



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

Samenvatting van de uitkomsten van TSD toezichtonderzoek in 2020-2021 in Midden-Drenthe

Conclusies

TSD zag in Midden-Drenthe dat professionals rondom de inwoners die herstellen na verward gedrag betrokken zijn bij deze kwetsbare mensen. De samenwerking tussen de organisaties voor een inwoner die acute zorg nodig heeft of een justitiële titel heeft, kent een sterkere samenhang (structuur) dan wanneer er alleen (nog) sprake is van behoefte aan zorg en ondersteuning in een vrijwillig kader.

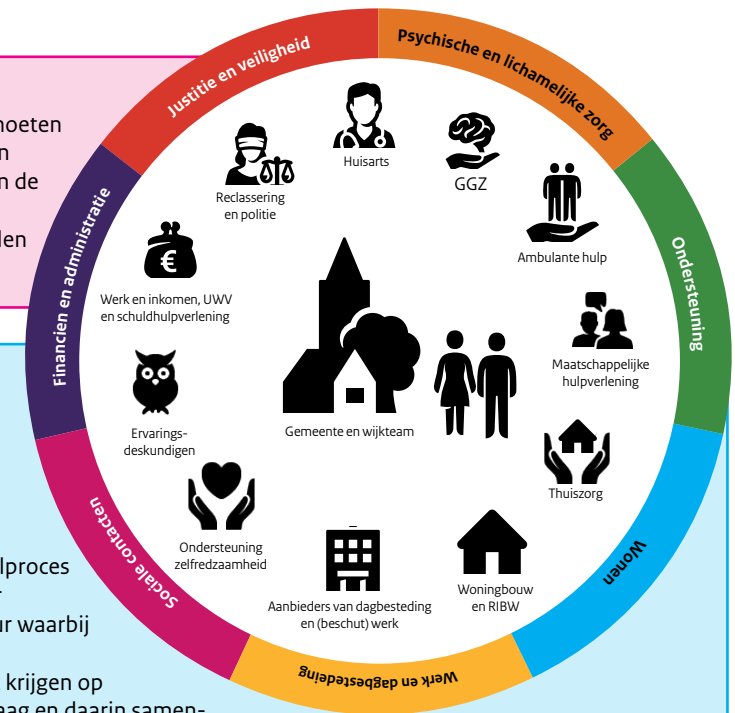
Kwetsbare mensen met psychische problemen die zelf hun hulp moeten organiseren heeft de gemeente op dit moment niet goed genoeg in beeld. Voornamelijk voor hen ziet TSD risico's op overschatting van de eigen kracht en in de continuïteit van de hulp. Daardoor kunnen eerdere inspanningen teniet worden gedaan. En kan het er toe leiden dat zwaardere inzet van zorg en ondersteuning nodig is.

Wat gaat goed?

- Professionals zijn zeer te spreken zijn over de onderlinge 'korte lijntjes'.
- UWV heeft goede ervaring met Wmo-consulenten waar ze beelden over de eigen kracht van een inwoner met elkaar kunnen delen.
- Bij de re-integratie op de arbeidsmarkt is er aandacht voor eigen regie. De inwoner kiest een organisatie voor re-integratie waar hij/zij een klik mee heeft.
- Een inwoner mag zelf kiezen bij wie van de meerdere wmo-aanbieders in Midden-Drenthe hij ondersteuning wil afnemen. Hij/zij kan hierbij gebruik maken van een onafhankelijk cliënt-ondersteuner.
- GGZ Drenthe heeft voor de opbouw van het sociaal netwerk een maatschappelijk werker in dienst. En zij merken dat het een gunstig effect heeft, ook voor mensen die het contact met hun naasten al lang verloren zijn.
- Het is positief dat de afstemming tussen Wmo-consulent en Wmo-aanbieder over benodigde extra uren in de regel naar tevredenheid verloopt.
- De Bed-op-recept regeling (BOR) biedt ggz-patiënten die een crisis voelen aankomen de mogelijkheid om een rustige nacht in de kliniek door te brengen.
- Gemeente Midden-Drenthe spant zich in voor een vloeiende overgang van financiering van Justitie naar Wmo, zodat als er onduidelijkheid over is, dit niet ten koste gaat van de ondersteuning aan de inwoner.
- Beilen heeft een kliniek voor ggz-patiënten (Duurzaam verblijf). Deze investeert in de relatie tussen de inwoners van de kliniek en de overige inwoners door voorlichting aan de inwoners van de wijk. En door de inwoners van de kliniek actief te betrekken bij het netjes houden van de wijk.
- De politie Midden-Drenthe brengt alle E33 politiemeldingen in in het meldpunt van de OGGz. Daar wordt gewogen of de betrokken inwoner in het bredere OGGz-netwerk moet worden besproken.

Wat kan beter?

1. Zorg ervoor dat de complete doelgroep in beeld komt a.d.h.v. regiobeelden.
2. Zet de inwoner met (eerder) verward gedrag in het herstelproces centraal, door te zorgen voor 1huishouden-1plan-1regisseur waarbij de professionals:
 - in een eerder stadium zicht krijgen op de oorzaken van de hulpvraag en daarin samenwerking zoeken.
 - expliciete afspraken maken over de waakvlamfunctie en (warme) overdracht.
3. Investeer gezamenlijk (gemeente en zorgorganisaties) in de professionals zodat zij:
 - een vertrouwensband met de inwoner op kunnen bouwen. Met als doel een betere inschatting van de eigen kracht en duurzamere hulp,
 - integraal kunnen werken,
 - meer kennis krijgen van de mogelijkheden om informatie te delen en elkaars belang leren kennen,
 - meer expertise krijgen (of betrekken) in de omgang met de inwoners met psychische problemen,
 - onderling, professionals uit verschillende organisaties en domeinen, goede en duurzame verhoudingen kunnen opbouwen om ggz-expertise uit te wisselen.
4. Inventariseer welke vorm van laagdrempelig aanbod passend is in de buurt en werk hierbij meer samen met (professioneel) ervaringsdeskundigen.





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

Toelichting bij de infographic Grip op herstel in Midden-Drenthe

Inleiding

In 2019 is Toezicht Sociaal Domein (TSD)¹ gestart met de uitvoering van het toezichtproject Grip op herstel na verward gedrag. Hierin bekijkt TSD in drie gemeentes (Arnhem, Lelystad en Midden-Drenthe)² in hoeverre mensen die verward zijn geweest als gevolg van ggz-problematiek passende en samenhangende zorg en ondersteuning krijgen bij hun proces van herstel.³ De mate waarin er rekening wordt gehouden met de eigen kracht van de inwoner maakt hier ook onderdeel van uit. De factsheet geeft de uitkomsten van het onderzoek in de gemeente Midden-Drenthe weer. De uitvoering van onderzoek liep van september 2020 tot en met april 2021. In deze toelichting gaan we nader in op de uitkomsten. De Wmo-toezichthouder van Midden-Drenthe is in alle fases van het onderzoek betrokken geweest.

Het doel van het toezicht is om regionale en lokale partijen te stimuleren hun aanpak personsgericht, passend, effectief en integraal vorm te geven. Rode draden uit de drie onderzoeken agendeert TSD bij de voor dit onderwerp relevante partijen zoals ministeries.

Voor kwetsbare personen met (soms ernstige/chronische) ggz-problematiek betekent herstel meer dan alleen herstel op het gebied van psychische en/of lichamelijke gezondheid. Het gaat om persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel (participatie). Het kunnen meedoen en meekomen in de maatschappij. Daarom heeft TSD gekeken naar herstel op meerdere leefgebieden: wonen, werken/dagbesteding, financiën, gezondheid (psychisch en lichamelijk), vrije tijd, zingeving, sociale contacten en in aanraking komen met justitie (zie bijlage 2 voor een overzicht van de bij het onderzoek betrokken organisaties in het sociaal domein).

Het herstel moet vorm krijgen op lokaal niveau, gericht op de wijk, waar de inwoner zorg en ondersteuning vindt. Om een beeld op te halen van de lokale werkelijkheid, richtte het onderzoek in Midden-Drenthe zich op professionals die werken voor de dorpen Beilen en Smilde. Om het perspectief van de inwoner te vertegenwoordigen hebben we in elke fase professioneel ervaringsdeskundigen betrokken. Zie verder bijlage 1 over de opzet van het onderzoek.

De uitvoering van het onderzoek in Midden-Drenthe is gestart tijdens de Covid-pandemie. De pandemie is van invloed op de wijze waarop hulpverleners en vrijwilligers hun zorg en ondersteuning kunnen bieden aan mensen met een psychische kwetsbaarheid. Waar mogelijk zeggen we hier ook iets over in de toelichting.

Leeswijzer

Hieronder volgen eerst de conclusies en daarna worden de uitkomsten in drie paragrafen toegelicht. Daarin is aangegeven wat er goed gaat en wat beter kan. De goede voorbeelden worden in de roze kaders beschreven. Tot slot heeft TSD een aantal aanbevelingen geformuleerd op basis van besprekingen van de uitkomsten met vertegenwoordigers van de betrokken organisaties.

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

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

³ TSD werkt in haar toezichtonderzoeken waar mogelijk nauw samen met Wmo-toezichthouders.

Conclusies

De professionals rondom de inwoners van Beilen en Smilde die herstellen na verward gedrag zijn betrokken bij deze kwetsbare mensen. Zij kunnen bovendien in hun werk terugvallen op collega's vanwege de korte lijnen tussen bekende samenwerkingspartners in de gemeente Midden-Drenthe. TSD zag in Midden-Drenthe mooie voorbeelden van 'eigen regie' bij de inwoner zoals de vrije keuze in een zorgaanbieder en klikgesprekken met de professional van een re-integratiebureau. En wellicht heeft de gemeenschap in de dorpen met een hechte verenigingscultuur meer dan gemiddeld draagkracht om deze doelgroep te laten participeren.

In Midden-Drenthe ziet TSD dat de samenwerking tussen de organisaties voor een inwoner die in een acute zorg nodig heeft of een justitiële titel heeft gestructureerder is dan wanneer er alleen (nog) sprake is van zorg / ondersteuning in een vrijwillig kader. Het is begrijpelijk dat inwoners in deze situaties meer aandacht krijgen vanwege het gevaar voor zichzelf of anderen. Professionals in de ggz, maar ook de praktijkondersteuner huisartsenzorg (poh) ggz en de Wmo hebben hun handen vol aan de mensen die (opnieuw) in crisis verkeren of waar het voorkomen van nog verder afglijden het doel is. Maar door het gebrek aan passende en samenhangende zorg en ondersteuning in de vrijwillige fase ontstaat het risico dat deze inwoners uiteindelijk ook een gevaar voor zichzelf of anderen vormen.

Deze groep heeft de gemeente op dit moment niet goed genoeg in beeld. Voornamelijk voor deze kwetsbare groep die afhankelijk is van hulp in het vrijwillig kader ziet TSD risico's op overschatting van de eigen kracht en in de continuïteit van de hulp waardoor eerdere inspanningen teniet kunnen worden gedaan.

Professionals lopen op drie niveaus aan tegen knelpunten die brede herstelgerichte zorg en ondersteuning in de weg staan, namelijk:

1. Als gevolg van de aard van de problematiek van de inwoner:
 - Het gebrek aan motivatie bij de inwoner en de onmacht bij de professionals om hier iets in te veranderen.
 - Het wantrouwen richting de hulpverlening.
2. In de gemeente en betrokken organisaties:
 - Niet afstemmen op basis van een integraal plan of vroegsignaleren en casuïstiek bespreking.
 - Het gebrek aan of onduidelijkheid over regie op de algehele zorg en ondersteuning.
 - Te weinig autonomie bij de professionals om samen te werken informatie te delen.
 - Weinig echt laagdrempelig aanbod in de buurt voor mensen die herstellende zijn van ggz-problematiek.
3. In wetgeving en financieringsstelsels
 - De beperkingen om informatie te delen met andere betrokken partijen.
 - Het ontbreken van financiering voor samenwerking en expertise delen in het kader van preventie.

Uitkomsten

1. **De mate van eigen kracht van de inwoner staat centraal in het bieden van zorg en ondersteuning aan inwoners. Wij zien mooie voorbeelden van eigen regie. Daarnaast liggen er belangrijke verbeterpunten.**

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

Professionals schatten in wat een inwoner aankan, maar organisaties zouden meer kunnen samenwerken om tot een gedeeld beeld te komen.

Vrijwel alle bevestigde organisaties maken een inschatting van de eigen kracht van een inwoner. De inschatting is een momentopname en het is soms een zoektocht om na te gaan in hoeverre ze iemand even bij de hand moet nemen. Bij een deel van de partijen, zoals de Wmo-consulent, Welzijnswerk, reclassering en ambulante ondersteuners, is de inschatting onderdeel van hun taak. De reclasseringsorganisaties nemen hierbij minder dan andere organisaties de inwoner als uitgangspunt bij de inschatting van de eigen kracht en eigen regie. Zij houden in hun begeleiding rekening met de terugval in criminaliteit. De rol van de reclassering is gericht op het beperken van het recidiverisico, waarbij herstel in brede zin niet zonder meer hetzelfde is.

Naast de bovengenoemde organisaties zijn er ook organisaties die voor de uitvoering van hun taak moeten weten wat een inwoner zelf kan, maar vanuit hun rol geen inschatting maken van de eigen kracht. Bijvoorbeeld de politie en woningbouwvereniging, deze partijen in Midden-Drenthe hebben wel oog voor de specifieke situatie. Ze zijn afhankelijk van wat andere betrokken organisaties met hen kunnen delen. Vooral vanuit de woningbouw ligt er een wens om beter geïnformeerd te zijn over de mate van eigen kracht en de ondersteuning die nodig is. Politie en woningbouw zijn op hun beurt partijen die signaleren dat een inwoner (weer) hulp nodig heeft. De beelden over de mate van eigen kracht van de verschillende organisaties komen echter niet voor elke inwoner samen (zie paragraaf 2 en 3 voor de oorzaken).

Een goed voorbeeld waar organisaties met elkaar in overleg gaan over de mate van eigen kracht zag TSD tussen de Wmo-consulent en UWV. Zij delen beelden met elkaar over de eigen kracht van een inwoner.

Op meerdere leefgebieden zien professionals de gevolgen van overschatten eigen kracht (inclusief eigen regie)

Een deel van de organisaties vindt dat er beter geluisterd moet worden naar en meer geredeneerd moet worden vanuit de inwoner. Eigen kracht wordt soms zo strak opgevat dat mensen alles zelf moeten kunnen doen. Het is wel van belang dat een inwoner waar mogelijk zelf kan kiezen en kan aan geven wat voor hem prioriteit heeft (eigen regie).

Professionals uit verschillende domeinen geven aan dat zij in de uitvoering van hun werk overschatting van de eigen kracht van de inwoner tegenkomen of dat zij ook zelf een inwoner overschat hebben. Ze zien in hun praktijk inwoners die meer ondersteuning nodig hebben op het gebied van administratie, financiën, wonen en zorg.

Ze zien ook welke gevolgen dit voor de inwoner heeft, namelijk verergering van de bestaande problemen waaronder ook de ggz-problematiek. De afzonderlijke professional kan niet altijd eigenstandig iets veranderen aan de situatie omdat;

- die niet in een eerder stadium wist dat er sprake was van overschatten (oorzaak is ontbreken van kennis en expertise over ggz-problematiek, maar ook het gebrek aan informatie delen tussen organisaties)
- niet iedere professional weet welke aanpak dan wel werkt (oorzaak is ontbreken van kennis en expertise van de doelgroep)
- hij niet altijd in een positie (taak en rol) verkeert om het anders aan te pakken. (verantwoordelijkheid in de organisatie en rol in het netwerk)

Dat zouden ze graag anders zien.

TSD zag een aantal mooie voorbeelden van eigen regie in Midden-Drenthe

- Bij de re-integratie op de arbeidsmarkt is er aandacht voor eigen regie. Zo werkt een van de organisaties met klikgesprekken: de inwoner kiest een organisatie voor re-integratie waar hij/ zij een klik mee heeft.
- Een inwoner van Midden-Drenthe kan zelf kiezen bij wie hij Wmo-ondersteuning wil afnemen. Er zijn meerdere aanbieders in Midden-Drenthe. De inwoner kan hierbij gebruik maken van een onafhankelijk cliëntondersteuner van Welzijnswerk Midden-Drenthe. In de praktijk blijkt dat inwoners nauwelijks zelf naar onafhankelijke cliëntondersteuning vragen. Vaak adviseert de gemeente ze daarover als ze inschatten dat het voor iemand lastig is om een keuze te maken. De cliëntondersteuner van Welzijnswerk probeert naast de cliënt te staan.

De mate van eigen kracht (inclusief de mate om zelf regie te kunnen voeren) bij inwoners met ggz-problematiek kan fluctueren. Bovendien zien meerdere professionals dat de motivatie of een wens bij de inwoner om aan het herstel te willen werken fluctueert (afzwakt of volledig verdwijnt).

"Als iemand vanuit een gesloten inrichting naar buiten toe wil, kan hij gemotiveerd over komen, maar dit kan buiten zo weer over zijn."

Ervaringsdeskundigen gaan ervan uit dat hulp alleen effectief kan zijn als de inwoner het zelf wil. Een gebrek aan motivatie kan onwil zijn, maar is volgens de professionals en ervaringsdeskundigen vaak ook onmacht. Professionals die de terughoudendheid van een inwoner ten onrechte inschatten als onwil schaden zijn herstelproces.

Professionals vragen zich soms af tot wanneer ze moet (blijven) investeren in het motiveren van een inwoner die geen hulp wil? De ggz schetst een beeld dat een deel van deze inwoners helemaal geen zin/behoefte heeft om begeleid te worden. Zij leggen de vraag op tafel of je er dan zoveel tijd en energie in moet steken. De vraag die wat hen betreft voorligt is: In welke mate accepteert de omgeving het afwijkende gedrag van deze persoon? (Zie ook behoefte aan anti-stigma activiteiten in paragraaf 2). Wat is het gevaar voor de inwoner en de omgeving? Dit zijn risico-inschatting en Wmo en ggz zouden deze voortdurend gezamenlijk moeten maken. Op dit moment echter denkt de ggz pas mee als een situatie is geëscaleerd.

Professionals zien het belang van het betrekken van naasten, maar hier mag bij de zorg en ondersteuning meer aandacht naar uitgaan

De professionals en professioneel ervaringsdeskundigen zien het belang van het betrekken van naasten (zoals familie, vrienden en burens) bij het herstel. Ze zijn een bron van informatie en kunnen de inwoner de nodige 'stut en steun' bieden.

Het betrekken van naasten zou meer aandacht kunnen krijgen in de organisaties. Professionals denken er niet altijd aan om dat te doen. De belangrijkste reden op dit moment om naasten te betrekken is het in kaart brengen van de behoeften en oplossingsrichtingen voor de inwoner.

In de kleine kernen, zoals Beilen en Smilde is de sociale betrokkenheid naar buurtbewoners groot. Naasten en de directe omgeving bieden in veel gevallen al ondersteuning voordat er een beroep op de Wmo wordt gedaan. De Wmo-consulent weegt dit mee in de beslissing in hoeverre naasten een rol krijgen in de Wmo ondersteuning.

Eén van de dorpen heeft positieve ervaringen met het betrekken van naasten bij de herhuisvesting (i.v.m. overlast) van inwoners met ggz-problematiek. Daar konden de inwoners die nog met hun familie in contact stonden succesvol geherhuisvest worden. De familie stelde vragen en kwam op voor de belangen van de inwoner. In de nieuwe woonomgeving waren burens ook makkelijker te betrekken als er nog naasten betrokken waren. Dan kwam er de respons dat zij wel een oogje in het zeil wilden houden. Als er geen netwerk was dan lukte het herhuisvesten in veel gevallen niet. Als iemand zonder netwerk ergens komt wonen dan zijn buurtbewoners er minder attent op om iets te betekenen voor deze persoon.

De focus op het betrekken van naasten verdwijnt gaandeweg omdat dit veel tijd en aandacht vraagt van de hulpverleners die ze anders besteden aan zorg en ondersteuning aan de inwoner. Meerdere professionals hebben de ervaring dat contact tussen de inwoner en de naasten niet meer gewenst is vanuit de inwoner en/ of de naasten. Reclassering en Werk en Inkomen merken dat het netwerk ook negatief van invloed kan zijn op het herstel van de inwoner. Deze organisaties richten zich op het aangaan of aanhalen van contacten die positief bijdragen aan herstel.

GGZ Drenthe heeft voor de opbouw van het sociaal netwerk een maatschappelijk werker in dienst. En zij merken dat het een gunstig effect heeft, ook voor mensen die het contact met hun naasten al lang verloren zijn.

2. Professionals inventariseren op meerdere leefgebieden wat er bij een inwoner speelt, maar dit leidt voor een deel van de inwoners nog niet tot een integrale aanpak.

*Waar kijken we naar: Om inwoners met ggz-problematiek goed in hun herstelproces te ondersteunen, is het van belang dat hun zorgbehoefte, zelfredzaamheid en competenties **integraal in kaart worden gebracht**. Dat houdt in dat niet alleen de actuele hulpvraag en wensen worden geïnventariseerd, maar dat ook gekeken wordt naar **mogelijk achterliggende hulpvragen op alle leefgebieden** zoals wonen, werken, inkomen, zorg, vrije tijd en zingeving.*

*Er is een geïntegreerde, wijkgerichte benadering zodat de zorg en ondersteuning op alle leefgebieden **dichtbij** beschikbaar en toegankelijk zijn. Om integraal aan herstel te kunnen werken is het bovendien van belang dat er **continuïteit** in zorg en ondersteuning is.*

Veel van de organisaties kijken over alle leefgebieden heen naar wat een inwoner nodig heeft, dit leidt meestal niet tot een integraal plan en een integrale aanpak

TSD ziet dat veel organisaties in Midden-Drenthe breed kijken wanneer inwoners die herstellende zijn van verward gedrag zich bij hen melden. Dat breed kijken wil zeggen dat zij bij het onderzoeken van de gestelde hulpvraag ook oog hebben voor de andere problemen van de aanvrager en dus verder kijken dan één specifiek leefgebied. Inwoners die herstellende zijn van verward gedrag hebben soms bijvoorbeeld naast aangevraagde Wmo-voorzieningen ook financiële

problemen en dus behoefte aan schuldhulpverlening. Om zich een breed beeld van de inwoner te vormen nemen professionals contact op met andere betrokken organisaties (als de inwoner hen informeert over de betrokkenheid en toestemming geeft om informatie op te vragen). De Wmo-consulent doet onderzoek naar de inwoner om de hulpvraag te bepalen en om de doelen te benoemen, maar de Wmo-aanbieder krijgt de informatie van de consulent alleen als de inwoner die zelf verstrekt (zie ook paragraaf 3 over samenwerken).

Die brede blik leidt in de regel echter niet tot een plan, dat verder reikt dan het leefgebied(en) waar de gemelde hulpvraag betrekking op heeft. Evenmin leidt het tot afstemming van de acties die de afzonderlijke organisaties ondernemen. Elke organisatie stelt een eigen plan op met eigen doelen en activiteiten om die doelen te bereiken. Zo kan het voorkomen dat de ene organisatie niet weet, waar een andere mee bezig is. In paragraaf 3 over samenwerken gaan we dieper in op de redenen waarom het professionals niet lukt om tot die samenwerking te komen.

Knelpunten in het bieden van continuïteit in zorg en ondersteuning aan de inwoner met ggz-problematiek

Continuïteit is een belangrijke voorwaarde voor passende, resultaatgerichte en samenhangende zorg en ondersteuning. En hoewel de professionals die wij hebben gesproken stuk voor stuk betrokken zijn bij hun cliënten/ klanten/ patiënten, ziet TSD dat die continuïteit er nog onvoldoende is. Dat heeft in ieder geval deze oorzaken:

Een eerste oorzaak die continuïteit in de weg staat, is het eerdergenoemde gebrek aan gezamenlijke planvorming met name voor de inwoners waar geen sprake is van een urgentie door een crisis of veiligheidsgevaar. De afzonderlijke professionals hebben dan geen compleet beeld van deze inwoner waardoor acties niet kunnen worden afgestemd.

Een tweede oorzaak is het gebrek aan de mogelijkheid om de zorg en ondersteuning op te schalen naar bijvoorbeeld de ggz. Dat wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de wachtlijsten. Die zijn er voor de ggz, maar ook voor Beschermd Wonen (ook voor cliënten die er zouden moeten verblijven met een justitiële titel). In de periode dat een persoon op de wachtlijst staat, proberen de poh-ggz en/ of de Wmo-aanbieders zo goed mogelijk hulp te bieden. Desondanks merken Wmo-aanbieders dat het niet toereikend is, ook al is er maximale ondersteuning.

- Het is positief dat de afstemming tussen Wmo-consulent en Wmo-aanbieder over benodigde extra uren in de regel naar tevredenheid verloopt. De Wmo-consulenten zijn bereikbaar en de Wmo-aanbieders merken dat hun verzoeken doorgaans gehonoreerd worden.
- Een goed voorbeeld van flexibiliteit in zorg is de Bed-op-recept regeling (BOR). Die biedt ggz-patiënten die een crisis voelen aankomen de mogelijkheid om een rustige nacht in de kliniek door te brengen.

Als de zorg vanuit de ggz wordt afgeschaald en er nog wel ondersteuning vanuit de Wmo nodig is, liggen er ook knelpunten in de continuïteit. Voor de Wmo-aanbieders is het soms lastig dat ze geen informatie van de ggz krijgen over een gemeenschappelijke cliënt. (Zie verder paragraaf 3 over samenwerken).

Bij cliënten van de reclassering moet er, als de maatregel stopt, maar die persoon nog wel zorg nodig heeft, een beroep worden gedaan op een andere financiering. De overgang naar een Wmo-voorziening gaat niet altijd vloeiend omdat er dan bijvoorbeeld nog geen indicatie is. Professionals hebben de ervaring met de gemeente Midden-Drenthe dat als hier onduidelijkheid over is dit niet ten koste gaat van de ondersteuning aan de inwoner.

Doordat de inwoner niet de zorg krijgt die hij/zij nodig heeft, bestaat de kans dat problematiek verergert of zelfs escaleert. Een deel van de professionals geeft aan weleens onmacht te voelen in de zorg en ondersteuning aan inwoners die herstellen van verward gedrag. Om afglijden zoveel

mogelijk te kunnen voorkomen hebben zij behoefte aan meer samenwerking en kennis en informatie uitwisseling met de experts (ggz en de verslavingszorg). Zorg en ondersteuning aan deze doelgroep vraagt om een inspanning van alle betrokken partijen. Iedereen erkent dit en ziet het belang dat (o)ggz en verslavingszorg kennis en expertise over de doelgroep uitwisselen met de andere betrokken professionals. Dit gebeurt op dit moment niet, waarbij de ggz en de verslavingszorg aangeven dit niet te doen omdat zij geen financiering hebben voor deze preventieve taken.

Laagdrempelige (toegang tot) zorg en ondersteuning voor de doelgroep is er in beperkte mate.

Herstel in brede zin vraagt om zorg en ondersteuning dicht bij huis met een zo laag mogelijke drempel om er daadwerkelijk gebruik van te maken. Het lijkt echter te ontbreken aan echt laagdrempelige inloopmogelijkheden voor inwoners die herstellen van zware en soms chronische ggz-problematiek:

De toegang tot zorg en ondersteuning loopt via partijen als de huisarts, de Wmo-consulenten en Welzijnswerk. De laatste heeft in Beilen een dagelijks inloopsprek uur van 9.30 -12.30 uur, echter in verband met de Coronamaatregelen is dit lange tijd alleen telefonisch of per mail bereikbaar. Ook in Smilde kunnen inwoners alleen bellen of mailen.

De inloopvoorzieningen specifiek gericht op de groep inwoners met ggz-problematiek zoals 'De kantine' van GGZ Drenthe zijn de afgelopen jaren uit de kernen verdwenen. Het laagdrempelige aanbod in Beilen en Smilde is nog vooral gericht op ouderen. Verschillende professionals zijn van mening dat de uitgebreide verenigingsstructuur in de wijken en het netwerk vanuit de kerken een rol kunnen vervullen om weer te participeren in de samenleving. En ook om iemand laagdrempelig op te vangen wanneer het even niet zo lekker gaat.

Ondanks deze ontvankelijkheid zal een deel van de doelgroep zich niet thuis voelen in deze structuur. Zij voelen zich 'anders' en niet altijd geaccepteerd zoals ze zijn. Ze hebben behoefte aan een plek waar ze zichzelf kunnen zijn en als daar behoefte aan is ervaringen kunnen delen. De inbreng van (professioneel) ervaringsdeskundigen bij dit laagdrempelige aanbod is hierbij van belang.

Woningbouwverenigingen zien wel dat er soms veel gevraagd wordt van de buurtbewoners in de kleine kernen. Naast laagdrempelige hulp zijn daarom anti stigma activiteiten blijvend van belang voor de gemeente Midden-Drenthe. Het stigma vanuit buurtbewoners (en professionals) speelt een rol in het al dan niet kunnen participeren. Na een incident is het voor zowel de inwoner die verward gedrag vertoonde als de buurt lastig om weer in contact te treden. Eén geval van onrust of verward gedrag raakt de hele groep. Vaak geldt toch wel 'onbekend maakt onbemind'. De experts op het gebied van ggz-problematiek (OGGz, ggz inclusief verslavingszorg) zien het belang van voorlichting van hun kant aan anderen over ggz-problematiek en hoe de omgeving daar mee om kan gaan.

Hier heeft de gemeente een mooi voorbeeld van. Beilen heeft een kliniek voor ggz-patiënten die uit heel Nederland daar geplaatst worden en daar langdurig verblijven (Duurzaam verblijf). Daardoor heeft een klein dorp als Beilen relatief veel inwoners met zware ggz-problematiek. Buurtbewoners klaagden over de negatieve invloed van de aanwezigheid van de bewoners. Het kernteam (opbouwwerk, woningbouw, de wijkagent, wijkconsulent onder aansturing van de gemeente) investeert nu in de relatie tussen de inwoners van de kliniek en de overige inwoners. Zo heeft een medewerker van de kliniek voorlichting gegeven over wat er gebeurt in de kliniek. En een aantal inwoners van de kliniek zet zich in om de wijk netjes te houden. Dat heeft onder andere als doel om te de-stigmatiseren.

3. Voor een deel van de inwoners die herstellen van verward gedrag zijn er afspraken over de samenwerking en de coördinatie van hulp

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

Voor inwoners die als gevolg van hun ggz- problematiek een gevaar voor zichzelf of anderen vormen, worden de betrokken professionals beter in staat gesteld om samen te werken

Voor inwoners met een justitiële titel, zorgmijders die op de radar van het OGGz- netwerk komen en voor inwoners die Fact-zorg krijgen werken partijen uit verschillende leefdomenien samen aan het herstel.

- FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. GGZ Drenthe en de VNN bieden deze gespecialiseerde behandeling aan voor mensen in Midden-Drenthe met ernstige psychiatrische aandoeningen, die vaak problemen hebben op meerdere levensgebieden. Het FACT-team werkt samen met zorginstellingen woningbouwvereniging, de gemeente en organisaties op het gebied van dagbesteding en beschermd wonen.⁴
- OGGz-netwerkoeverleg: dit is een vangnet voor zorgmijders. Deelnemers zijn: GGZ Drenthe, Cosis, VNN, gemeente. Politie en woningbouw zijn vaak de partijen die signaleren dat inzet nodig is. De politie Midden-Drenthe brengt alle E33 politiemeldingen (meldingen over verward gedrag) in het meldpunt van de OGGz in. De meldingen worden op het meldpunt besproken door de sociaal verpleegkundige van de GGD met de psychiatrisch verpleegkundige van GGZ/VNN en Cosis. Zij onderzoeken of er al hulp aanwezig is, of hulp kan worden ingezet of dat het een OGGz melding moet worden. Deze laatste worden doorgezet naar het OGGz netwerk.⁵
- Zorg- en Veiligheidshuis Drenthe richt zich op complexe casussen die betrekking hebben op zowel het sociale domein als het veiligheidsdomein. Deelnemers zijn onder andere: de drie reclasseringsorganisaties, Openbaar Ministerie, politie, gemeenten en zorgaanbieders. Een kanttekening hierbij is dat het voor een kleine gemeente zoals Midden-Drenthe kostbaar is om hun nazorgcoördinator deel te laten nemen aan het regionaal georganiseerde Zorg- en Veiligheidshuis. Midden-Drenthe heeft dit zelfstandig georganiseerd. Hierdoor heeft de gemeente geen toegang tot de middelen van het Zorg- en Veiligheidshuis, zoals ingangen tot (registratie)systemen, als ook tot netwerken (o.a. met reclassering). De gemeente mist daardoor nu essentiële informatie van een ex-gedetineerde die terugkeert, of bijna terug gaat keren.

Wat helpt is dat er afspraken en samenwerkingsstructuren liggen voor inwoners die als gevolg van ggz-problematiek een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen. Er zijn afspraken gemaakt over wat de organisaties van elkaar mogen verwachten en over onderlinge informatie uitwisseling. Binnen die samenwerkingsverbanden maken betrokken organisaties op casusniveau afspraken over wie waarvoor verantwoordelijk is, wie de regie heeft en wat het doel van de samenwerking is.

Voor inwoners die herstellen van verward gedrag en (inmiddels weer) vrijwillig hulp hebben, is er geen domeinoverstijgende structuur

Voor de inwoners die geen overlast (meer) veroorzaken of waar geen acuut veiligheidsgevaar (meer) is, zijn er nagenoeg geen afspraken tussen betrokken organisaties over de regie en de informatie-uitwisseling. Deze inwoners zoeken of hebben voor hun herstel vrijwillig zorg en

⁴ Om de samenwerking tussen alle partijen rondom de inwoner met ernstige ggz-problematiek (EPA) te verbeteren, is men in Midden-Drenthe bezig met de oprichting van een Optimaal Leven team. VNN, GGZ Drenthe en Welzijnsgroep Sedna zijn hier in vertegenwoordigd.

⁵ Iedere gemeente c.q. regio heeft inmiddels een meldpunt. De meldpunten zijn in opbouw en nog divers ingericht. Een meldpunt is soms gemeentelijk, soms regionaal en soms provinciaal. De GGD/GHOR Nederland maakt een beeld van de meldpunten en ondersteunt in het in werking brengen ervan.

ondersteuning of mijden deze. Als de inwoner (tijdelijk) onvoldoende in staat is om zelf de regie te voeren, is hij afhankelijk van de betrokken professionals in de verschillende leefdomeneinen in hoeverre die in staat zijn/worden gesteld om met weinig of zonder onderliggende afspraken tot samenwerking te komen.

De multidisciplinaire overleggen en samenwerkingsverbanden in de gemeente, zoals de wijkteams, Welwozo en het Kernteam zijn niet ingericht op de informatie-uitwisseling en voortgangsbespreking van afzonderlijke casuïstiek. Ze zijn gericht op veelvoorkomende problematiek en ze bespreken deze in algemene zin. In het wijkteam kan casuïstiek wel worden ingebracht als een afzonderlijke organisatie dat wil, bijvoorbeeld omdat de hulpverlening vastloopt.

Een aantal organisaties zijn in geen van deze overleggen/samenwerkingsverbanden vertegenwoordigd. Dit geldt bijvoorbeeld voor AndersOm Thuisbegeleiding, de budgetconsulent, de werkconsulent, de inkomensconsulent, dagbestedingsorganisaties en het UWV. Deze partijen hebben wel in meer of mindere mate op inwonerniveau via bilaterale en multilaterale overleggen contact met anderen. Zij handelen dan proactief. Dat wil zeggen dat ze met toestemming van de inwoner zelf contact opnemen met andere partijen.

TSD ziet in Midden-Drenthe dat professionals zeer te spreken zijn over de onderlinge 'korte lijntjes'. De lijntjes zijn kort wanneer de partijen van elkaar weten dat zij betrokken zijn en ze elkaar kennen.

Uit het toezichtonderzoek komen verschillende knelpunten naar voren die de samenwerkingsrelaties in de weg staan.

Allereerst komt de samenwerking niet automatisch tot stand. Het kost tijd en het vraagt kennis van het netwerk bij alle betrokken organisaties. Als nieuwe partijen betrokken moeten worden dan is het moeilijk om de juiste persoon te vinden om de samenwerking op gang te brengen.

'De samenwerking met organisaties is afhankelijk van de persoon met wie je te maken hebt. De een is minder betrokken dan de ander of er is veel verloop in personeel. Hierdoor blijven dingen liggen'

Professionals die regionaal werken zoals de reclassering maar ook de ggz hebben niet altijd zicht op de lokale situatie in een Midden-Drenthe, ze kennen de organisaties die daar lokaal werken niet goed. Ze werken weleens samen maar dat is dan niet vaak genoeg om een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Voor een kleine gemeente zoals Midden-Drenthe is het soms lastig om de aansluiting goed te organiseren als zorg en ondersteuning in de regio is georganiseerd. Zie bijvoorbeeld het ontbreken van deelname aan het Veiligheidshuis.

Ten tweede ervaart een groot deel van de professionals de ggz als een organisatie waar erg lastig samenwerking of afstemming mee te krijgen is. Met name het niet of te weinig delen van informatie over de inwoner is hier debet aan. Het cliëntbeeld dat de ggz heeft (maar ook het beeld dat de reclassering heeft) wordt vaak niet gedeeld met bijvoorbeeld de Wmo-consulent of Wmo-aanbieder vanwege de vertrouwelijkheid van de informatie. Vanuit het perspectief van de ggz kunnen zij deze informatie niet delen zonder toestemming omdat deze in de hulpverleningsrelatie is verkregen en daar geldt het beroepsgeheim. Maar vanuit het perspectief van professionals die de zorg overnemen werken zij met een inwoner waarvan zij onvoldoende kunnen inschatten wat de risico's zijn. Bovendien weten professionals/organisaties vaak onvoldoende van elkaar om in te kunnen schatten welke informatie de ander nodig heeft, wat elkaars belang is. En professionals hebben soms onvoldoende mogelijkheden om de eigen werkwijze en organisatie protocollen los te laten, terwijl de samenwerking en uiteindelijk het belang van de inwoner dit van hen vraagt. De woningbouw kan bijvoorbeeld al een betere match maken wanneer zij ervan op de hoogte is dat

een inwoner bijvoorbeeld zeer prikkel gevoelig is. Daarvoor is informatie uitwisseling nodig, geen medisch dossier.

Daar bovenop komt dat de aard van de problematiek, namelijk de psychische kwetsbaarheid, maakt dat de inwoner zelf liever niet heeft dat deze informatie of andere informatie, bijvoorbeeld over schulden, wordt gedeeld. Vaak uit schaamte en ook uit angst voor het stigma. Er is veel wantrouwen bij de inwoner over wat er met 'zijn' informatie gebeurt. Ze laten het ggz-traject het liefst achter zich, willen hun herstel daar los van zien. Hier is het van belang dat de hulpverlener een vertrouwensband met de inwoner kan opbouwen. Ervaring vanuit partijen met meer expertise over psychische problematiek is dat open staan om informatie te delen ook te maken heeft met hoe het verzoek om informatie delen wordt gedaan. Als de professional kan uitleggen waar de samenwerking voor nodig is, lukt het vaak wel om iedereen om tafel te krijgen. Daarin is van belang dat de inwoner goed wordt meegenomen in waarom welke informatie wordt gedeeld en hij ook terugkoppeling krijgt van wat er is besproken.

Aanbevelingen aan de gemeente en betrokken (zorg)organisaties

1. *Zorg ervoor dat de complete doelgroep in beeld komt en niet alleen de doelgroep die al een hoog risico op terugval heeft of een gevaar kan vormen voor de veiligheid.*
 - Zicht op deze kwetsbare groep is nodig. Om hoeveel mensen gaat het? Hiervoor hebben gemeenten en zorgverzekeraars afgesproken regiobeelden op te stellen.
2. *Zet de inwoner met (eerder) verward gedrag in het herstelproces centraal, door:*
 - te zorgen voor 1huishouden-1plan-1regisseur voor alle inwoners die herstellende zijn van verward gedrag als gevolg van ggz-problematiek. Dit draagt ook bij aan de brede benadering van herstel;
 - o door tijdig passende zorg en ondersteuning te bieden kan voorkomen worden dat problemen escaleren. Het is nodig om in een eerder stadium zicht te krijgen op de oorzaken van de hulpvraag en daarin samenwerking te zoeken.
 - o door ervoor te zorgen dat professionals expliciete afspraken maken over de waakvlamfunctie en (warme) overdracht ten behoeve van continuïteit van de zorg en ondersteuning. Zodat mensen die al eens eerder zijn geholpen na een terugval niet opnieuw het volledige aanvraagproces voor ondersteuning moeten doorlopen.
3. *Investeer gezamenlijk (gemeente en zorgorganisaties⁶) in de professionals zodat zij:*
 - de gemaakte afspraken over integraal werken kunnen uitvoeren en dat de zorg en ondersteuning in het kader van herstel in brede zin benaderd wordt,
 - meer expertise krijgen (of betrekken) in de omgang met de inwoners met psychische problemen, waardoor de zorg- of ondersteuningsbehoefte beter (integraler) in kaart kan worden gebracht,
 - meer kennis krijgen van de mogelijkheden om informatie te delen en elkaars belang leren kennen,
 - onderling, professionals uit verschillende organisaties en domeinen, goede en duurzame verhoudingen kunnen opbouwen om reeds bestaande ggz-expertise aan elkaar over te kunnen dragen.
 - een vertrouwensband met de inwoner op kunnen bouwen. Op basis daarvan kan er een betere inschatting van de eigen kracht worden gemaakt en wordt de geboden hulp duurzamer.
4. *Inventariseer welke vorm van laagdrempelig aanbod passend is in de buurt en werk hierbij meer samen met (professioneel) ervaringsdeskundigen:*
 - zij kunnen helpen met het verder verbeteren van het bestaande beleid op het terrein van zorg en ondersteuning van mensen die herstellende zijn van verward gedrag.
 - zij zijn in staat te spiegelen aan de professional wat de inwoner die herstellende is, ervaart door hun handelen. Zij kunnen laten zien wat helpend is en wat niet.

⁶ Zorgverzekeraars spelen hierbij een belangrijke rol. Zie ook rapportages van Toezicht op de ambulante ggz van de IGJ.

Bijlage 1: Aanpak van het onderzoek en een overzicht van de deelnemende organisaties

Het onderzoek in Midden-Drenthe bestond uit verschillende onderdelen:

-Documentenstudie: Om inzicht te krijgen in de werkwijze rond zorg en ondersteuning aan de doelgroep is eerst een documentstudie uitgevoerd. Bovendien is er op basis van deze documentstudie en in overleg met de gemeente voor gekozen om het onderzoek uit te voeren in Beilen en Smilde.

-Vignettenonderzoek: Om inzicht te krijgen in het handelen van professionals in de wijken is aan de hand van vignettenonderzoek informatie opgehaald. Hierbij hebben professionals (inclusief ervaringsdeskundigen) van verschillende organisaties schriftelijk vragen beantwoord over vier fictieve casussen (vignetten). Elke casus verschilde op de leefgebieden die onderdeel zijn van herstel. Deze antwoorden zijn geanalyseerd en die analyse met de opbrengst uit enkele interviews en de documentstudie zijn in een bevindingennotitie teruggelegd bij de deelnemende professionals.

-(Groeps) interviews: TSD heeft de uitkomsten met de betrokken professionals besproken in vier digitale focusgroepen. Hier is dieper in gegaan op de werkpraktijk in de wijken en is de informatie uit de vignetten verrijkt. Deze bevindingen zijn nog aangevuld met interviews met de medewerkers van de politie en UWV. Om de ervaringen van de kwetsbare burger beter in beeld te brengen zijn hierbij ook ggz-ervaringsdeskundigen betrokken.

- Reflectie op voorlopige conclusies: Met ervaringsdeskundigen en met een vertegenwoordiging van de organisaties op tactisch/strategisch niveau heeft TSD gereflecteerd op het totaalbeeld van de uitkomsten.

Deelnemende organisaties

1. Actium woningcorporatie
2. AndersOm Thuisbegeleiding
3. Focus Jeugd en Gezin
4. GGD Drenthe
5. GGZ Drenthe
6. Huisartsenpraktijk De Rode Hoed
7. Huisartsenpraktijk Smilde
8. LdH reclassering Noord Oost
9. Politie
10. Reclassering Nederland
11. Restart Assen
12. Schouder aan schouder
13. Sociale Dienst Bijstand gemeente Midden-Drenthe
14. Stichting Cosis
15. Budgetconsulent gemeente Midden-Drenthe
16. UWV
17. Verslavingsreclassering VNN
18. VNN Verslavingszorg
19. Welzijnswerk Midden-Drenthe
20. Wmo gemeente Midden-Drenthe
21. Woonservice
22. Zorgboerderij De Zorgboer Drenthe