en de samenwerkende partners hebben zicht op het totaal aan zorg, organisaties, voorzieningen en activiteiten die beschikbaar zijn en hoe hier gebruik van gemaakt kan worden
- De informatie hierover is toegankelijk gemaakt zodat alle professionals daar gebruik van kunnen maken
- Er is voor de begeleiding en het zorgtraject van personen met complexe problematiek en een veiligheidsrisico een werkwijze ontwikkeld voor integrale persoonsgerichte trajecten die succesvol verlopen en duurzame resultaten opleveren
- Is er een integraal samenwerkingsverband ontstaan waarin professionals over de organisatiegrenzen heen met de geïnccludeerde persoon aan de slag gaan
- Is er parallel gewerkt aan een vorm van financiering voor deze werkwijze

De pilots worden diagnostisch gemonitord. Diagnostisch monitoren houdt in dat we het proces waarin gewerkt is aan bovenstaande doelstellingen volgen en daarbij eventuele problemen signaleren en uitdiepen. We richten ons daarbij op:

- het proces;
- de praktijk/de casussen;
- de betrokken hulpverleners;
- systemische oplossingen;
- het bijdragen aan het lerende systeem¹.

Methode en vraagstelling

Oorspronkelijk was het de bedoeling om dossieronderzoek te doen. Maar hierbij speelden op de achtergrond privacybezwaren. Deze vorm van evaluatie is daarom komen te vervallen.

Daarnaast was het de bedoeling dat de onderzoeker van de GGD aanwezig zou zijn bij casuïstiekoverleggen, maar daar bleken dezelfde bezwaren aan te zijn verbonden. Per sub regio is een drietal bijeenkomsten gehouden waarin op geanonimiseerde wijze vanuit de casuïstiek is gereflecteerd op de zich ontwikkelende werkwijze. De gespreksthema's zijn – uit oogpunt van de

¹ Tijdens de pilots is geëxperimenteerd met werkwijzen en samenwerking om te bepalen wat wel en niet werkt.

monitorbenadering – zoveel mogelijk gelijk gehouden over de drie gesprekken, maar hebben zich in de loop van de evaluatieperiode als volgt ontwikkeld.

Bijeenkomst 1	Bijeenkomst 2	Bijeenkomst 3
Definitie aanpak hoog complexe casuïstiek Afbakening doelgroep	Aanpak aan de hand van stroomschema Knelpunten	Evaluatie realisatie aanpak Samenwerking met voorliggend en achterliggend veld
Welke inclusiecriteria worden er gebruikt?	Inclusiecriteria aan de hand van de standaard en aanvullende lijst	-
Wat is effectieve hulp aan deze doelgroep?	Reflectie op de effectiviteit van de hulp	Hoe monitor je de effectiviteit van de hulp?
De rol van de hulpverlener	De rol van de hulpverlener	Samenwerking tussen hulpverleners
Ervaringen met de nieuwe aanpak	-	Ervaringen met de nieuwe aanpak
Verwachtingen over het vervolg van de pilot - Succesfactoren - Gewenste doorontwikkeling	Verwachtingen over het vervolg van de pilot - Succesfactoren - Gewenste doorontwikkeling	Verwachtingen over het vervolg van de pilot Gewenste doorontwikkeling

Leeswijzer

In het hierop volgende resultatenhoofdstuk lopen we de ontwikkeling van bovenstaande thema's af. Voor alle duidelijkheid en wellicht ten overvloede: resultaten van kwalitatief onderzoek zijn waarnemingen en geen bewezen zekerheden. Als wij al aantallen noemen, dan doe wij dat alleen om de verhoudingen in de onderzoeksgroep weer te geven en niet in de totale groep van professionals. Citaten geven we aan met dubbele aanhalingstekens. Ze hebben alleen illustrerende waarde. Her en der corrigeren wij uitspraken taalkundig; puur en alleen voor de leesbaarheid en zonder daarbij aan de essentie van de uitspraak te tornen.

2. Resultaten

Zoals gezegd lopen we in dit hoofdstuk de gespreksthema's af. Per thema beschrijven we onze waarnemingen tijdens de afgelopen periode. Voordat we dat doen geven we een beschrijving van de deelnemers aan de gesprekken.

2.1 De deelnemers

De deelnemers zijn allen lid van het team hulpverleners dat de aanpak Hoog Complex in hun gemeente implementeert. Zij hebben verschillende expertise en vervullen verschillende rollen.

<i>Rol</i>	# in sessie 1	# in sessie 2	# in sessie 3
<i>Procesregisseur</i>	1	2	2
<i>Informatieregisseur</i>	1	1	1
<i>Trajectbegeleider</i>	6	5	6
<i>Hulpverleningspartner</i>	0	2	3
<i>Externe Deskundige</i>	1	0	1
<i>Periode</i>	Juni 2022	September 2022	November 2022

Verschillende deelnemers hebben meerdere keren meegedaan aan de sessies. In totaal hebben 18 individuen deelgenomen aan de monitoringsgesprekken.

Een korte uitleg van de rollen van verschillende professionals in de aanpak hoog complex:

- De procesregisseur is verantwoordelijk voor de uitvoering van de pilot en voor de contacten met alle aangesloten partijen, inclusief de gemeente. De procesregisseur heeft een vorm van doorzettingsmacht, waardoor vastzittende zaken vlot kunnen worden getrokken.
- De informatieregisseur is verantwoordelijk voor de informatie-uitwisseling die nodig is binnen het team en met externe partijen waarmee wordt samengewerkt².
- Een trajectbegeleider is degene die binnen het team de aangewezen persoon is om het cliëntcontact te voeren en te onderhouden. In dit project gaat het om hulpverleners die gespecialiseerd zijn in meervoudige problematiek. In Breda gaat het met name om hulpverleners die werken voor de organisaties SMO³ en Amarant⁴, in Bergen op Zoom om hulpverleners die werken voor de organisaties GGZWNB en Mozaik⁵. Het aantal te besteden uren per cliënt verschilt, maar is om en nabij de vijf uur per week.
- Een hulpverleningspartner is een hulpverlener die expertise met zich meebrengt die (nog) niet standaard in het kernteam is vertegenwoordigd. Het is het idee dat ze 'in de carroussel meedraaien'; denk hierbij aan hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg of uit de LVG zorg.
- Een extern deskundige is iemand die op verzoek betrokken kan worden om expertise te leveren, denk hierbij aan een psychiater of iemand uit de transforensische zorg.

² Deze functie bestaat wel in Breda en niet in Bergen op Zoom

³ Een organisatie gericht op wonen, dagbesteding, dak – en thuislozen. Functieprofiel: maatschappelijk werk, agogische beroepen.

⁴ Een organisatie gericht op mensen met een verstandelijke beperking, autisme of hersenletsel.

⁵ Deze organisaties zijn gericht op ambulante ondersteuning van mensen met een psychisch of psychiatrisch probleem.

Zoals hierboven al uit de voetnoten blijkt, verschillen de teams van trajectbegeleiders in Breda en Bergen op Zoom van elkaar qua hoofdexptise. In Bergen op Zoom biedt de instelling waar zij voor werken (ambulante) psychiatrische begeleiding. Dit maakt dat dit team minder externe deskundigheid nodig heeft van hulpverleningspartners voor cliënten met een psychische stoornis dan het team in Breda.

Naast rollen in de instellingen zijn er institutionele rollen. Aan het zorgtraject werken namelijk verschillende organisaties samen. De zorg en veiligheidshuizen (ZVH) voeren in de pilots alleen de procesregie. Hulpverleningspartners hebben de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject op hun eigen expertiseterrein. Dit maakt bemoeilijkt de informatie-uitwisseling. We komen hier in het vervolg op terug.

2.2 Het proces

In de aanpak hoog complexe casuïstiek draait het om langlopende dossiers van personen die een verhoogd veiligheidsrisico vormen en waar een complex van oorzaken aan ten grondslag ligt. Het idee is om een plan van aanpak op te stellen voor cliënten en ze samen met andere hulpverleners te behandelen en niet – zoals voorheen – de cliënt voor iedere interventie door te verwijzen zodat hij of zij uit beeld kan raken. Er was voorheen wel samenwerking, maar de samenwerking was facultatief. Het idee is een cliënt voor langere tijd vergezellen met een vast aanspreekpunt, zodat de hulpverlening minder versnipperd raakt dan voorheen en er sneller dan voorheen kan worden op - en afgeschaald indien nodig.

In de opdrachtbeschrijving van ZonMw voor dit project is de volgende SWOT (Strong – Weak – Opportunities – Threats) analyse opgenomen. Deze is op voorhand gemaakt op basis van de situatie in West Brabant aan het begin van 2021.

Sterktes	Zwaktes
Er wordt al veel samengewerkt in de regio. Projecten worden tot nu toe met positief resultaat afgerond. Samenwerking in Meldpunt acuut en niet acuut is geborgd ⁶ .	Domein overstijgend samenwerken is lastig; niet alleen tussen de verschillende financiers maar ook tussen de verschillende beleidsvelden en aanpakken (beschermd wonen, maatschappelijke opvang, verslavingspreventie en -zorg, OGGZ, verward gedrag, op snijvlak van zorg en veiligheid). De integrale transforensische aanpak ontbreekt nog in Breda waardoor voor de meest complexe doelgroep met een veiligheidsrisico moeilijk tot langdurige integrale trajecten kan worden gekomen.

⁶ Dit punt gaat eigenlijk alleen op voor het ZVH in Breda; in Bergen op Zoom is de samenwerking met het meldpunt nog niet duidelijk.

Kansen De behoefte aan overzicht vanuit de verschillende invalshoeken is groot. Aansluiten op Ketenveldnorm levensloofunctie vergroot de kans op succes. Wijk-GGD'ers (of GGZ'ers) zijn al in een aantal gemeenten aanwezig. In de regio bestaat een groot draagvlak om de al aanwezige expertise en instrumenten te bundelen tot een integrale duurzame aanpak.	Bedreigingen Financieringstekorten bij verzekerde zorg en bij gemeenten. Moeilijk op- en afschalen mogelijk door een tekort aan hoger beveiligde hulp- en zorgverlening en forensische expertise bij het voorliggend veld. De corona pandemie. Tijdgebrek bij betrokken partijen (incl. bij gemeenten).
---	--

Een belangrijke voorwaarde om een samenwerking voor elkaar te krijgen, is dat organisaties die meewerken ook 'leveren'. Cliënten kunnen in de nieuwe aanpak niet meer worden afgewezen, de expertise van de aangesloten organisaties moet continu beschikbaar zijn. Dit moet zorgen voor meerwaarde in de zorg. Tijdens het monitoren van de pilots blijkt dat dit eenvoudiger gezegd is dan gedaan. Met name de organisaties in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg in Breda hebben er moeite mee om hieraan te voldoen. Het leveren van expertise komt laat op gang en is onderhevig aan beperkingen door regelgeving van externe partijen zoals zorgverzekeraars.

De procesregisseur coördineert de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners voor de hoog complexe casussen en heeft doorzettingsmacht om eventueel de inzet van de nodige expertise dringend te bepleiten bij de deelnemende partijen. De procesregisseurs zijn tijdens het monitoringsproces goed op de hoogte van de casussen die onder de hoede van hun levensloopteam vallen. Dit blijkt uit de details die zij soms vertellen in de door ons bijgewoonde overleggen. Als de hulpverlening suboptimaal is omdat een partij geen hulpverlening of expertise levert, dan wordt dat uiteindelijk toch door de procesregisseurs geregeld; ook al is het soms niet makkelijk. Als de lokale overheid moet worden ingeschakeld om iets voor elkaar te krijgen, dan zijn daar lijnen voor. Kortom, de procesregisseurs hebben tijdens de pilots een cruciale rol gespeeld om de medewerking van alle partijen aan het proces van de levensloop gestalte te geven.

We komen nog terug op de institutionele samenwerking (tussen de verschillende hulpverleningsinstanties) als wij in het vervolg van dit rapport specifiek ingaan op de rol van de hulpverlener en de samenwerking tussen hulpverleners. We komen in de paragraaf over de aanpak ook nog terug op de aansluiting tussen het voorliggend veld, de zorg voor hoog complexe casussen en de gespecialiseerde hulpverlening.

We hechten eraan om in deze paragraaf de onduidelijkheid over de aansluiting op de integrale forensische aanpak in de regio van Breda en Bergen op Zoom te benoemen. De verantwoordelijkheid voor het zorgtraject lag bij de verschillende hulpverleningspartners die soms pas later in het proces aanhaakten. Er was in deze situatie eigenlijk geen regiebehandelaar, dus de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject was niet geheel duidelijk. Als er problemen waren opgetreden waarin er een belangrijke rol zou zijn weggelegd voor een zorginstelling, dan zou dit mogelijk tot moeilijkheden hebben geleid. Gelukkig zijn dit soort gebeurtenissen tijdens de pilot

niet voorgekomen. Gaandeweg is er wel afstemming geweest met GGZWNB ten behoeve van de inzet van en de samenwerking met de regiebehandelaar.

2.3 De praktijk/de casussen

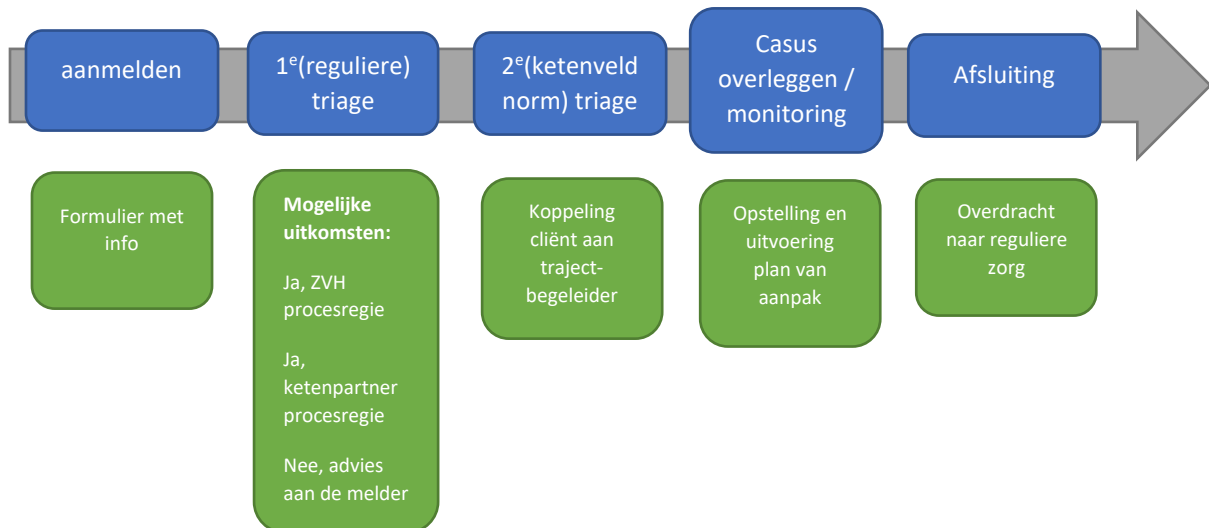
Welke casussen worden er geïnccludeerd in de aanpak hoog complexe casuïstiek? In deze paragraaf schetsen we het profiel van de cliënten, beschrijven we hoe er met de inclusiecriteria wordt omgegaan en gaan we in op wat de benadering inhoudt.

Het profiel van de cliënten

- Het gaat om cliënten die: veel zorgverlening hebben gehad; moeilijk beheersbaar gedrag tonen; zorg mijddend zijn; overlast geven; veel in aanraking komen met justitie.
- "Het zijn mensen waarbij alles al geprobeerd is, waarbij iedereen de deur heeft dichtgegooid."
- Het gaat om draaideurcliënten die meerdere problemen hebben in de maatschappij.
- Het zijn mensen die al lang bekend zijn bij verschillende organisaties die zich met hulpverlening bezighouden.
- Het gaat om cliënten waarbij de kans bestaat dat het hulpverleningstraject niet (geheel) lukt.
- Het gaat om cliënten waarmee voorheen geleurd werd bij andere instellingen in de hoop op hun specialistische hulp. Omdat instellingen niet zondermeer bereid waren om de zorg voor een cliënt over te nemen, viel deze doelgroep vaak tussen wal en schip.

Kortom: de trigger om mensen in deze aanpak op te nemen is vaak overlast, contact met justitie en een hulpverleningsapparaat dat meerdere problemen probeert te behandelen, maar daar niet altijd in slaagt.

Tijdens de tweede sessie is het proces van includering en hulpverlening besproken aan de hand van onderstaand schema.



Op basis van dit schema hebben wij de volgende reacties verzameld bij de professionals die hebben deelgenomen aan de pilots in Breda en Bergen op Zoom.

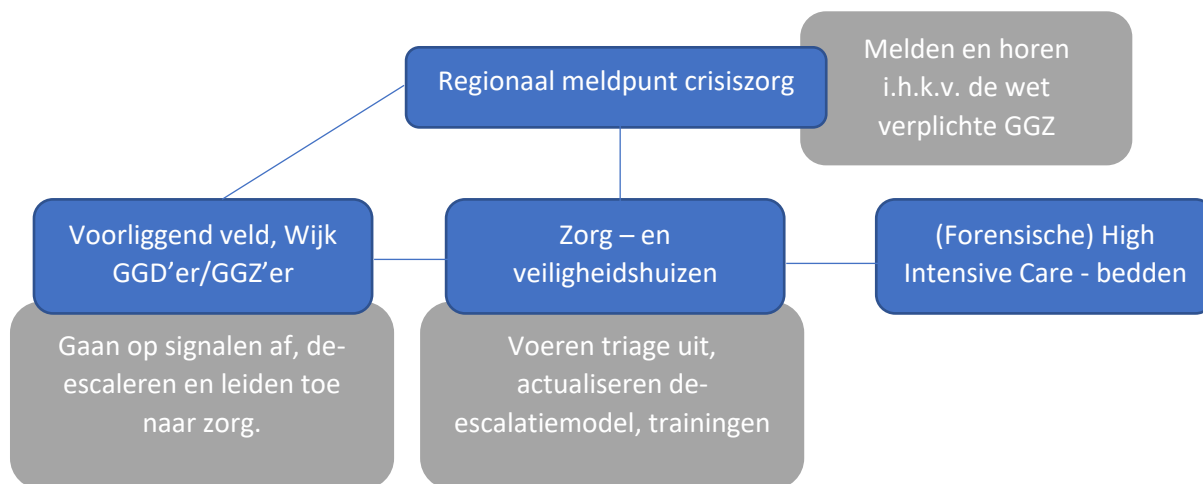
Breda	Bergen op Zoom
Er is een triageoverleg waar alle aanmeldingen voor het Zorg en Veiligheidshuis worden besproken. Daarbij wordt bij iedere casus bekeken of deze geschikt is voor de aanpak hoog complexe casuïstiek.	De procesregisseur vangt de aanvraag op. De melder of iemand anders die veel verstand heeft van het dossier wordt altijd uitgenodigd in het includeringsgesprek zodat de laatste stand van zaken wordt meegenomen in de beoordeling.
De procesregisseur vindt dat de casussen te snel voldoen aan de criteria. Er is behoefte aan aanvullende criteria om complexe casussen te scheiden van hoog complexe -. Er werd eerst volgens bovenstaand schema gewerkt, maar al snel bleek dat er na de eerste triage nog steeds vragen waren die beantwoord moesten worden voordat de tweede kon plaatsvinden. Daarom wordt er nu na het eerste triageoverleg aanvullend overlegd met de trajectbegeleiders omdat zij een beter beeld hebben van de cliënt.	Er worden geen problemen gerapporteerd over de inclusiecriteria. De criteria/indicatoren zijn bekend en er wordt gekeken of de casus eraan voldoet.
Het triage overleg is tevens een podium om knelpunten neer te leggen.	Pas als dat zo is wordt er inhoudelijk naar de casus gekeken en volgt een inventarisatie van mogelijke interventies, het plan van aanpak, de rolverdeling. Bij het opstellen van het plan van aanpak wordt de laatst betrokken ketenpartner of andere hulpverlener uitgenodigd.
Deze knelpunten worden vervolgens meegenomen in het monitoringsoverleg.	

We zien verschillen tussen de twee pilots als het gaat om de triage en het omgaan met inclusiecriteria dat in het verlengde ligt daarvan. In Breda is er volgens de deelnemers aan het casuïstiekoverleg discussie geweest over de criteria. Er zijn voorstellen geformuleerd voor toevoegingen. In Bergen op Zoom zien wij dat veel minder.

Een verklarende factor kan zijn dat de pilotgroep in Bergen op Zoom fysiek vanuit een Zorg en Veiligheidshuis opereert, waardoor dit soort discussies ook informeel en met verschillende hulpverleners – en veiligheidspartners kunnen plaatsvinden.

We kunnen alleen al aan de hand van deze waarneming voorzichtig concluderen dat het – vanuit de wens om verschillende hulpverleningsdisciplines met elkaar te verenigen – aanbevelenswaardig kan zijn om de aanpak fysiek ergens onder te brengen waar die disciplines aanwezig zijn.

Tijdens de derde sessie is de samenwerking met het voorliggende veld en de specialistische zorg besproken aan de hand van onderstaand schema.



Breda

Op dit moment zijn er weinig tot geen cliënten uit het voorliggende veld geïncludeerd.

- Er is wel een keer een gesprek geweest met het meldpunt om te bespreken hoe de lijnen moeten lopen, maar er is nog geen directe samenwerking.
- De huidige cliënten zijn verwezen via partners uit het Zorg en Veiligheidshuis, het FACT team, de crisisdienst, de huisarts of via bemoeizorg.
- Escaleren naar de HIC verloopt in principe via de partners in de GGZ, maar daar is tijdens de proefperiode nog geen gebruik van gemaakt. Bovendien lijkt dit deel van het schema nog niet begaanbaar omdat er nog geen regiebehandelaar aan het team is gekoppeld.
- Het gevoel is dat het opschalen en afschalen op het moment nog niet goed mogelijk is omdat de taken, verantwoordelijkheden en capaciteit bij een aantal organisaties onvoldoende is gedefinieerd. Daardoor is de inzet van sommige hulpverleningspartners (met name uit de verslavingszorg en de GGZ) nog niet stabiel genoeg.
- Verder wordt de waarneming gedaan dat er risico's worden genomen in deze pilot die eigenlijk niet verantwoord zijn. "Het huis is niet op orde en de zorg is niet ingebed. Als er iets gebeurt met een cliënt; wie is dan verantwoordelijk?"

Bergen op Zoom

Op dit moment wordt er nog gezocht naar de juiste werkwijze. Er zijn soms hindernissen, zoals een vonnis van de rechter die tegen de aanpak indruist, of het ontbreken van expertise.

- De wijk-GGD'er/GGZ'er is nog niet in beeld. Het contact moet – voor zover deze hulpverlener aanwezig is – nog worden gelegd.
- De GGZ instelling waarmee wordt samengewerkt geeft aan dat er capaciteitsproblemen zijn. Bovendien werkt deze instelling met DOT's (DBC's Op weg naar Transparantie) en dat betekent dat een behandeling op een gegeven moment afgelopen moet zijn. Dit is een heel andere benadering dan de levensloopbenadering.
- Er is een cliënt doorverwezen naar een HIC, maar dat proces was problematisch omdat de HIC het begrip 'ketenveldnorm' nog niet kende. De verwijzing is daarom via de GGZ partner gelopen.
- De inzet bij de inclusietafel is dat externe partners betrokken zijn. Maar hun aanwezigheid is wisselend. Daarmee kan niet altijd worden gerekend op hun expertise bij beslissingen.

Kortom, binnen de pilots is vooral ervaring opgedaan met (al bekende) cliënten die beantwoorden aan het hoog complexe profiel.

Het proces van inclusie is op onderdelen bijgesteld omdat het ingewikkeld bleek om de rol van de melder praktisch gestalte te geven en om deskundigheid op tijd te betrekken. Bij de pilot in Breda heeft dit geleid tot een extra overleg tussen de eerste en de tweede triage.

De inclusiecriteria

Tijdens de eerste bijeenkomst lijkt het alsof de inclusiecriteria nog niet geheel geland zijn. Een reden om daar tijdens het tweede bezoek nog eens op terug te komen (maar nu met een lijst met criteria in de hand, zie de illustratie op de volgende bladzijde).

Sessie 1	Sessie 2
• Het zijn vaak mensen die in aanraking zijn met justitie en met de GGZ waarvoor onvoldoende nazorg is en die ongecontroleerd afglijden in destructief gedrag. • Er zijn grijze gebieden: – Bijvoorbeeld een cliënt die wel een redelijk contact had met hulpverleners, maar die als het ware bleef hangen in het voorportaal. Deze wordt nu ook niet geïnccludeerd. Er is een interpretatieslag van criteria en daarover blijkt discussie te zijn. Nu is de lijn dat wanneer de cliënt binnen de huidige opzet wel voldoende aandacht krijgt er niet wordt geïnccludeerd. – De criteria zijn niet onderscheidend genoeg. Ze moeten de 'ketenveldnorm' dekken (mensen met (potentieel) gevaarlijk en/of overlastgevend gedrag krijgen forensische zorg, onafhankelijk van hun forensische titel). Maar daardoor ontstaat er juist minder onderscheid. Er is juist behoefte aan meer onderscheid tussen casussen die thuis horen in een Zorg- en Veiligheidshuis (ZVH) en casussen die thuishoren bij de aanpak Hoog complexe casuïstiek. • De triage omvat veel vragen. Vanuit het vorige sub punt geredeneerd is een pleidooi voor een inclusievraag erbij logisch, maar dat stuit op weerstand vanuit het veiligheidshuis: "weet je wel hoeveel vragen we nu al stellen?". De extra vraag is eigenlijk alleen maar of deze persoon baat heeft bij forensische zorg.	• De inclusiecriteria die we tonen leiden tot discussie in Breda: er lijkt overlap te zijn tussen criteria en de teamleden vinden ze te weinig onderscheidend. Er wordt een voorstel gedaan om een aantal criteria toe te voegen. – Staat de cliënt open voor hulp/zorg? Dit is een lastig criterium, omdat het de toegang tot de aanpak kan bemoeilijken. Aan de andere kant is starten met hulp/zorg wel vaak een voorwaarde voor succes. – Is de cliënt traceerbaar? Als dit niet zo is, dan houdt het namelijk op. Daarnaast kunnen bepaalde concrete doelen die het succes van het traject zouden vergroten (zoals huisvesting), niet worden geïnccludeerd in de aanpak omdat ze niet realiseerbaar zijn. Dit wordt jammer gevonden. • In Bergen op Zoom valt het de deelnemers op dat verslaving niet wordt genoemd als één van de criteria, terwijl dit bij negen van de tien casussen wel speelt.

Samenvattend: tijdens de eerste sessie is er discussie over welke cliënt er wel of niet moet worden opgenomen. Over het overkoepelende kenmerk van de doelgroep is wel consensus: draaieurcliënten die herhaaldelijk in contact komen met GGZ & Justitie vanwege overlastgevend gedrag.

Tijdens de tweede sessie blijkt dat er al meer ervaring is opgedaan met het includeren van cliënten omdat deelnemers vanuit hun ervaring beginnen te reflecteren op de criteria. We noteren de volgende op en aanmerkingen op de criteria⁷.

	Criterium
1.	Personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.
2.	Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico op dit gedrag.
3.	Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-) problematiek, die onvoldoende in bestaande zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
4.	Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan het structureren van het zorgtraject, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur <u>ambulant</u> .
5.	Er is of was sprake van een zorgmachtiging of strafrechtelijke titel naar aanleiding van het gevaarlijke gedrag richting anderen/samenleving.
6.	Er is een risico dat zonder een sluitend aanbod van ambulante intensieve zorg, passende ondersteuning of huisvesting een grotere kans is op herhaling van het gevaarlijke gedrag dat onlosmakelijk verband houdt met de psychische aandoening, de (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en slechts met dwang te beheersen valt.
7.	Er dreigt of is sprake van langdurige en terugkerende problematiek: de historie laat een beeld of verwachting zien van rondpompen/tussen wal en schip/zorgmijding/bemoeizorg/uitstoting. Er is geen continuïteit in zorg en ondersteuning.
8.	Er is aantoonbaar sprake van een patroon van herhaling van overlast gevend gedrag.

Criterium 2 hangt teveel samen met criterium 1, waardoor de 6 positief gescoorde criteria te snel zijn bereikt

'Ambulant' moet niet te strikt worden genomen, want sommige cliënten krijgen een time-out in een HIC. Het is *in principe* ambulant.

Criterium 6 hangt ook teveel samen met criterium 1; als 1 positief is, is 6 dat vaak ook.

Als wij als onderzoekers op basis van artikelen over de aanpak hoog complex een drietal mogelijk aanvullende criteria presenteren, leidt dat tot de volgende reacties.

Aanvullend criterium	Reactie
Bestaat de kans dat de cliënt ongecontroleerd gaat afglijden in destructief gedrag/is de cliënt potentieel gevaarlijk en/of vertoont hij/zij overlastgevend gedrag (ketenveldnorm)?	- Zou inderdaad als criterium kunnen gelden. In de praktijk is er al escalatie en overlast op het moment van melden. - Toevoegen: kan de kans worden verkleind?
Krijgt de cliënt binnen de context van de reguliere zorg (meestal het Zorg Veiligheid Huis) voldoende aandacht van hulpverleners?	Toevoegen: en er is kans dat de aandacht wordt geaccepteerd (niet alleen krijgt)
Heeft de cliënt baat bij forensische zorg?	Goed punt: sommigen hebben structuur nodig.

⁷ Inclusiecriteria concept pilot hoog complex

Tijdens de derde sessie wordt er in Bergen op Zoom de vraag opgeworpen of de inclusiecriteria nou zo heel erg anders zijn dan de inclusiecriteria voor de Zorg en Veiligheidshuizen. Daarop ontstaat een discussie waaruit blijkt dat het niet zozeer om de criteria draait als wel om het gesprek erover tussen hulpverleners met verschillende perspectieven. Deze discussie sluit naadloos aan bij de praktijk in Bergen op Zoom waarin veel informeel overleg plaatsvindt en de criteria praktisch worden geïnterpreteerd.

De aanpak

Zijn de cliënten geïnccludeerd, dan volgt de aanpak. In het navolgende laten we de hulpverleners aan het woord over wat deze aanpak in hun ogen behelst. Het gaat volgens de hulpverleners die wij spreken in de eerste sessie om het volgende.

- Een individueel traject dat op de cliënt is toegesneden. Als je nu niets doet, dan zit de cliënt over een paar jaar bij de daklozenopvang. Tijdens de eerste bijeenkomst is het nog niet duidelijk wat de waarde is van de nieuwe benadering. Er is vooral hoop op een goede werking van de benadering. Maar er is ook twijfel bij hulpverleners of de benadering aan zal sluiten bij de doelgroep.
- Duidelijke grenzen aangeven van wat acceptabel is voor zijn/haar omgeving & de maatschappij.
- Brainstormen in het team van hulpverleners over de meest geschikte aanpak. De behoefte van de cliënt staat daarbij niet meer – zoals dat de afgelopen jaren gebruikelijk was – centraal, maar de vraag wat er wenselijk is om de cliënt niet meer in herhaling laten vervallen.
- Het via de procesregisseur betrekken van het OM en de reclassering en misschien ook wel de advocaat. Cliënten moeten dan meewerken en dat is weer een beïnvloedingsinstrument erbij.

Kortom: de doelgroep is – afhankelijk van de doelstelling – soms ook gebaat bij duidelijkheid over grenzen van wat maatschappelijk aanvaardbaar is en wat niet. De hulpverlening moet zich in zo'n geval focussen op wat er moet gebeuren om overlast te voorkomen. Desondanks blijft het van belang om in te spelen op de behoeftes van een cliënt en een vertrouwensband op te bouwen.

In de tweede sessie wordt er een schets gegeven van de eerste ervaringen met het contact leggen, gecombineerd met een visie op het doel van de hulpverlening.

Breda	Bergen op Zoom
Het gaat allereerst om het aangaan van de vertrouwensband. "Dat mensen weten dat ze op je kunnen terugvallen, ook al smijten ze zelf de deur dicht." Vervolgens worden ze toegelaten tot het programma. Het is dan niet zo dat er ineens van alles kan en mogelijk is. Maar je kunt wel een realistisch plan maken samen met de cliënt; gericht op het voorkomen dat ze tussen de wal en het schip terecht komen, het verminderen van de overlast en het verminderen van kosten van de overlast. De cliënt is gebaat bij een duidelijk beeld van wat maatschappelijk aanvaardbaar is of niet. In het plan staat dan ook wat er gebeurt als het mis gaat, bijvoorbeeld een ISD (detentiemaatregel met behandeling). Door de samenwerking moet de hulpverlening sneller tot de juiste interventie komen. We weten nog niet of het echt werkt. Er zijn teveel variabelen waar wij als team geen invloed op hebben (bijvoorbeeld huisvesting vinden). Dus het maatschappelijk effect is nu lastig aantoonbaar, maar de hulpverlening is wel geoptimaliseerd.	De nadruk moet liggen op laagdrempeligheid en maatwerk: wie komt er het beste in contact met de cliënt, wie sluit het beste aan? Daar overleggen we over. Het is fijn dat we geen stempel hebben (bijvoorbeeld van GGZ), want de cliënten hebben al een heel verleden opgebouwd met hulpverleners en wijzen daarom soms bepaalde hulpverleners af. Onze inzet is iets voor de cliënt doen waardoor het weer even rustig blijft. Succes is voor ons dat er geen overlast is en dat de cliënt zichzelf niet ten gronde richt. Het bespreekbaar maken van overlast is een delicate aangelegenheid; als je daar te snel mee komt aanzetten is het klaar. Het is heel belangrijk om de tijd te nemen om een basis te maken. En vandaar uit gaat een cliënt misschien ventileren. Wij zijn soms de enige persoon met wie nog contact is. Dan kunnen ze hun ei bij ons kwijt en wij geven dan soms een weerwoord. Als het goed is zie je vervolgens dat ze minder overlast geven, ze minder gebruiken en wat makkelijker te corrigeren zijn. Handhaving is vaak betrokken bij een casus, maar ze zitten er niet bij als we in contact zijn met de cliënt. We werken wel met ze samen.

In de derde sessie zijn we specifiek ingegaan op welke signalen de deelnemers aan de pilot aanraden om in de gaten te houden bij de evaluatie van de werkzaamheid van de aanpak. Hierop krijgen wij verschillende antwoorden.

- De tijd die de hulpverlener per cliënt besteedt om hem of haar te volgen en te anticiperen op eventuele hindernissen. Als er minder tijd aan een cliënt hoeft te worden besteed gaat het goed en als er meer tijd nodig is, dat is niet goed. Een tegenwerping hierbij is dat dit sterk samenhangt met de 'eigen' caseload. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat sommige hulpverleners vanuit hun organisatie ruimer in de uren zitten dan andere.
- Recidivecijfers bij E33 (en in de toekomst I28) meldingen. Zijn het top 3 mensen (cliënten waar veel over wordt gemeld) en zijn ze besproken aan de casuïstiektafel? Als het goed is gaan specifiek deze meldingen omlaag.
- Hoe vaak komen cliënten in detentie? Als het goed is gaat het aantal detenties ook omlaag omdat escalaties worden voorkomen.
- Wordt er vooruitgang geboekt met de cliënt? Kan de hulpverlener dingen voor elkaar krijgen voor de cliënt die nodig zijn om niet in herhaling te vervallen?
- Is het gedrag van de cliënt veranderd? Keert de rust in de casus weer?
- Cliënten moeten als het goed is ook een verandering opmerken: er zijn nu 1 of 2 vaste hulpverleners in plaats van heel veel verschillende.

- Als het goed is bespaart de aanpak tijd en geld omdat niet alle specialisaties de gehele tijd cliëntcontact hoeven te hebben. De inzet vindt plaats indien nodig.

2.4 Rol van de betrokken hulpverleners

Tijdens de eerste sessie wordt voorspeld dat de rol van de hulpverlener zal veranderen. Het gaat weliswaar om het voorkomen van overlastgevend gedrag. Maar de hulpverlener staat niet tegenover de cliënt. Er komt voor een deel ook belangenbehartiging bij kijken; bij de woningcorporatie bijvoorbeeld, of de rechtbank. De hulpverlener kijkt in samenwerking met andere hulpverleners naar de meest geschikte aanpak en moet gedurende het traject veel overleggen en samenwerken. Het is daarbij de bedoeling dat er één eerste contact is voor de cliënt; en aanvullend een tweede, meer gespecialiseerd contact.

Het grote verschil tussen de aanpak hoog complexe casuïstiek en de aanpak die daarvoor werd gevolgd is als volgt.

- Er is – als het goed is – meer voorwerk gedaan. Er is een plan van aanpak waardoor de ingeschakelde expertise breder is dan voorheen. Er is meer overleg en daardoor zitten er meer interventies in de gereedschapskist.
- De nieuwe werkwijze belooft een creatieve aanpak die blokkades in het hulpverleningssysteem oplost. Er moet intensief worden samengewerkt met hulpverleners waar normaliter extensief mee zou worden samengewerkt.
- De hulpverleningsstructuur is tijdens de pilot onder de loep genomen. Zodoende is ervaren waar hulpverleners in de samenwerking tegenaan lopen, welke methoden ze gebruiken, met wie ze werken en of de werkwijze handig genoeg is.
- De nieuwe aanpak behelst een andere inzet van de hulpverleners: “voor deze doelgroep moet je een extra stapje zetten, anders was het allang gelukt”; “je moet er voor iemand willen zijn”. Dit betekent dat het eerste contact ingevuld zal worden door hulpverleners die een vast aanspreekpunt zullen zijn voor langere tijd. Deze hulpverlener zal meer naast de cliënt staan en wellicht soms tegenover instanties.
- Binnen de aanpak hoog complexe casuïstiek is de afspraak dat er wordt gewerkt met één eerste contact en een gespecialiseerd tweede contact (vaak een hulpverleningspartner). Deze benadering moet meer stabiliteit brengen. Het tweede contact wordt aan een organisatie gekoppeld. Deze vorm van continuïteit is beter haalbaar dan een aan een persoon gekoppelde continuïteit.

Tijdens de tweede sessie is er al meer ervaring opgedaan met de aanpak hoog complex. Hieruit komen de volgende knelpunten naar voren die te maken hebben met de rol van de betrokken hulpverleners en de inzet van expertise.

Breda	Bergen op Zoom
Sommige instellingen haakten laat aan. De hulpverleners zijn daardoor nog niet goed op elkaar ingespeeld. De gezamenlijke aanpak van casussen leidt wel tot een intensievere samenwerking. Maar er wordt geconstateerd dat er in het begin de volgende startproblemen zijn opgetreden: • Er zijn redelijk veel cliënten met een LVB profiel, maar niet alle trajectbegeleiders zijn hierin geschoold. Er is behoefte aan scholing van de trajectbegeleiders zonder deskundigheid op dit vlak. • Bij de verslavingszorg was in eerste instantie onvoldoende gevoel van urgentie waardoor niemand zich geroepen voelde om in te haken bij het casuïstiekoverleg. • De organisaties die extra expertise zouden leveren stelden verschillende aantallen uren ter beschikking, wat de inzet en de samenwerking soms bemoeilijkte. • Er ontstonden er misverstanden over wat het zorg – en veiligheidshuis kan doen bij de veiligheidspartners. Het ZVH kan bijvoorbeeld niet snel een plek in een zorginstelling regelen voor cliënten zodat ze van de straat af zijn omdat er wachtlijsten zijn.	De nadruk kwam te liggen op shared caseload en gebruik van elkaars expertise. Daardoor ontstond er een vast gezicht voor de cliënt en twee wisselende gezichten, afhankelijk van wie er nodig was en afhankelijk van wat een cliënt aankon. Sommige cliënten haakten af op wisselende gezichten en dan deden we het niet. Het was soms puzzelen, maar het wordt als winstpunt gezien om maatwerk te kunnen leveren. • Ook in Bergen op Zoom is er geworsteld met het inschakelen van expertise. Het inschakelen verslavingszorg liep tegen de beperking aan dat de gespecialiseerde instelling (Novadic Kentron) daarvoor niet is betrokken in de hoog complexe zorg. Deze expertise is via de GGZ instelling die wel is aangehaakt ingeschakeld. Maar dat kan alleen bij dubbele problematiek met een GGZ raakvlak. • Novadic Kentron, die via een GGZ instelling was ingeschakeld, hield zich strak aan tijdsregistratie en dat bemoeilijkte de samenwerking. De procesregisseur heeft al een aantal keer doorzettingsmacht moeten gebruiken om deze expertise in te kunnen zetten.

De verandering in de rol van de hulpverlener is voor de hulpverleners zelf duidelijk: er mag meer en er mag meer out of the box worden nagedacht. Een casus kost op deze manier wel veel tijd, maar dat wordt als het goed is door de samenwerking binnen het team opgelost. Door samenwerking zijn er minder doorverwijzingen en wachttijden.

Het succes van de benadering hangt af van de samenwerking met hulpverleningspartners en externe deskundigen. Wat dat betreft wordt er tijdens sessie 2 erg uitgekeken naar het moment dat de hulpverleningspartners (met name uit de verslavingszorg en de GGZ⁸) daadwerkelijk betrokken zullen worden bij de casussen. De verwachting is niet dat er ineens geen barrières meer zullen zijn, maar dat ze verlaagd worden: "het zou fijn zijn als ik in plaats van een grote muur alleen maar een hekje over hoef."

Tijdens de derde sessie komt *werkdruk* spontaan op als onderwerp. Een aantal hulpverleners besteedt nu al hun tijd aan cliënten; anderen zijn beperkt in het aantal uren dat zij aan deze cliënten kunnen besteden. Zij moeten hun 'eigen' caseload combineren met de inzet voor de aanpak hoog complex; dit leidt tot werkdruk en een onevenwichtigheid in de samenwerking. Om intensiever te kunnen samenwerken is men in Bergen op Zoom ertoe over gegaan om niet meer tweewekelijks bijeen te komen, maar iedere week. Zij vinden dat de samenwerking ook

⁸ Dit geldt met name voor Breda. In Bergen op Zoom is de GGZ goed vertegenwoordigd in het team

gebaat zou zijn bij het instellen van een vaste dag waarop het team in zijn geheel aanwezig is. 's Ochtends kan worden gestart met het overleg, waarna iedereen in samenwerking aan het werk kan gaan.

Daarnaast is het bij beide pilots nog steeds zo dat er samenwerkingsproblemen zijn. Dit keer worden er weliswaar andere partners genoemd waarmee de samenwerking moeilijk verloopt (bijvoorbeeld een Wmo ambtenaar), maar de eerder geschetste samenwerkingsproblemen met hulpverleningspartners en externe partners (zoals de psychiater) blijven een permanent punt van aandacht.

2.5 Ervaringen met de aanpak

In de loop van het monitoringsproject verdiept zich de ervaring. Tijdens de eerste sessie is er vooral hoop dat de nieuwe aanpak effectief zal zijn, maar gaandeweg komen er ervaringen met het oplossen van knelpunten. Een aantal deelnemers aan de sessie vindt dat de pilot te kort heeft geduurd. In Breda is er zelfs het gevoel dat de aanpak nog niet is uitgetest zoals hij is bedoeld. Maar men heeft wel het idee dat men nu weet wat ervoor nodig is om de benadering tot een succes te maken.

Bijdrage van deze pilots aan systemische oplossingen

- Omdat er meer expertises zijn aangehaakt komen problemen aan de dag die voorheen onderbelicht bleven (voorbeeld: het label LVB wordt nu vaker gebruikt omdat daar meer oog voor is).
- De keuze in benaderingen van hoog complexe casussen is rijker omdat nu ook het strafrecht is aangehaakt. Je kunt nu iedere keer kiezen tussen zorg of strafrecht, afhankelijk van de vraag waarmee iemand het meeste geholpen is.
- Het op - en afschalen moet sneller gaan, vooral het opschalen. De in het project betrokken organisaties moeten worden doordrongen van het belang van snel handelen. Vaak krijgt de procesregisseur 0 op het rekest, en dat moet veranderen; zoals bij het inschakelen van een (forensische) High & Intensive Care (HIC), waarbij mensen een time out kunnen krijgen als dat nodig is. "De Cliënt is meestal niet al te meegaand en als je hem of haar dan eenmaal in beweging hebt, dan is het fijn dat er expertise beschikbaar is en dat zaken kunnen worden geregeld."
- Niet alle organisaties committeren zich evenveel. Niet alle expertiseterreinen zijn dus voldoende afgedekt om volledig te kunnen spreken van een aanpak hoog complex zoals bedoeld.
- De melder moet worden toegevoegd aan het includeringsoverleg zodat hij/zij weet of de cliënt onder de hoede is genomen. Het overleg over de cliënt kan in dat geval ook worden gezien als een meedenkinstrument. Er is een expertiseclub bij betrokken die – ook al wordt de cliënt niet geïncludeerd – helpt en meedenkt.
- Er moet echt een team ontstaan met een goede samenwerking en een gerichte inzet van mensen op hun expertise en kracht.
- Er wordt gepleit voor een landelijke aanpak. Dat werkt het beste als je elkaar wilt consulteren of helpen. Maar de landelijke werkwijze is nog niet bekend. Het lijkt daarbij verstandig om in

ieder geval de GGZ, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, complexe psychiatrie, forensische zorg en LVB expertise aan tafel te hebben om tot de juiste beslissingen te komen.

- De institutionele rol van regiebehandelaar houdt ook in dat deze zou moeten voorzien in een informatie - en registratiesysteem. In Breda is er een informatiesysteem in ontwikkeling, maar daar zal niet alle informatie in staan. Het elektronische patiëntendossier zal in ieder geval worden ondergebracht bij de coördinerende levensloopaanbieder. Op dit moment is er eigenlijk alleen nog maar een gemeenschappelijke agenda. Dit is onvoldoende voor mensen die inhoudelijk bezig zijn met het zorgtraject. In Bergen op Zoom is er een gemeenschappelijk informatiesysteem op komst. Er wordt nog gewerkt aan de veiligheid van het systeem voor de partners die er gebruik van gaan maken.

Bijdrage van deze pilots aan het lerende systeem

- Het gaat stukken sneller om tot de geëigende aanpak te komen als de tijd wordt genomen om eerst met een groep samen te zitten om de strategie te bepalen voordat het eerste gesprek met de cliënt plaatsvindt.
- Om doeltreffend te kunnen handelen zou er een overzicht moeten zijn van alle mogelijke interventies, zodat de casemanagers weten welke interventies ze ter beschikking hebben. Nu zitten de interventies nog teveel in de hoofden van de verschillende teamleden, zodat ze niet altijd beschikbaar zijn (als een hulpverlener bijvoorbeeld niet deelneemt aan een overleg).
- Er wordt met verschillende disciplines naar casussen gekeken. Het wordt tijd om het nut aan te tonen daarvan.

Welke doorontwikkeling is nodig?

- Het vertrouwen van de cliënt en aandacht voor de cliënt is voorwaarde. Maar dit is afhankelijk van de tijd die er per cliënt kan worden besteed. De financiën en tijd moeten nog geregeld worden. Het budget als team is nog onbekend.
- Bergen op Zoom zou de inzet van de hulpverlening willen versnellen. Als er een indicatie is, zou men daar meteen aan het werk willen. De aanwezigheid van een Wmo vertegenwoordiger bij een van de overleggen zou daarbij kunnen helpen. Dan kan de cliënt sneller uit de omgeving worden gehaald en naar stabiliteit en rust worden gebracht. Dat kan soms al heel veel schelen.
- Verder zou de woonladder opgeschud moeten worden, vindt men in Bergen op Zoom. Veel van de cliënten hebben nergens een plek om te wonen. Aparte woningen voor deze doelgroep zou het werk veel makkelijker maken. Ook de samenwerking met woningbouwcorporaties kan beter. Ze werken soms contraproductief in de dossiers omdat ze cliënten uit hun woning zetten. Daarnaast heeft men het gevoel dat cliënten altijd in een omgeving neergezet waar al heel veel problemen zijn, waardoor ze overprikkeld raken. In Breda is de samenwerking met woningbouwcorporaties beter.

2.6 Verwachtingen bij het vervolg van de pilot

Op basis van de pilot zijn de volgende verwachtingen geuit en aanbevelingen gedaan.

- Men verwacht meer behandelaars, meer overleg (vooral tussen regisseurs en trajectbegeleiders/casemanagers), meer dossiervorming en rapportages.

- Aansluitend op het vorige punt ontstaan er waarschijnlijk problemen omdat er geen goed werkend systeem is waar iedereen in kan kijken, een dergelijk systeem wordt wel gezien als voorwaarde
- Men verwacht steeds meer te gaan ontdekken wat de eigen lijn/aanpak is; men is daar nu nog niet ("ik ben nog een beetje stuurloos nu").
- Er worden successen verwacht: de resultaten in deze doelgroep waren (voor de pilot) sowieso al nihil, dus alles daarboven is positief meegenomen. Er wordt verder gehoopt op positieve feedback vanuit de cliënten, maar ook vanuit de hulpverleners.

Terugkijkend op het traject doet het vreemd aan dat de verantwoordelijkheid (als behandelaar) bij verschillende partijen is belegd, terwijl er op basis van andere ervaringen in het veld (met name in Tilburg) juist voor is gepleit om dit centraal te beleggen bij een partij die de volle verantwoordelijkheid voor het zorgtraject kan dragen. In Bergen op Zoom is het intensiever betrekken van de regiebehandelaar dan ook een regelmatig onderwerp van gesprek. De organisatie en borging van de aanpak hoog complex kan met andere woorden nog beter.

Ook de financiële en organisatorische toekomst is onzeker. De professionals die betrokken zijn bij de pilots komen daarom met vragen als:

- Kunnen cliënten volgend jaar ook weer rekenen op begeleiding?
- Zijn er nog uren voor de hulpverleners volgend jaar?
- Hoe ver is het project nu eigenlijk?
- Gaan de aangehaakte organisaties door met dit project?

3. Conclusies

De pilots in Breda en Bergen op Zoom zijn gemonitord met als oogmerk om de opbrengst ten behoeve van het lerende systeem in beeld te brengen. In dit opzicht kan er zondermeer worden geconcludeerd dat er sprake is van een steile leercurve bij de betrokken professionals. Zij hebben kunnen experimenteren met de aanpak hoog complex en zijn daarbij tegen een aantal punten opgelopen. Hieronder worden deze punten opgesomd op volgorde van de evaluatiethema's die de faculteit van Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit heeft gebruikt bij hun evaluatie van de aanpak hoog complex.

1. Het is de bedoeling dat de hulpverleners bij de aanpak hoog complex leren om over hun eigen grenzen heen te kijken.
 - Tijdens de pilots blijkt dat dit punt met name opgaat voor casemanagers of trajectbegeleiders. Door de kruisbestuiving met andere disciplines die worden ingeschakeld leren zij op een andere manier naar hun cliënten kijken. Er kunnen problemen bij cliënten spelen waar casemanagers zich minder van bewust zijn. Collega hulpverleners die op basis van hun expertise worden ingeschakeld wijzen hier in dat geval op. Maar voor *deze* hulpverleners geldt in mindere mate dat zij over hun eigen grenzen heen kijken: zij worden vooral ingeschakeld om hun (bestaande) kennis en kunde in te brengen.
 - Toch kan worden gesteld dat de horizon van alle hulpverleners in meerdere of mindere mate wordt verbreed. Voorbeelden hiervan zijn dat hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg leren kijken door de bril van hulpverleners met expertise van licht verstandelijke beperkingen of de verslavingszorg en vice versa. Bepaalde symptomen vertonen overlap en in dialoog leert men om deze signalen anders te interpreteren.
 - Het over de eigen grenzen heen kijken zonder bureaucratische regels blijkt nog het beste te gedijen in een omgeving waarin informeel overleg kan plaatsvinden. Een voorbeeld van zo'n omgeving vinden wij in Bergen op Zoom. In dit Zorg- en Veiligheidshuis is het een komen en gaan van professionals die bij de aanpak hoog complex betrokken zijn. Er zijn werkplekken en overlegruimtes voor hen. Deelnemers aan de monitoringsgesprekken geven aan dat het in dit klimaat gemakkelijker is om de praktische toepassing van de aanpak over de eigen grenzen heen te laten evolueren.
2. De hulpverleners moeten het lef hebben om creatief te zijn en buiten hun boekje te gaan.
 - Ook dit punt gaat vooral op voor casemanagers. Zij gaan misschien in eerste instantie vooral buiten hun boekje qua beschikbare uren en werktijden. Maar daarnaast vervullen ze ook een ombudsfunctie door bepaalde zaken aan te kaarten in het belang van de cliënt. Zij lopen hierbij tegen beperkingen aan (zo is huisvesting bijvoorbeeld een groot probleem), maar staan op deze manier in ieder geval naast de cliënt en niet tegenover hem of haar.
 - Ook procesmanagers moeten creatief zijn. Beide procesregisseurs geven aan dat ze al een aantal malen hun doorzettingsmacht hebben moeten laten gelden en dat zij daarbij tegen weerstanden zijn aangelopen. Een belangrijke, nog op te lossen weerstand hierbij is, dat alle instanties waarop een beroep wordt gedaan nog bekend moeten raken met de ketenveldnorm. Want als je hierop wilt beroepen is kennis daarvan bij de tegenpartij onontbeerlijk.

- Bij de overige hulpverleners die betrokken worden in de aanpak hebben wij nog het idee dat zij hun vrijheid nog moeten bevechten of anders ontdekken. Zij wijten dit zelf vooral aan inzetbeperkende regels en/of de vergoedingensystematiek.
3. De aanpak hoog complex vergt teamwerk waarbij de inzet van professionals altijd ten gunste moet komen van het aanpakken van het meest dringende probleem van de cliënt.
- Het is misschien een voor de hand liggende constatering, maar de hierboven genoemde belangenafweging blijkt voor een deel gemaakt te worden op basis van middelen. De casemanagers en regisseurs hebben nu eenmaal veel mandaat en tijd gekregen om te besteden aan de nieuwe aanpak en de andere hulpverleners niet. Dit resulteert in een moeizaam op gang komende samenwerking en in beperkingen bij de samenwerking. Samen op bezoek gaan bij een cliënt is in deze context bijvoorbeeld moeilijk te realiseren, terwijl dat soms wel goed zou zijn.
 - We merken dat fysiek samen in een locatie werken niet alleen positief is voor de praktische uitwerking van de aanpak, maar ook voor het teamwerk. Zoals eerder gezegd, leidt fysieke nabijheid tot een spontanere kruisbestuiving.
4. De aanpak hoog complex vergt een onpartijdige beoordeling van meldingen van verward of onbegrepen gedrag. Deze komt tot stand door het betrekken van expertise uit zoveel mogelijk verschillende bronnen.
- Dit lukt deels, maar nog niet helemaal. Tussen de twee pilots zien wij verschillen. Het lijkt erop dat de casemanagers in Bergen op Zoom meer expertise ter beschikking hebben op het vlak van psychische problematiek dan de casemanagers in Breda. Dit heeft – zoals eerder gezegd – te maken met de achtergronden en opleidingen van de casemanagers in Bergen op Zoom. Naast deze casemanagers er is nu ook een casemanager van de Forensisch Psychiatrische Polikliniek betrokken in het project. Tenslotte is er in Bergen op Zoom een fysieke locatie om samen te werken. Dit komt het betrekken van andere expertises ook ten goede.
 - Tijdens de pilot is verder gebleken dat het op bepaalde momenten heeft ontbroken aan expertise op het terrein van verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg en licht verstandelijke beperkingen. Oorzaak hiervan was de snelheid van de interne besluitvorming bij de partijen die expertise zouden leveren en het aantal uren dat deze partijen ter beschikking hebben gesteld.
5. Het is belangrijk voor de aanpak hoog complex dat er contact is met het voorliggende veld en de gespecialiseerde hulpverlening.
- Omdat er tijdens de pilot gewerkt is met casussen die al in beeld waren, is er nauwelijks tot geen sprake geweest van contact met het voorliggende veld. Er is bijvoorbeeld nog geen contact geweest met de Wijk-GGD/GGZ en de contacten met het gemeentelijke meldpunt hebben zich (in Breda) beperkt tot een uitleg over wat de aanpak hoog complex behelst. In Bergen op Zoom is er zelfs nog in het geheel geen contact geweest.
 - Vanuit bestaande casussen geredeneerd is het logisch dat er meer contacten zijn met de gespecialiseerde hulpverlening. Toch zijn ook deze contacten spaarzaam geweest. En als ze er waren, dan verliepen ze moeizaam. Dat laatste wordt onder andere veroorzaakt door onwetendheid over wat de ketenveldnorm inhoudt en waarom de F-HIC deze doelgroep moet bedienen.

Naast de evaluatiethema's van de faculteit van Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit vinden wij het van belang om de volgende conclusies apart te benoemen.

- Vanuit het voorgaande ligt dit natuurlijk voor de hand, maar de huisvesting van het team is een niet te onderschatten factor. Zoals eerder aangegeven wordt de creatieve samenwerking vergemakkelijkt door fysieke nabijheid.
- Verder blijkt een gemeenschappelijk informatiesysteem onontbeerlijk te zijn voor een goede samenwerking. Ten tijde van de pilot was er hoogstens sprake van een gezamenlijke agenda. Dit is onvoldoende om inhoudelijk op de hoogte te zijn van de status van een casus en om te bepalen of er eventueel aanvullende acties nodig zijn of een casus over te nemen als dat zou moeten.
- Het punt hiervoor blijkt samen te hangen met de vraag wie de regie voert over de hulpverlening. Het is van belang om onderscheid te maken tussen procesregie en regie op het zorgtraject. Tijdens de pilots is de regie voor het zorgtraject belegd bij de hulpverleners. De vraag is of dit de juiste keuze is omdat er dan geen centrale verantwoordelijkheid is. Als deze er zou zijn, dan kan deze vervolgens ook de verantwoordelijkheid nemen voor de informatievoorziening. De informatievoorziening is dan, omdat het nu eenmaal om vertrouwelijke informatie gaat, geënt op strikte privacyregels. Hulpverleners met aanvullende expertise kunnen om hun werk te kunnen doen dan toegang krijgen tot (delen van) deze informatie zonder grote risico's op overtredingen van de privacywetgeving. Ons inziens is dit één van de belangrijkste leerpunten van dit monitorproject.

Colofon

Door

Martin de Bruin, onderzoeker

In opdracht van

ZonMw

Uitgave

Januari 2023

Contact

Martin de Bruin

m.bruin@ggdwestbrabant.nl

06 – 434 97 339