

Pilot gecombineerde intensieve ambulante begeleiding RIBW AVV

Eindrapportage effectonderzoek

Auteurs drs. Louise Pansier-Mast
drs. Sylvia Schutte
Opdrachtgevers RIBW Arnhem & Veluwe Vallei
Gemeente Arnhem

Kenmerk LP/21/0334/avvtbg
Publicatiedatum februari 2021

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Inleiding.....	3
2.	Geselecteerde cliënten	6
2.1	Algemene kenmerken.....	6
2.2	Kenmerken die zorgbehoefte bepalen	6
3.	Voorlopig beeld disciplinemix (overall).....	7
3.1	Kwantitatief beeld	7
3.2	Kwalitatief beeld.....	8
4.	Voorlopig beeld effecten (overall)	11
4.1	Effecten in termen van zelfredzaamheid.....	11
4.2	Effecten in termen van herstelindicatoren	12
4.3	Reflectie op interventies	12
4.4	Reflectie op gecombineerde begeleiding	13
4.5	Reflectie op medewerkers begeleiding met mbo4-niveau.....	14
5.	Samenvattend beeld en voorlopige conclusies.....	16
5.1	Samenvattend beeld.....	16
5.2	Voorlopige conclusies	17
5.3	Afronding effectonderzoek.....	18

Bijlage 1.	Voorlopig beeld disciplinemix en effecten op cliëntniveau. 20
	Cliënt 1
	Cliënt 2
	Cliënt 3
	Cliënt 4
	Cliënt 5
	Cliënt 6
	Cliënt 7
	Cliënt 8
Bijlage 2.	Vormen van individuele begeleiding vanuit de Wmo

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm.
 Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn.
 Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.



1. Inleiding

RIBW AVV heeft in een pilot een nieuwe werkwijze ontwikkeld, namelijk gecombineerde begeleiding door een duo van een persoonlijk begeleider en een medewerker begeleiding. Bureau HHM voerde het effectonderzoek bij de pilot uit. In deze eindrapportage beschrijven we de bevindingen tot en met maart 2020 plus een afrondende focusgroep begin 2021.

Hoofdstuk 1 tot en met paragraaf 5.2 en bijlage 1 zijn geschreven in de periode april-mei 2020. Dit tussentijds beeld is vastgesteld door de stuurgroep in juni 2020. Daar waar nu gesproken wordt over tussentijds beeld is dit inmiddels de eindrapportage geworden. Op basis van de rijke opbrengst in het tussentijds beeld en de aanhoudende corona-maatregelen heeft de stuurgroep besloten geen vervolg te geven aan het effectonderzoek. Paragraaf 5.3 is in februari 2021 toegevoegd op basis van de uitkomsten van de focusgroep.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Aanleiding en inhoud pilot

RIBW AVV biedt specialistische begeleiding voor mensen met psychische problemen. Hiervoor zet zij in de ambulante situatie hbo-geschoolde persoonlijk begeleiders in. Er ligt een gezamenlijke opgave en verantwoordelijkheid om de zorg ook in de toekomst betaalbaar te houden. Samen met de gemeente en wijkteams onderzoekt RIBW AVV een (voor RIBW AVV nieuwe) werkwijze om te komen tot effectieve ambulante begeleiding tegen lagere kosten. Namelijk het bieden van

gecombineerde begeleiding door een vast duo van persoonlijk begeleider (hbo) en medewerker begeleiding (mbo). Door de inzet van een medewerker begeleiding wordt de ureninzet van de specialistische begeleider lager. Ook voegt deze discipline een ander perspectief toe, waardoor mogelijk de kwaliteit van de begeleiding omhoog gaat.

Kortom: effectievere begeleiding voor de cliënt met een lagere gemiddelde schadelast.

De inzet van gecombineerde begeleiding kan bijdragen aan zowel de afbouw als het voorkomen van Beschermd Wonen. Dit past in de visie van de commissie Toekomst Beschermd Wonen (Dannenbergh) die zegt dat mensen met psychiatrische en sociaal-maatschappelijke problemen vaker zelfstandig thuis kunnen wonen als er adequate ondersteuning thuis beschikbaar is. Ook kan gecombineerde begeleiding worden ingezet voor cliënten die overgaan van een intensieve behandelsetting naar de thuissituatie. Tenslotte biedt de pilot meer mogelijkheden om specialistische begeleiding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid af te schalen naar gecombineerde begeleiding.

Onderdeel van de pilot zijn zelfstandig wonende cliënten met een intensieve zorgvraag vanwege psychische problematiek, die zich vertaald in een beschikking van minimaal vier uur per week gedurende minimaal een half jaar. Er is gekeken naar bestaande cliënten van RIBW AVV met een beschikking van deze omvang; daarnaast konden nieuwe cliënten met een beschikking van minimaal vier uur in de pilot instromen. De cliënten worden zoveel mogelijk begeleid door medewerkers uit een vast pilotteam, zodat met deze groep werkende weg zowel de begeleiding als het effectonderzoek kan worden vorm gegeven. De verwachting was dat



van half december 2019 tot 1 juli 2020 zo'n 50 tot 60 cliënten zouden instromen in de pilot.

Het doel van de pilot en het effectonderzoek is inzicht krijgen in:

- de gewenste disciplinemix en tijdbesteding van verschillende niveaus begeleiding (hbo/mbo);
- de effectiviteit van de interventies/begeleiding: wie doet wat en welk resultaat heeft dit voor cliënten, wat zijn de ervaringen, wat werkt wel/niet voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid.

De beoogde totale doorlooptijd was een jaar (tot omstreeks september 2020).

Effectonderzoek door bureau HHM

Bureau HHM is onder meer gevraagd om het effectonderzoek uit te voeren. Gemeente Arnhem en RIBW AVV zijn gezamenlijk opdrachtgever voor het effectonderzoek van deze pilot.

Effectonderzoek: inzicht in de disciplinemix en de effectiviteit van gecombineerde begeleiding.

Dit geeft de gemeente Arnhem, RIBW AVV en wijkteams Arnhem meer concreet inzicht in wat gecombineerde begeleiding inhoudt voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Aan het einde van de pilot zou bureau HHM een rapportage opleveren over het proces en inhoud van de pilot en de effecten van de gecombineerde intensieve ambulante begeleiding.

Coronacrisis als aanleiding voor tussentijds beeld

¹ Zie 'Voorstel pilot en effectonderzoek vanwege coronamaatregelen' (kenmerk LP/20/0481).

Door de coronacrisis heeft een deel van het effectonderzoek niet plaats kunnen vinden. Ook hebben de coronamaatregelen dusdanige impact op cliënten, op de vorm en inhoud van de begeleiding en op de contacten met wijkcoaches, dat in overleg tussen RIBW AVV en gemeente Arnhem is besloten het effectonderzoek (en een deel van de hiervoor noodzakelijke metingen) tijdelijk op te schorten¹ maar wel te rapporteren over voorlopige resultaten van het effectonderzoek.

De gecombineerde begeleiding zelf loopt wel door (zij het vaak in andere vorm) en de begeleidersduo's blijven de tijdregistratie invullen en gezamenlijk reflecteren op hun inzet.

In dit tussentijds beeld doen wij verslag van de stand van zaken tot en met maart voor zover relevant voor het effectonderzoek.

Doel tussentijds beeld: opgehaalde resultaten behouden en over goede informatie beschikken bij de doorstart.

Aanpak effectonderzoek voor tussentijds beeld

Bureau HHM heeft voor de effectmeting in samenspraak met het pilotteam en de opdrachtgevers diverse instrumenten ontwikkeld om effectiviteit te meten. Hieronder laten we zien welke metingen zijn benut voor de tussenrapportage:

- Tijdregistratie voor de feitelijke tijdbesteding en disciplinemix.
- Evaluatiegesprekken ervaringen begeleiders over taakverdeling en afwegingen hierin plus reflectie hierop in het pilotteam.

1

2

3

4

5



- Registratie effectiviteit begeleiders over voortgang van de begeleiding voor de cliënt: mate van zelfredzaamheid (ZRM) en herstelindicatoren (I.ROC), vergelijking start- en tussenmeting plus reflectie hierop door begeleiders.
- Verschillende gesprekken over effecten en interventies, vanuit perspectief van begeleiders en wijkcoaches (bij tussentijdse evaluatie bespreken de begeleiders met de wijkcoach ook de vraag wat de meerwaarde is van de gecombineerde begeleiding ten opzichte van alleen specialistische begeleiding) en indirect met cliënten (via de halfjaarlijkse evaluatie van begeleiders met de cliënt).

Aanvankelijk wel beoogd, maar (nog) niet meegenomen zijn:

- Metingen van ervaren kwaliteit van leven via de MANSA (deze vinden halfjaarlijks plaats).
- Onderzoek onder een controlegroep.
- Evaluatie ervaringen cliënten met cliëntenpanel.
- Duiding van resultaten met focusgroep waarin diverse perspectieven vertegenwoordigd zijn.

1

2

3

4

5

Selectie cliënten voor tussentijds beeld

Voor het tussentijds beeld hebben we cliënten geselecteerd die uiterlijk in de eerste week van januari zijn ingestroomd, zodat de gecombineerde begeleiding een minimale looptijd van zo'n twaalf weken had. Het streven was om vijf a zes cliënten in de tussenrapportage mee te nemen; het is gelukt van om van acht cliënten zowel een kwantitatief als een kwalitatief beeld te beschrijven. Het betreft geen inhoudelijke selectie, we hebben cliënten gekozen op basis van beschikbaarheid van de benodigde informatie.

We geven zowel een overall-beeld over de groep van acht cliënten, als een beeld per cliënt (voor dit laatste: zie bijlage 1).

Reflectie op tussentijds beeld

Bij aanvang van het effectonderzoek was het de bedoeling om de volledige pilotgroep kwantitatief te volgen en voor tien cliënten een kwalitatieve verdieping te realiseren over een half jaar. Deze uitkomsten geven een eerste indruk van acht cliënten voor de eerste drie maanden. Dit was de opstartperiode voor de gecombineerde begeleiding en daardoor niet representatief voor een heel traject. Om de onderzoeksvragen goed te kunnen beantwoorden, is meer data nodig uit de tijdregistratie over een langere periode. Ook zijn meer bevindingen nodig over effectiviteit uit evaluaties met begeleidersduo's en wijkcoaches en uit de vergelijking met een controlegroep. Plus de duiding van deze bevindingen met een cliëntenpanel en een focusgroep waarin de verschillende perspectieven bij elkaar komen. Daarmee komt er een vollediger beeld van de manier waarop gecombineerde begeleiding wordt ingevuld en van de resultaten die het heeft voor de cliënt. We hopen dat we het effectonderzoek in het najaar kunnen voortzetten om deze punten te realiseren.



2. Geselecteerde cliënten

In dit hoofdstuk beschrijven we de kenmerken van de acht cliënten waarover dit tussentijds beeld gaat.

2.1 Algemene kenmerken

De acht geselecteerde cliënten zijn in de leeftijd tussen 30 en 60 jaar. Vijf van hen ontvingen voor de start van de pilot al ambulante specialistische begeleiding van RIBW AVV. Twee andere cliënten waren ook al eerder in zorg: één cliënt kwam vanuit een intensieve behandelsetting en had daarvoor ambulante begeleiding, één cliënt ging van beschermd wonen naar begeleid zelfstandig wonen. Eén van de acht cliënten was voor de pilot nog niet in zorg (geweest) bij RIBW AVV.

De cliënten worden begeleid door vijf verschillende duo's van persoonlijk begeleider en medewerker begeleiding. In zes gevallen was de cliënt al bekend bij de persoonlijk begeleider; geen van de cliënten was al bekend bij de medewerker begeleiding (ter informatie: sommige medewerkers begeleiding werken ook in het beschermd wonen en kunnen daar al met de cliënten hebben gewerkt).

2.2 Kenmerken die zorgbehoefte bepalen

Tabel 1 toont de aanwezigheid van kenmerken die de zorgbehoefte typeren. De meeste van deze kenmerken zijn gescoord bij de start van de gecombineerde begeleiding. De kenmerken met een sterretje (*) worden ook gebruikt in de beschrijving van de noodzaak tot specialistische begeleiding in het 'Keuzeschema inzet begeleiding' van de wijkteams Arnhem (zie bijlage 2).

Bij de meeste cliënten zijn minimaal zes van de kenmerken van toepassing. Uit de combinatie van kenmerken komt naar voren dat het mensen met een complexe en intensieve zorgvraag betreft.

Cliëntkenmerken die maken dat specialistische begeleiding nodig is	Aantal
Onvoorspelbaarheid van het gedrag en/of de ziekte*	5
Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor dagelijks leven*	5
Passiviteit (of zeer beperkt actief)*	4
Geen of beperkt ziekte-inzicht*	5
Leren omgaan met veranderingen*	7
Ongeplande zorg (daadwerkelijke inzet van begeleiding op ongeplande momenten)*	6
Meerdere psychiatrische diagnoses	5
Verslaving	4
Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden	7
Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider	7
Aanwezigheid van een gezin	1
Groot risico op terugval	5

Tabel 1. Typering zorgbehoefte (aantal cliënten bij wie kenmerken van toepassing zijn)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



3. Voorlopig beeld disciplinemix (overall)

In dit hoofdstuk laten we de resultaten van de tijdregistratie zien voor de acht cliënten. Ook beschrijven we de aard van de werkzaamheden en hoe de begeleidersduo's afwegen wie wat doet. Dit geeft een voorlopig antwoord op de vraag over de disciplinemix en tijdbesteding, zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht.

3.1 Kwantitatief beeld

Enkele opmerkingen vooraf:

- We hebben de periode bepaald op basis van de start van de basisbegeleiding, dat wil zeggen vanaf de eerste week dat basisbegeleiding bij de cliënt voorkomt in de tijdregistratie. Beschikkingen werden soms later afgegeven.
- We hebben de uren tot en met week 13 meegenomen (de laatste volledige week in maart). De laatste twee weken van deze periode waren de coronamaatregelen van toepassing. Omdat de inzet in uren per week voor vrijwel alle cliënten sterk fluctueert, kunnen we niet zeggen wat het effect van de coronamaatregelen op de tijdbesteding is. Dat kan wellicht over enige tijd worden bekeken door de periode tot en met week 11 te vergelijken met de periode daarna.
- Bij de inzet van medewerkers hebben we het over persoonlijk begeleider (PB-er) en medewerker begeleiding (MB-er). Als een uitspraak zowel de PB-ers als de MB-ers betreft, spreken we van 'het duo van begeleiders' of kortweg 'begeleiders'.

- Bij de beschikking maken we onderscheid tussen specialistische begeleiding (SB) en basisbegeleiding (BB).

We geven eerst een beeld van de gemiddeld bestede tijd per week. Daarna vergelijken we de beschikkingen met de bestede uren.

Gemiddeld bestede tijd per week

Onderstaande tabel toont de gemiddeld bestede tijd per week voor de persoonlijk begeleider (PB) en medewerker begeleiding (MB). De startsituatie van de cliënt en het aantal weken gecombineerde begeleiding tot en met maart 2020 staat ook vermeld. De laatste twee kolommen laten de procentuele verhouding zien tussen PB en MB.

Cliënt	Situatie voor pilot	Gemiddeld bestede tijd, uren per week				Verhouding	
		Weken	PB	MB	Totaal	PB	MB
1	Beschermd wonen	18	1,4	1,5	3,0	48%	52%
2	Klinische opname	16	1,5	0,9	2,4	63%	37%
3	Gespecial. beg	16	1,2	1,3	2,5	48%	52%
4	Gespecial. beg	12	2,4	1,1	3,5	69%	31%
5	Gespecial. beg	12	3,2	1,1	4,3	74%	26%
6	Gespecial. beg	12	1,2	2,0	3,2	37%	63%
7	Geen zorg	12	3,6	2,3	6,0	61%	39%
8	Gespecial. beg	11	3,3	1,6	4,9	68%	32%
		Totaal	2,2	1,5	3,7	59%	41%

Tabel 4. Gemiddeld bestede tijd van PB-ers en MB-ers.

1

2

3

4

5



Er is een grote variatie in de verhouding PB-er en MB-er, van plusminus 70-40 tot 40-60. Gemiddeld voor de acht cliënten is de verhouding zo'n 60% PB-er en 40% MB-er.

Een verklaring van de betrokken medewerkers voor de relatief grote inzet van de MB-ers in deze eerste drie maanden is dat het voornamelijk om lopende beschikkingen gaat, waarbij de PB-er al (langer) bekend was met cliënt en de MB-er nog niet. Dit betekende voor de MB-ers een intensieve periode van kennismaken en relatie opbouwen.

Realisatie versus beschikking

Voor de eerste drie maanden van de gecombineerde begeleiding aan een pilotcliënt is een financiële afspraak gemaakt tussen gemeente en RIBW AVV voor de beschikking: deze wordt standaard gezet op een verhouding van 75% specialistische begeleiding en 25% basisbegeleiding. Daarbij was de afspraak dat PB-ers en MB-ers binnen de totale beschikking de tijd inzetten zoals ze die nodig achtten voor de cliënt. Daarom is een vergelijking tussen de verhouding in de beschikking en de werkelijke inzet inhoudelijk niet relevant. Het is wel interessant om te kijken naar de totale uitnutting van de beschikkingen.

In tabel 5 geven we de beschikkingen weer van de acht cliënten en de uitnutting. We hebben hiervoor de uren van de beschikking afgetrokken van de gemiddeld bestede tijd (meest rechterkolom in tabel 5). Daar zien we dat bij de helft van de cliënten (1, 2, 4 en 6) minder tijd is besteed dan in de beschikking staat, tot wel 1,6 uur minder. Bij cliënt 8 is bijna een uur meer besteed dan toegekend. Bij cliënt 3 valt op dat er geen basisbegeleiding in de beschikking is opgenomen; vanaf 1 april 2020 is dit wel het geval. De medewerker begeleiding is in de voorliggende periode wel actief geweest (zie tabel 4).

Cliënt	Beschikking, uren per week			Uitnutting beschikking		
	SB	BB	Totaal	PB	MB	Totaal
1	3	1	4	-1,6	0,5	-1,0
2	3	1	4,1	-1,5	-0,1	-1,6
3	2,3		2,3	-1,1	1,3	0,3
4	3	1	4	-0,6	0,1	-0,5
5	3	1	4	0,2	0,1	0,3
6	3	1	4	-1,8	1,0	-0,8
7	4,2	1,4	5,6	-0,6	0,9	0,4
8	3	1	4	0,3	0,6	0,9
Totaal	3,1	0,9	4	-0,8	0,6	-0,3

Tabel 5. Omvang beschikking en uitnutting (verschil tussen realisatie en beschikking)

Verklaringen van begeleiders voor het niet volledig benutten van indicaties:

- Sommige PB-ers maken met de wijkcoach een ruimere afspraak, zodat de inzet kan fluctueren afhankelijk van wat nodig is voor de cliënt.
- Sommige cliënten zijn (nog) huiverig voor hulpverlening (vooral bij nieuwe medewerkers) en houden daardoor het contact wat af of zijn zorgmijndend.

3.2 Kwalitatief beeld

Het doel van de pilot is om passende, effectieve begeleiding te bieden tegen lagere kosten, voor thuiswonende cliënten met een intensieve zorgvraag vanwege psychische problematiek. De vraag is dus hoe de



begeleiders samen effectief en efficiënt kunnen bijdragen aan het herstel van de cliënt. Vanuit die vraag hebben we gekeken naar de taakverdeling tussen PB-ers en MB-ers. Door reflectieverslagen en-momenten hebben we dit gaandeweg steeds scherper gekregen. Het voorlopige resultaat van de taakverdeling en de afwegingen die begeleidersduo's daarbij maken, beschrijven we in deze paragraaf.

Beschrijving taakverdeling

De inzet van de persoonlijk begeleider is als volgt te typeren:

- 1 • Op basis van psychopathologie interpreteert de PB-er het (door omgeving niet begrepen) gedrag om daar samen met de cliënt betekenis aan te geven, dit gedrag in perspectief te plaatsen en weer hanteerbaar te krijgen voor de cliënt (zowel stabiliseren als ontwikkelingsgericht).
- 2 • De PB-er bekijkt de situatie met een integrale blik zodat er samenhang is tussen alle levensgebieden: structureren, faseren en ordenen zodat het behapbaar wordt voor de cliënt. Dit draagt bij aan commitment van cliënt voor zijn/haar zorgplan als belangrijke basis om van daaruit samen te werken aan herstelproces.
- 3 • Op basis van kennis van herstelprocessen en herstelgericht werken vertaalt de PB-er dit samen met de cliënt en de MB-er naar een zorgplan met haalbare doelen en acties. PB-er voert regie op het zorgplan en stuurt daarbij op de samenhang tussen leefgebieden.
- 4 • De PB-er schakelt de medewerker begeleiding in voor de uitvoering van herstelondersteunende activiteiten uit het zorgplan, zodat deze kunnen bijdragen aan het dieperliggende proces.
- 5 • De PB-er bewaakt dat acties erop zijn gericht dat de cliënt zoveel als mogelijk is (weer) regie krijgt over zijn eigen leven; hij bespreekt met cliënt wat hij nodig heeft om dingen zelf te kunnen (gaan) doen.

Daarbij zoekt de PB-er altijd naar wat wél kan en houdt risico's, stressfactoren en aandachtspunten in de gaten.

- De PB-er beoordeelt welke expertise van anderen (buiten RIBW AVV) aanwezig of nodig is en zorgt voor afstemming van plannen (in de rol van casusregisseur).

De inzet van de medewerker begeleiding is als volgt te typeren:

- De MB-er voert krachtgericht herstelondersteunende activiteiten uit, ondersteunt bij het versterken en aanleren van vaardigheden in het dagelijks leven en coördineert enkele doelen op deelgebieden. MB-er heeft voor dat onderdeel contact met (in)formeel netwerk en andere hulpbronnen.
- De MB-er houdt steeds de doelen van cliënt en de samenhang daarin voor ogen. Hij gaat dus niet zomaar overnemen, maar met cliënt bekijken wat hij zelf kan en welke hulp hij daarbij nodig heeft. Overnemen van een activiteit kan (tijdelijk) aan de orde zijn, als dit de cliënt helpt op een ander domein meer zelfregie te pakken.
- Als cliënt en MB-er samen aan praktische zaken werken, ziet de MB-er waar de cliënt tegenaan loopt (in de activiteit zelf of door het gesprek dat gelijktijdig plaatsvindt) en kan hier direct op inspelen en/of het signaleren richting PB-er die het dan verder op kan pakken. MB-er heeft kennis van psychische kwetsbaarheden en weet (door afstemming met PB-er) welk gedrag daaruit voortkomt, maakt een inschatting van stressfactoren en bepaalt daarop de benodigde actie (zelf oppakken en/of signaleren richting PB-er).

De kenmerken die maken dat specialistische begeleiding nodig is (zoals onvoorspelbaar gedrag, passiviteit en weinig ziekte-inzicht) vragen om flexibiliteit, sensitiviteit en vindingrijkheid om aan te kunnen sluiten bij de cliënt. Dit vraagt ook specifieke kennis van MB-ers; zij komen zelfstandig



bij de cliënt en moeten op diverse situaties kunnen inspelen. Daarom hebben zij scholing gehad in psychopathologie en herstelgericht werken (SRH-methodiek).

Een aantal voorbeelden van wat de cliëntkenmerken van zowel PB-ers als MB-ers vragen:

- Je moet als begeleider de emotie van de cliënt kunnen interpreteren en daarop juist acteren. Het helpt de cliënt niet als je direct in actie en oplossingen schiet als hij zich ergens druk over maakt. Je moet begrijpen waar het gedrag en de emotie vandaan komt om te kunnen bepalen wat de juiste actie is voor dat moment. Daarnaast moet je onderscheid kunnen maken tussen jouw rol als begeleider en je eigen persoon, zodat je je niet persoonlijk aangevallen of gekwetst voelt.
- Het is belangrijk om te laten zien dat je present bent en flexibel in het uitvoeren van acties. De gemoedstoestand van de cliënt is leidend; soms lukt iets gewoon niet. Kennis van ziektebeelden en hun gevolgen is nodig om te kunnen onderscheiden tussen niet willen en niet kunnen op een bepaald moment.

1

2

3

4

5

Afwegingen taakverdeling

De afwegingen die de begeleidersduo's maken zijn heel divers en verschillen van cliënt tot cliënt. We zien daarin een aantal lijnen:

- Taakverdeling op deskundigheid: PB-er en MB-er werken aan dezelfde doelen met de cliënt, waarbij de PB-er via gesprekken aan de onderliggende oorzaken van de psychische kwetsbaarheid werkt en MB-er zich richt op de dagelijkse volgen door te ondersteunen bij praktische zaken.
- Taakverdeling op mate van stabiliteit: de PB-er start met een domein om inzicht te krijgen in de situatie en om doelen en afspraken helder

te maken; zodra dit duidelijk is en goed loopt, kan de MB-er het (deels) overnemen in de dagelijkse praktijk.

- Taakverdeling op domein of doel: PB-er en MB-er hebben een strikte verdeling van domeinen en doelen omdat deze helderheid nodig is voor de cliënt.
- Taakverdeling op historie: een domein of doel dat al langer loopt bij de PB-er blijft bij de PB-er omdat die de situatie en betrokkenen goed kent; bij nieuwe doelen kan de MB-er makkelijker invoegen voor de ondersteuning in het dagelijks leven.
- Taakverdeling op affiniteit: als cliënt een activiteit wil ondernemen die de ene begeleider beter ligt dan de ander, bepaalt dat wie cliënt daarin ondersteunt.
- Taakverdeling op initiatief van cliënt: soms kiezen cliënten zelf gericht wie van de begeleiders ze waarvoor vragen.

Meestal zijn het combinaties van deze afwegingen die de taakverdeling bepalen. Daar komt bij dat de MB-ers nieuw zijn voor de cliënten in de pilot en dat een periode van kennismaking en opbouwen van vertrouwen nodig is. Bij sommige cliënten kost het even tijd om binnen te kunnen komen; figuurlijk gesproken, maar soms ook letterlijk. Dit speelt ook mee in de keuzes voor de taakverdeling: wat helpt om de drempel te verlagen?



4. Voorlopig beeld effecten (overall)

In dit hoofdstuk schetsen we een voorlopig beeld van de effecten van de begeleiding voor de groep van acht cliënten. We hebben effecten gemeten in termen van zelfredzaamheid (met behulp van de ZRM) en effecten op gebied van herstelindicatoren (met behulp van de I.ROC). Naast deze kwantitatieve metingen schetsen we een kwalitatief beeld in een aantal reflecties op hoe die effecten tot stand zijn gekomen.

4.1 Effecten in termen van zelfredzaamheid

Begeleiding is volgens het eerder genoemde Keuzeschema van wijkteams Arnhem "gericht op ondersteuning in de dagelijkse redzaamheid op alle leefgebieden voor zover nodig". Daarom hebben we ervoor gekozen zelfredzaamheid te meten; het instrument dat we hiervoor gebruiken is de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM).

Zelfredzaamheid is in de ZRM gedefinieerd als "het zelf realiseren van een acceptabel niveau van functioneren op de belangrijke domeinen van het dagelijks leven. Indien nodig door de juiste hulp te organiseren op het moment dat een daling van je functioneringsniveau dreigt of plaatsvindt, die je niet zelf kan voorkomen of verhelpen."

Voldoende zelfredzaam betekent dus niet de afwezigheid van problemen, maar als er problemen zijn weet de persoon daar goed mee om te gaan of zoekt hij er hulp voor. De mate van zelfredzaamheid is de stand van zaken

op een bepaald moment; het resultaat van wat de persoon zelf kan en van eventuele hulp die hij krijgt (informeel en professioneel).

De ZRM kent elf domeinen, te weten:

1. Financiën
2. Dagbesteding
3. Huisvesting
4. Huiselijke relaties
5. Geestelijke gezondheid
6. Lichamelijke gezondheid
7. Verslaving
8. Activiteiten dagelijks leven
9. Sociaal netwerk
10. Maatschappelijke Participatie
11. Justitie

Startsituatie ZRM

Bij de startsituatie was het merendeel van de cliënten niet of beperkt zelfredzaam ten aanzien van financiën, dagbesteding (hieronder vallen ook werk en onderwijs), geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, activiteiten dagelijks leven en sociaal netwerk. De meeste cliënten zijn voldoende of volledig zelfredzaam wat betreft hun huisvesting en huiselijke relaties. Geen van de cliënten heeft beperkingen in de zelfredzaamheid op het domein justitie.

Voor ieder ZRM-domein hebben de begeleiders aangegeven of er doelen zijn voor de begeleiding of niet. Als er wel doelen zijn, is aangegeven of de begeleiding gericht is op vooruitgang, stabiel blijven of (bij één cliënt) begeleide achteruitgang. Deze doelen worden bepaald op basis van de situatie bij aanvang, wat haalbaar wordt geacht of vanwege prioritering.

1

2

3

4

5



Nota bene: beoogde vooruitgang op het domein, betekent niet perse ook dat een hogere score op de ZRM voor deze periode wordt beoogd. De 'stappen' in de ZRM kunnen te groot zijn voor wat in drie maanden is te realiseren (of zelfs überhaupt, bijvoorbeeld op financiën: als iemand een bewindvoerder heeft, kan hij op de ZRM niet hoger scoren dan een 3).

In de bijlage is uitgewerkt hoe de ZRM-score, zoals ingevuld door de begeleiders, zich per domein heeft ontwikkeld in de periode van drie maanden.

Situatie ZRM bij tussenmeting

In de tussenmeting is zichtbaar dat bij nagenoeg alle domeinen waarbij het doel was 'stabiel blijven', dit doel in de meetperiode is gerealiseerd. Daar waar het doel was 'vooruitgang' is dit slechts in beperkte mate gerealiseerd. Dit komt door de relatief korte periode tussen start- en tussenmeting (drie maanden). De begeleiders geven aan op veel punten wel vooruitgang te zien, maar dit komt (nog) niet tot uitdrukking in hogere scores. Verder is bij een beperkt aantal cliënten bij één of twee domeinen sprake van een achteruitgang. En, daar waar geen doelen waren, is geen vooruitgang, maar ook geen achteruitgang waar te nemen. Op cliëntniveau gaan we hier dieper op in (zie bijlage 1).

4.2 Effecten in termen van herstelindicatoren

Met het oog op de herstelgerichte werkwijze van RIBW AVV zijn ook elementen uit de Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC) bruikbaar. De I.ROC ondersteunt herstelgericht werken en meet resultaten van zorg. Daarom hebben de begeleiders een aantal domeinen uit de I.ROC gescoord, namelijk:

- Life skills: in hoeverre de cliënt om kan gaan met de uitdagingen van het dagelijks leven.

- Doel en richting: in hoeverre de cliënt ervaart dat hij een doel en zinvolle invulling heeft in het leven.
- Zelfwaardering: in hoeverre de cliënt zichzelf respecteert en hoe positief hij over zichzelf denkt.
- Eigenaarschap en regie: in hoeverre de cliënt regie ervaart en zijn eigen leven kan leiden.
- Zelfmanagement: in hoeverre de cliënt zich in staat voelt om te zorgen voor eigen gezondheid en welbevinden.
- Hoop voor de toekomst: in hoeverre de cliënt positief is over zijn toekomst en in staat is vooruit te kijken.

Startsituatie I.ROC

Op het domein Zelfwaardering na, scoort het merendeel van de cliënten (bijna) nooit of soms. Er zijn vrijwel altijd doelen voor de begeleiding op deze gebieden, meestal gericht op vooruitgang en een enkele keer op stabiel blijven.

Situatie I.ROC bij tussenmeting

De situatie bij tussenmeting vertoont een vergelijkbaar beeld als bij de ZRM. Daar waar doelen zijn gericht op stabiel blijven, zien we dat dit wordt gerealiseerd. Daar waar het doel is gericht op vooruitgang zien begeleiders wel beweging, maar is dat (nog) niet zichtbaar in hogere scores na drie maanden. Slechts heel beperkt is sprake van achteruitgang; ook is maar één keer sprake van geen doelen. Ook dit lichten we in bijlage 1 bij iedere cliënt toe.

4.3 Reflectie op interventies

Aan de begeleidingsduo's hebben we gevraagd te reflecteren op de interventies die zij doen per domein van de ZRM of de I.ROC. Het beeld dat we daarbij ophalen is dat interventies meestal niet specifiek per

1

2

3

4

5



domein worden ingezet. De PB-er onderzoekt en bepaalt, gegeven de problematiek van de cliënt en in afstemming met de MB-er, hoe zich tot deze cliënt te verhouden en welke benadering bij hem of haar passend is. Kernwoorden hierbij zijn: vertrouwen winnen, relatie opbouwen, present zijn, veiligheid bieden, angst reduceren, samen doen, inzicht vergroten, confronteren, aansluiten, bekrachtigen, niet oordelen et cetera. Hoe te handelen verschilt per cliënt, maar wordt vrijwel altijd integraal en domein-overstijgend bepaald. Concrete doelen en acties per domein komen voort uit dat overstijgende 'plan' ofwel de overstijgende benadering. PB-er en MB-er gaan op basis daarvan concreet aan de slag met de doelen op de domeinen.

4.4 Reflectie op gecombineerde begeleiding

We hebben persoonlijk begeleiders, medewerkers begeleiding en wijkcoaches gevraagd te reflecteren op de eventuele meerwaarde van de gecombineerde begeleiding versus enkel specialistische begeleiding.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Rollen zijn complementair

Hierbij is aangegeven dat de medewerker begeleiding een aanvulling biedt op het werk van de persoonlijk begeleider. De MB-er en PB-er kijken ieder vanuit hun eigen discipline naar de situatie. Hierdoor is een completer beeld mogelijk, omdat men samen meer dimensies kan bestrijken. Dit maakt effectievere begeleiding mogelijk. Bovendien kunnen de PB-er en MB-er meer focus aanbrengen door taken te verdelen. De PB-er kan zich meer concentreren op de grote lijnen, de contacten met instanties en via gesprekken met de cliënt inzicht krijgen in onderliggende problemen en daarbij werken aan intrinsieke motivatie, zelfinzicht et cetera bij de cliënt. De MB-er werkt met de cliënt aan herstel in het dagelijks leven door de uitvoering van herstelondersteunende activiteiten. Doordat ze elk een eigen 'aanvliegroute' hebben geeft dit

naast focus voor de professional ook duidelijkheid voor de cliënt. De verwachting is dat dit bijdraagt aan sneller en duurzamer herstel.

In duo's werken vergroot kwaliteit

Ook het samenwerken op zichzelf heeft meerwaarde. Dat geldt voor de kwaliteit van de begeleiding: de PB-er en MB-er bevragen elkaar en houden elkaar scherp, kunnen goed op elkaar aansluiten, naar elkaar signaleren en elkaar hierdoor versterken. Ook is genoemd dat ze samen meer ideeën hebben en creatiever kunnen zijn. En, meer direct voor de cliënt: er is bredere inzet mogelijk, de cliënt ervaart teamwork, meer variatie en voelt zich meer serieus genomen, het geeft meer zekerheid. Daarbij is het een voordeel dat binnen één organisatie wordt samengewerkt (kort lijnen, zelfde visie). De enige kanttekening die is gemaakt is dat het voor cliënten lastig kan zijn om een nieuwe hulpverlener (de MB-er) toe te laten en aan een nieuwe taakverdeling te wennen. Dit komt doordat in de pilot voornamelijk bestaande cliënten zijn opgenomen; bij de cliënt die nieuw binnenkwam is dit geen issue.

Verskil in rol is daarbij belangrijk

Door het verschil in rol zijn de verhoudingen helder (de PB-er heeft de regie). Tegelijkertijd ervaart men gelijkwaardigheid; dit is ook waardevol als voorbeeld naar cliënten van hoe je met elkaar omgaat. Verder biedt het, zeker als sprake is van een grote beschikking, kansen om vaker aanwezig te zijn bij een cliënt, zonder dat er meer 'kapiteins op een schip' zijn. Door een wijkcoach wordt hier op aangevuld dat dit duidelijker is dan wanneer één en dezelfde professional zowel specialistische als basis-begeleiding biedt.



Samenwerking in vaste duo's kan handig zijn

Daarbij is ook aangegeven dat het een voordeel is om als duo meer cliënten samen te hebben: dit leidt tot goede logistiek in afstemmen, je raakt goed op elkaar ingespeeld en bovendien zien cliënten ook dat je duurzame samenwerking hebt (dit geeft gevoel van veiligheid en betrouwbaarheid).

4.5 Reflectie op medewerkers begeleiding met mbo4-niveau

De medewerker begeleiding die binnen de pilot wordt ingezet heeft minimaal een mbo4 achtergrond, omdat RIBW AVV specifieke expertise en vaardigheden noodzakelijk acht voor de doelgroep van mensen met een complexe en intensieve ondersteuningsbehoefte vanwege psychische problematiek. Het product 'Basisbegeleiding' in Arnhem is ingeschaald als minimaal mbo3. Daarom is eveneens interessant wat de eventuele meerwaarde is van mbo4 ten opzichte van mbo3 voor mensen met psychische problematiek en daaruit voortkomend gedrag.

1

We hebben verschillende organisaties bevroegd op het verschil tussen niveau 3 en 4, namelijk een onderwijsinstelling, een andere RIBW en kenniscentrum Phrenos. In het algemeen gaat het om de mate van zelfstandigheid, het kunnen omgaan met complexiteit in de (zorg)praktijk, verantwoordelijkheden kunnen dragen en het kunnen toepassen van kennis en vaardigheden in uiteenlopende situaties (transfer). Op al deze gebieden wordt meer verwacht van de mbo4 opgeleide medewerker. Bij mbo4 worden mensen opgeleid tot zelfstandig werkende professional, bij mbo3 moet een leidinggevende in de buurt zijn voor aansturing op taken. Voor begeleiding in de thuissituatie van mensen met een intensieve zorgvraag vanwege psychische problemen denkt men daarom eerder aan mbo4 dan mbo3.

2

3

4

5

We hebben ook met de begeleiders gesproken over het onderscheid tussen niveau 3 en 4. Vanuit de reflectie door PB-ers en MB-ers (en het beeld van mbo3 dat zij hebben) komt het volgende naar voren.

Kennis en vaardigheden die meer worden toegeschreven aan medewerkers met een mbo4 achtergrond dan aan mensen met mbo3:

- beter zicht op de dieperliggende psychosociale belemmeringen van cliënten en meer kennis van ziektebeelden en psychopathologie,
- een meer analyserende en reflectieve houding,
- meer mogelijkheden om verschillende begeleidingstechnieken en methodieken toe te passen (zoals motiverende gespreksvoering, SRH), om aan te kunnen sluiten bij cliënt.

Hierdoor is de verwachting dat een medewerker begeleiding met het specialistische karakter dat RIBW AVV wil bieden:

- beter kan luisteren, samenvatten en doorvragen; de cliënt het gevoel kan geven echt gehoord te worden; de cliënt meer inzicht kan geven in zijn eigen rol;
- beter kan aansluiten bij de cliënt (een passende begeleidingsstijl kiezen), emoties juist kan interpreteren vanuit kennis van psychopathologie en nabij kan blijven (bijvoorbeeld ontevredenheid van een cliënt niet als afwijzing opvatten);
- meer kan werken vanuit de samenhang tussen meerdere domeinen: taken zijn niet puur uitvoerend, maar vaak een middel om een hoger doel te bereiken; een MB-er van RIBW AVV zal daardoor minder snel overnemen en meer activeren;
- meer onderliggende signalen oppikt vanuit de kennis over ziektebeelden, begrijpt hoe dit uitwerkt in communicatie en gedrag en hoe je een cliënt hier inzicht in kan geven;
- zelfstandig gerichte acties kan uitzetten waar nodig.



Een concreet voorbeeld hierbij: begrijpen dat een laag zelfvertrouwen het onderliggende probleem is bij een cliënt die hulp nodig heeft bij 'de was doen', omdat er een grote afhankelijkheid is van ouders. Het ondersteunen bij de was gaat niet om schone kleren, maar om werken aan zelfbeeld en zelfvertrouwen. En een ander voorbeeld: gedrag van een cliënt niet als onwil interpreteren, maar herkennen als argwaan waar je als begeleider een andere begeleidingstijl in moet hanteren.

Hierbij is opgemerkt dat opleidingsniveau niet alles zegt. Het gaat ook om affiniteit en ervaring met complexe psychische problematiek. Die kunnen ook bij een medewerker op mbo3-niveau aanwezig zijn.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



5. Samenvattend beeld en voorlopige conclusies

5.1. Samenvattend beeld

De pilot had twee doelen:

- inzicht in de gewenste disciplinemix (waaronder taakverdeling) en tijdbesteding van verschillende niveaus begeleiding (hbo/mbo)
- inzicht in de effectiviteit van de interventies/begeleiding: wie doet wat en welk resultaat heeft dit voor cliënten, wat zijn de ervaringen, wat werkt wel/niet voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid.

Voor een goed begrip van de voorlopige bevindingen en conclusies plaatsen we eerst een aantal kanttekeningen.

Relevante kanttekeningen

1. Het gaat om een tussentijds beeld dat vooral ten doel heeft om, gezien de coronaperiode, opgehaalde resultaten te behouden en over goede informatie te beschikken bij de doorstart.
2. De periode van meting bedroeg slechts drie maanden en betreft ook maar acht cliënten,
3. die voornamelijk al bekend waren vanuit de caseload van de PB-ers.
4. Desondanks (en omdat we voor deze acht cliënten vrij diepgaande informatie hebben opgehaald) zijn we van mening dat het materiaal goede eerste beelden geeft en zinvolle informatie oplevert voor het vervolg.
- 5.

Eerste beeld disciplinemix en tijdbesteding

- Gemiddeld (over de acht cliënten) hebben begeleiders 3,7 uur per week ingezet in de meetperiode met een verhouding PB-MB van ongeveer 60%-40%. Daarbij is relevant dat het gaat om lopende beschikkingen. Vanuit de praktijk wordt herkend dat de inzet van MB-ers daardoor verhoudingsgewijs hoog is.
- De totale inzet van uren versus de beschikking varieert. Bij de een is gedurende de meetperiode meer en bij de ander is minder ingezet. Per saldo is iets minder inzet gepleegd dan mogelijk volgens de beschikkingen (gemiddeld 0,3 uur per week). Het fluctuerende beeld wordt vanuit de praktijk herkend als inherent aan de doelgroep. Dat betekent dat per cliënt in een ander tijdvak de inzet anders kan zijn.

Inzicht in de taakverdeling

- Op basis van de acht cliënten hebben we inzage gekregen in hoe de taakverdeling tussen PB-er en MB-er er uitziet en dit wordt ook door andere begeleiders herkend.
- Kort gezegd kijkt de PB-er met een integrale blik, gegeven de psychopathologie, naar het (vaak door de omgeving niet begrepen) gedrag van een cliënt. Hij/zij probeert met kennis van herstelgericht werken de cliënt zoveel als mogelijk is (weer) regie te geven zijn eigen leven. Daarnaast voert hij/zij regie op en stemt af over het zorgplan en schakelt waar nodig de MB-er (of anderen) in.
- Eveneens kort gezegd: De MB-er ondersteunt bij het versterken en aanleren van vaardigheden, houdt daarbij de doelen van cliënt en de samenhang daarin voor ogen en onderhoudt de voor die doelen noodzakelijke contacten. De MB-er heeft kennis van psychische kwetsbaarheden, weet (door afstemming met PB-er) welk gedrag daaruit voortkomt en welke stressfactoren spelen en bepaalt daarop de benodigde actie (zelf oppakken en/of signaleren richting PB-er).



Eerste effecten en ervaringen

- Na drie maanden zien we in de scores op ZRM en I.ROC dat, waar het doel stabiliteit is, dit ook vrijwel altijd is gerealiseerd. Daar waar het doel vooruitgang is, laten de scores relatief weinig veranderingen te zien. De begeleiders zien op veel punten wel vooruitgang, maar dit komt (nog) niet tot uitdrukking in hogere scores. Het is de vraag in hoeverre dit in drie maanden is te verwachten. Achteruitgang is niet of nauwelijks aan de orde.
- Gevraagd naar concrete interventies per domein van de ZRM of de I.ROC blijkt dat interventies meestal niet specifiek per domein worden ingezet. De PB-er onderzoekt en bepaalt, gegeven de problematiek van de cliënt en in afstemming met de MB-er, hoe zich tot deze cliënt te verhouden en welke benadering bij hem of haar passend is. Aan de doelen op domeinen wordt vanuit deze benadering gewerkt.
- Gevraagd naar de ervaringen met gecombineerde begeleiding blijken de rollen van PB-er en MB-er als complementair te worden ervaren. Het samenwerken van twee personen met verschillende disciplines vergroot kwaliteit, omdat ieder z'n eigen expertise inbrengt en de rolverhoudingen duidelijk zijn. Aanvullend is nog aangegeven dat samenwerking in vaste duo's kan handig zijn.
- Tot slot zijn de begeleiders gevraagd naar het verschil tussen mbo₄ en mbo₃ (vanwege het feit dat de MB-er bij RIBW AVV een mbo₄ opleidingsniveau heeft). Daarbij wordt vooral benoemd dat mbo₄ beter zicht heeft op de dieperliggende psychosociale belemmeringen van cliënten en meer kennis van ziektebeelden, waardoor zij zelfstandig kunnen werken in diverse omstandigheden. Ook denken de begeleiders (op basis van het beeld van mbo₃) dat MB-ers van RIBW AVV meer verschillende begeleidingstechnieken en methodieken toe kunnen passen en beter kunnen aansluiten bij cliënten en

hun herstelproces (vanuit de benaderingswijze die deze cliënt nodig heeft).

5.2 Voorlopige conclusies

Onze voorlopige conclusies:

- De combi HBO/MBO heeft zeker potentie; eerste ervaringen zijn positief, zowel qua samenwerking als qua effectiviteit.
- De combi heeft bij deze acht cliënten goed gewerkt (goed in gesprek met wijkcoach, heldere taakverdeling, geen negatieve ervaringen; rollen zijn helder, duidelijk waar regie ligt; dat het daarbij gaan om een duo vanuit één organisatie maakt samenwerking gemakkelijk.)
- Er zijn aanwijzingen dat de samenwerking vanuit verschillende disciplines op zichzelf meerwaarde heeft en daarom kwaliteit verhogend is (elkaar scherp houden, vanuit hetzelfde plan aan dezelfde (overstijgende) doelen werken vanuit een eigen inbreng).
- Ook eerste effecten bij de acht cliënten lijken positief (doel stabiliteit op domeinen wordt gehaald; tekenen van vooruitgang, maar nog niet zichtbaar in cijfers; niet of nauwelijks achteruitgang).
- Wat precies op interventieniveau wordt gedaan om effectief te zijn, is heel divers; overstijgend gaat het vooral om de juiste benaderingswijze van de cliënt, gegeven zijn ziektebeeld en zijn doelen:
 - Kern lijkt: bepalen hoe je je tot cliënt moet verhouden. Hier ligt vooral een rol voor de PB-er op hbo-niveau (kunnen schakelen, uitproberen et cetera maakt dit niveau wenselijk).
 - Toevoeging van MB-er op mbo₄-niveau, die herstelgerichte ondersteuning biedt vanuit dezelfde 'ggz-bril' gericht op de dagelijkse gevolgen van de psychische problemen, is daarbij effectief.

1
2
3
4
5



5.3 Afronding effectonderzoek

Het hiervoor beschreven tussentijdse beeld is in juni 2020 besproken in de stuurgroep van het effectonderzoek. Alle partijen (RIBW AVV, gemeente Arnhem en wijkteams Arnhem) hebben aangegeven dat zij de uitkomsten van het effectonderzoek onderschrijven. Ondanks de korte meetperiode en het ontbreken van een controlegroep was er draagvlak voor de uitkomsten. De stuurgroep heeft besloten geen vervolg te geven aan het effectonderzoek. Wel bestond de wens om het effectonderzoek af te sluiten met de beoogde focusgroep voor duiding van resultaten vanuit verschillende perspectieven. Deze focusgroep heeft begin 2021 plaatsgevonden met een brede vertegenwoordiging van gemeente Arnhem, RIBW AVV en wijkteams Arnhem.

Het doel van de focusgroep was om in gesprek te gaan met wijkcoaches en begeleiders, om tot een inhoudelijk wegingskader te komen dat in de praktijk helpend kan zijn voor wijkcoaches en aanbieders. We zijn op zoek gegaan naar elementen die de afweging voor de producten basis- en specialistische begeleiding of de combinatie daarvan kan verhelderen. We hebben hierbij gebruik gemaakt van de beschikbare kennis: enerzijds de productbeschrijvingen van de gemeente voor basis- en specialistische begeleiding en anderzijds de inzichten uit de pilot van RIBW AVV, aangevuld met kennis en ervaringen uit de dagelijkse praktijk van de aanwezigen.

Uitkomsten focusgroep

We hebben aan de hand van casuïstiek uit de pilot gesproken over de afwegingen bij het inzetten van begeleiding basis en specialistisch. We gebruikten daarbij het keuzeschema van de wijkteams uit bijlage 2 als uitgangspunt. In de focusgroep bleek dat het onderscheid tussen de producten basis en specialistisch qua criteria helder en volledig is. Wel zijn

verschillende aspecten naar voren gekomen - die helpen om de cliëntsituatie te duiden en een rol spelen in de afweging voor de inzet van begeleiding:

- De omgeving / context / netwerk; hoe zit iemand in zijn omgeving? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren?
- De behandeling; een nauwe samenwerking met behandelaren is belangrijk (delen van informatie, afstemmen van doelen en aanpak)
 - In welke fase van behandeling zit de cliënt en wat vraagt de afstemming met behandelaren aan deskundigheid van de begeleider?
 - Wat is nodig om vertaalslag te maken van behandeldoelen naar het dagelijks leven?
 - Als de cliënt wacht op behandeling; wat is nodig om de situatie te stabiliseren?
 - nauwe afstemming en overdracht bij uitstroom uit behandeling en FACT.
- De herstelfase waarin iemand zit. Het herstelproces van mensen kent verschillende fasen. Herstelprocessen verlopen niet volgens een strakke lijn. De fase waarin iemand zit kan per dag verschillen. Ook kan het zijn dat iemand op het ene levensdomein in de fase van overweldiging zit en op een ander levensdomein in de fase zit van het leven met de kwetsbaarheid. Toch geven de herstelfasen goed de context aan waarbinnen de begeleiding wordt geboden, waar de interventies op gericht zijn en aan welk doel deze interventies bijdragen. De dynamiek hierin moet worden meegewogen.
- De ZRM; op welke leefgebieden is de cliënt nog niet (voldoende) zelfredzaam en wat is hiervoor nodig? NB. De ZRM moet niet als score-instrument worden gebruikt, maar kan gebruikt worden als hulpmiddel om de situatie in kaart te brengen en doelen te formuleren met de cliënt.

1
2
3
4
5



- De doelen; wat is reëel om naartoe werken (bijv. stabiliseren of vooruitgang)?
- De samenhang; in hoeverre werken problemen en omstandigheden op elkaar in en welke mate van integraliteit/samenhang is nodig voor de aanpak?
- De motivatie en het ervaren lijden bij cliënt; waar is cliënt bereid om aan te werken? Is hij er op dit moment aan toe om met onderliggende oorzaken en patronen aan de slag te gaan?

In al deze punten is geen één op één relatie met basisbegeleiding of specialistische begeleiding, maar je kunt steeds de vraag stellen: wat betekent dit voor de aard en de omvang van de begeleiding (basis, specialistisch of gecombineerd)? Om een cliënt en wat er nodig is goed te kunnen duiden, vraagt goed onderzoek en tijd. Het is geen afvinklijstje: basisbegeleiding of specialistische begeleiding zijn verweven in de praktijk.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Daarbij gaven wijkcoaches aan dat zij redeneren vanuit basisbegeleiding (als de hulpvraag niet kan worden opgelost met informele hulp en algemene voorzieningen); als basisbegeleiding niet toereikend is, kan specialistische begeleiding worden ingezet. De meerwaarde van de opsomming hierboven is onder andere dat je kunt afwegen om aan het begin intensiever in te zetten (in omvang en/of deskundigheid), zodat je uiteindelijk een duurzamer of breder effect bereikt. Dit geldt onder andere in situaties van uitstroom uit Beschermd Wonen en voorkomen van instroom in Beschermd Wonen.

Andere punten die aan de orde kwamen:

- Discussiepoint of basisbegeleiding en specialistische begeleiding door één medewerker kunnen worden vervuld. Door de tarifiering op grond

opleidingsniveau is dit niet voor iedere aanbieder haalbaar. Bovendien heeft de pilot laten zien dat juist het samenwerken in een duo meerwaarde heeft, doordat ze ieder een eigen aanliegroute hebben en elkaar kunnen aanvullen in hun analyse van de situatie en in hun aanpak. Daarnaast bleek het een stuk duidelijkheid te geven voor de cliënten in de pilot: met de persoonlijk begeleider ga ik aan de slag met gedachten, gevoelens en herpakken van regie (onderliggende oorzaken van de psychische kwetsbaarheid); met de medewerker begeleiding ga ik aan de slag met het versterken en aanleren van vaardigheden om om te gaan met de dagelijkse gevolgen van de psychische problemen.

- Overall: in de praktijk weten wijkcoaches en PB'ers en MB'ers elkaar steeds meer te vinden; de lijnen zijn kort en dat is plezierig.

Tot slot

De combinatie van specialistische en basisbegeleiding waar in de pilot ervaring mee is opgedaan, is inmiddels uitgerold binnen de hele RIBW AVV. Ondertussen is RIBW AVV een nieuwe pilot gestart met Thuiszorg Groot Gelre (onderdeel van DrieGasthuizenGroep) om de samenwerking op het gebied van ambulante begeleiding en combi-ondersteuning thuis te versterken. Hiermee willen beide partijen komen tot een keten van kwalitatief goede en passende begeleiding en ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, waarbij de betaalbaarheid toeneemt. De pilot richt zich onder andere op het samen ontwikkelen van een soepele werkwijze voor op- en afschalen (terugvalpreventie met GGZ-bril, vroegsignalering om terugval zoveel mogelijk te voorkomen). Ook bij deze pilot vindt effectonderzoek plaats door bureau HHM.



Bijlage 1. Voorlopig beeld disciplinemix en effecten op cliëntniveau

Deze bijlage bevat voor elk van de acht cliënten het totaalbeeld van cliëntkenmerken, disciplinemix en effecten. Het perspectief van de wijkcoach is hier (indien aanwezig) ook in meegenomen. Van een aantal cliënten is een evaluatieverslag beschikbaar waarin zij reflecteren op de geboden begeleiding en welke resultaten zij hebben behaald.

Toelichting scores ZRM en I.ROC:

De ZRM wordt gemeten met een vijfpuntschaal (hoe hoger de score des te meer zelfredzaam):

- ZRM1 Acuut probleem: de situatie is onhoudbaar.
- ZRM2 Niet zelfredzaam: de situatie verslechtert als niet wordt ingegrepen.
- ZRM3 Beperkt zelfredzaam: de situatie is stabiel maar minimaal toereikend.
- ZRM4 Voldoende zelfredzaam: de situatie zoals we die verwachten bij volwassen personen.
- ZRM5 Volledig zelfredzaam: de zelfredzaamheid is bovengemiddeld goed.

De I.ROC is gemeten met een vierpuntschaal, ook van 'laag' naar 'hoog':

- (Bijna) nooit
- Soms
- Regelmatig
- (Bijna) altijd

1

2

3

4

5

Cliënt 1

Situatieschets bij start

Man van middelbare leeftijd, woonde tot november 2019 in Beschermd Wonen en is zich aan het ontwikkelen om zo zelfstandig mogelijk te worden. Laag zelfbeeld. Achterdocht en psychiatrische beperkingen spelen ook een grote rol. Cliënt is zeer gemotiveerd, wil graag succes ervaren en leren om dat ook als zodanig te zien en te voelen. Door de relatie met ouders heeft cliënt op veel levensgebieden geen zelfregie (een voorbeeld: vader beheert financiën). Begeleiding prikkelt hem om stappen te zetten en hanteert hierbij een systemische benadering met het oog op de ontvlechting met ouders.



Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Leren omgaan met veranderingen
- Ongeplande zorg
- Meerdere psychiatrische diagnoses
- Verslaving
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider
- Groot risico op terugval

Inzet begeleiding:

- Beschikking: 4 uur per week (3 uur SB, 1 uur BB)
- Gemiddeld ingezet: 3 uur per week
- Waarvan 48% PB en 52% MB



Reflectie op inzet begeleiding

De PB-er en MB-er ondersteunen de cliënt allebei op alle leefgebieden, ieder vanuit de eigen deskundigheid: PB-er gaat gesprek aan met cliënt, hoort cliënt dingen zeggen die hij wil of die hij mist, zet vervolgens de MB-er in voor ondersteuning bij concrete acties en vanuit de gesprekken die daarbij plaatsvinden kan de MB-er signaleren richting de PB-er. Zo zijn er steeds 'één-tweetjes' tussen PB-er en MB-er. Cliënt voelt zich hierdoor serieus genomen en ziet dat er direct wat mee gebeurt, dit geeft ook een gevoel van veiligheid voor cliënt.

Cliënt kan bij beide medewerkers zijn verhaal kwijt. Hier hebben PB-er en MB-er bewust voor gekozen om zo genoeg ventilatieruimte te bieden. MB-er heeft op deze manier ook een signaalfunctie. Na een gesprek met PB-er is het voor cliënt ook fijn om de ontspanning te vinden in het 'doen' met de MB-er, terwijl het leereffect ondertussen doorgaat omdat MB-er dit meeneemt in z'n aanpak. Soms zijn raakvlakken in interesses leidend in de taakverdeling tussen MB en PB (bijvoorbeeld vissen en sport).

Wat betreft de verhouding in de tijdbesteding (ongeveer 50-50) geven de begeleiders aan dat dit te maken heeft met de overgang van Beschermd Wonen naar Begeleid Zelfstandig Wonen: er was in eerste instantie veel meer ruimte nodig om hem in de doe-stand te zetten, inhoudelijke gesprekken kwamen pas later op gang. De verwachting van de begeleiders is dat de verhouding ongeveer 50-50 blijft.

Reflectie op inzet aantal uren begeleiding

In de meetperiode was sprake van minder uren inzet dan volgens de beschikking mogelijk is. De PB-er geeft aan dat er wordt ingezet wat nodig is en dat dit in periodes kan fluctueren. Soms is van belang even los te laten en soms om weer meer in te zetten. Cliënt vertoonde

aanvankelijk ontwijkend gedrag en onttrok zich aan afspraken vanuit argwaan. In de meetperiode was daarom even ruimte nodig, mede ook vanuit zijn achtergrond waarin ouders er vaak 'bovenop zaten'. Op dit moment worden de uren volgens beschikking gemaakt.

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 3
2. Dagbesteding	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
3. Huisvesting	ZRM 5	Stabiel blijven	ZRM 5
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 4
7. Verslaving	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
8. ADL	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
10. Maatschapp. participatie	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 4
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 1. Effectmeting ZRM

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig
Doel en richting	Soms	Vooruitgang	Soms
Zelfwaardering	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig
Eigenaarschap en regie	Soms	Stabiel blijven	Soms
Zelfmanagement	Soms	Vooruitgang	Regelmatig
Hoop voor toekomst	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig

Tabel 2. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

1
2
3
4
5

Clïent is zeer gemotiveerd, maar heeft zelf geen idee hoe hij dingen moet aanpakken, geen inzicht wat nodig is. Veel basale zaken zijn hem vreemd. Door gesprekken en door dingen te doen, ervaart hij zelf de situatie. Hij komt daarmee tot inzicht en oplossingen. Hij heeft veel tijd nodig om tot gesprek te komen, om de situatie te kunnen duiden en dan tot actie over te gaan. De begeleiders zijn nog met hem bezig te ontdekken hoe dit bij hem werkt en welke aanpak helpend is voor zijn wensen en doelen.

Begeleiders geven de cliënt de ruimte en vertrouwen om zoveel mogelijk zelf op te pakken. De psychosociale antenne is erg belangrijk; op het juiste moment doorpakken en overgaan tot actie kan alleen vanuit vertrouwen. Dit heeft tijd nodig.

Clïent heeft dankzij de begeleiding al meer zelfvertrouwen gekregen in zelfstandig wonen, het geeft hem een enorme boost. Hij is autonomer geworden, komt meer los van ouders, dat levert ook op dat hij ruimte heeft om z'n eigen huishouden te gaan doen, z'n eigen leven te leiden. Er

zijn nog geen effecten zichtbaar in de ZRM-scores, maar er zijn wel stappen gezet:

- Financiën zijn meer bespreekbaar; cliënt is meer bereid te kijken naar eigen verantwoordelijkheid en daarbij eventueel bijbehorende acties.
- Werkmogelijkheden zijn onderzocht, cliënt toont hierin meer eigen initiatief en het wordt steeds duidelijker waar zijn wensen liggen en vanuit welke beweegredenen en motivatie.
- Op het gebied van geestelijke gezondheid maakt cliënt zelf steeds meer onderwerpen bespreekbaar, doordat er vertrouwen is om dit te doen.
- Wat betreft zijn verslaving heeft cliënt meer inzicht in de processen en wat zijn rol kan zijn om hier verandering in te brengen.

Ook op gebied van de I.ROC zien begeleiders verbetering, al is dit in de scores alleen zichtbaar bij zelfmanagement:

- Life skills: Hij beleeft dingen positiever, hij heeft meer zelfvertrouwen, is trotser op wat hij bereikt, kan het vaker zelf duiden in plaats van dat wij het moeten benoemen en dan pas zelf zien.
- Doel en richting: Hij heeft wel meer hoop en vertrouwen dat dit meer kan gaan worden. Dit komt omdat hij meer inzicht krijgt in wat hij hiervoor nodig heeft en meer vertrouwen dat hij doelen en wensen kan behalen.
- Zelfwaardering: Nog vaak twijfel en achterdocht die dit verhinderen. Gevoel is wel intenser maar niet vaker aanwezig.
- Eigenaarschap en regie: Hij neemt wel vaker regie maar ervaart het nog niet. Door samen te reflecteren op de situatie kan hij beter complimenten ontvangen en erkennen dat hij wel regie genomen heeft.



- Zelfmanagement: De overgang van Beschermd Wonen naar Begeleid Zelfstandig Wonen gaat heel goed. Vraagt steeds vaker op juiste moment hulp. Leert van de situatie.
- Hoop: Door het vertrouwen in de begeleiding is steeds meer bespreekbaar en dit geeft ruimte om meer hoop te hebben en vertrouwen in zijn eigen vaardigheden en krachten.

Reflectie op interventies

Er wordt bij deze cliënt gewerkt vanuit de cirkel van herkennen, erkennen, accepteren en vanuit acceptatie acties ondernemen. Dit is toepasbaar op alle domeinen.

In deze situatie speelt het loskomen van ouders een grote rol. Door dit te benoemen en samen dingen te gaan doen (exposure) die hij voorheen niet deed, ontstaat trots en zelfvertrouwen en onderneemt/oefent hij zelf ook dingen en koppelt hij daar ook over terug. Soms leidt het ook tot te veel willen, en dan is het ook nodig te temporiseren, aan te voelen, zaken in de week leggen en tijd nemen voor het gesprek. Omdat hij nooit zelfstandig heeft gewoond, is alles wat hierbij komt kijken nieuw en zijn veel dingen te doen.

De PB-er onderzoekt rollen en rolverdeling met de cliënt in relatie tot en met zijn ouders: je wilt autonomie en zelfregie, hoe ga je dat doen, wie heeft welke rol, wat doe je daar zelf in, wat heb je nodig, wat hebben je ouders nodig, wat heb je van de begeleiding nodig? Dit raakt onder meer aan de huisvesting, dagbesteding (waaronder digitale vaardigheden om dit te regelen), verslaving (wat triggert je, wat heb je nodig) en financiën. De geestelijke en lichamelijke gezondheid hangen hierbij sterk samen. De PB-er en MB-er verdelen de taken op de verschillende domeinen en

reiken hierin zaken aan als sport en het aanleren van andere patronen/ritme.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

Als de gecombineerde begeleiding er niet was geweest na de overgang uit BW, waren de problemen en de wensen minder snel zichtbaar geworden voor de PB-er. Omdat de MB-er direct aan de slag kon gaan met allerlei praktische vragen rond het zelfstandig wonen is waarschijnlijk schade bij cliënt voorkomen (bijvoorbeeld verstrikt raken in bureaucratie en eenzaamheid) en daarmee mogelijk ook een langduriger zorgvraag. Met alleen specialistische begeleiding zou waarschijnlijk hulp bij het huishouden zijn ingezet om te voorkomen dat hij vervuult; nu kan de begeleiding hem helpen hier zelfstandig in te worden (dus op de langere termijn betekent dit minder hulpinzet).

Er was ook groot risico op terugval in drugsgebruik; de gecombineerde begeleiding geeft veel meer stabiliteit. Op de vraag of dit ook bereikt had kunnen worden met meer uren voor de PB-er gaf het duo aan dat dit niet zou werken voor deze cliënt, omdat steeds hetzelfde gezicht niet handig is. Afwisseling van personen en van disciplines met elk een eigen 'aanvliegroute' is belangrijk.

1

2

3

4

5



Cliënt 2

Situatieschets bij start

Man van middelbare leeftijd, sinds 2014 in zorg bij RIBW AVV. Cliënt heeft een bipolaire stoornis en is afgelopen jaren verschillende keren opgenomen geweest en heeft een tijdje in Beschermd Wonen gewoond. Na de laatste opname is de ambulante begeleiding hervat, nu als gecombineerde begeleiding. De inzet ging daarbij van twee uur gespecialiseerd naar vier uur gecombineerd. Zijn wens en doel is om weer in balans te zijn en in zijn huurwoning te mogen blijven wonen. Tegelijk is zijn motivatie om vaardigheden te leren laag en mist hij nog een stuk inzicht hierin. Omdat hij 'op scherp staat' bij de woningcorporatie hebben doelen rond het huishouden en overlast prioriteit.



Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Onvoorspelbaarheid van het gedrag en/of de ziekte
- Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor dagelijks leven
- Passiviteit (of zeer beperkt actief)
- Geen of beperkt ziekte-inzicht
- Verslaving
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider
- Groot risico op terugval

Inzet begeleiding:

- Beschikking: 4,1 uur per week (3 uur SB en 1 uur BB)
- Gemiddeld ingezet: 2,4 uur per week
- Verhouding: 63% PB en 37% MB

Reflectie op inzet begeleiding

PB-er behoudt het overzicht en bewaakt het verband tussen alle doelen op alle domeinen, zodat het bijdraagt aan het hogere doel: zelfstandig blijven wonen en niet weer opgenomen worden. De motivatieproblemen van cliënt koppelt PB-er aan zijn gehele herstelproces. PB-er doet de aanzet met de cliënt zodat deze gemotiveerd is, MB-er kan er vervolgens verder mee aan de slag en haar acties koppelen aan het hogere doel. PB-er kent de cliënt al langere tijd, hierdoor kan hij makkelijker ingangen vinden bij de cliënt en accepteert cliënt veel van PB-er. De MB-er is begonnen met kennismaken en opbouwen van vertrouwen via concrete activiteiten (samen huisraad kopen, kat ophalen et cetera). Nu de relatie goed tot stand is gekomen, kan de MB-er ook lopende, 'stabiele' punten van de PB-er overnemen (als het doel en de eventuele afspraken met andere betrokkenen helder zijn).

Bij de evaluatie na drie maanden heeft de wijkcoach aangegeven tevreden te zijn met de invulling van de begeleiding en de voortgang. Het bieden van basisbegeleiding in combinatie met specialistische begeleiding maakt dat het volledig onderdeel uitmaakt van het herstelproces, er is samenhang over alle doelen heen.

Reflectie op inzet aantal uren begeleiding

Met name de PB-er maakte minder uren dan mogelijk volgens de beschikking. Dit kon ook vanwege de inzet van de MB-er. Tegelijkertijd is ook enige flexibiliteit nodig. Het lijkt nu goed te gaan, maar er is een risico van terugval vanwege wat omstandigheden die lastig te peilen zijn. Zo nodig, wil de PB-er er kunnen zijn. PB-er en MB-er zijn van mening dat het niet zinvol zou zijn meer in te zetten. Zelf willen ze wel meer doen, maar

1

2

3

4

5



het is van belang aan te sluiten bij de wensen van de cliënt. Meer uren zou tegen kunnen werken omdat de cliënt afhaakt bij meer druk. Hij wil wel, maar niet te hard en is erg bang om regie kwijt te raken. Nu biedt het rust dat MB-er en PB-er om de week komen. De PB-er heeft met de wijkcoach afgestemd dat drie uur in totaal voldoende is, gezien de tijdbesteding gedurende de eerste drie maanden, de wens van de cliënt om gefaseerd aan de doelen te werken (niet teveel in één keer doen) en de steeds terugkerende opmerking van de cliënt dat “het allemaal zoveel is”.

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
2. Dagbesteding	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
3. Huisvesting	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 4
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 4
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 5	Stabiel blijven	ZRM 5
7. Verslaving	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 4
8. ADL	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 3
10. Maatschapp. participatie	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 4
11. Justitie	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 3

Tabel 3. Effectmeting ZRM

Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig
Doel en richting	Soms	Vooruitgang	Regelmatig
Zelfwaardering	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig
Eigenaarschap en regie	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig
Zelfmanagement	Soms	Stabiel blijven	Soms
Hoop voor toekomst	Soms	Vooruitgang	Soms

Tabel 4. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

Er lagen vragen op allerlei leefgebieden, zoals wonen (regelen van inrichting, huishouding leren doen), dagbesteding, financiën (in samenspraak met bewindvoerder), sociale contacten (bijvoorbeeld contact met burens herstellen). Uitvoerende taken moeten bij deze cliënt duidelijk gekoppeld worden aan zijn hele herstelproces (geestelijke gezondheid), dus ook aan de andere doelen. In de eerste periode van drie maanden is een goede relatie ontstaan tussen cliënt en MB-er en wordt vooruitgang zichtbaar in de doelen.

Concrete voorbeelden van resultaten:

- Cliënt is bereid om behandeling aan te gaan en medicatie in te nemen.
- Cliënt is bereid om samen te werken in huishouding en zelfzorg.
- Cliënt heeft inzicht gekregen in zijn financiën.



Dit is nog niet in een mate dat het ook tot een hogere ZRM-score leidt (met uitzondering van het domein verslaving en geestelijke gezondheid). Voor de komende periode staan zingeving, dagbesteding en sporten/hobby/sociale contacten centraal in de doelen.

Reflectie op interventies

Doordat herstelgerichte gesprekken (van de PB-er) worden gecombineerd met actie (door de MB-er) gaat de cliënt werkelijk zelf dingen oppakken. De verwachting van de wijkcoach is dat de cliënt anders al heel snel gestopt zou zijn met (bijvoorbeeld) de huishoudelijke doelen. Nu is er echt wat bereikt, je krijgt de cliënt verder op deze manier. Het is een heel proces in relatie, in presentie, met balans tussen overnemen en aan hem laten, hem dingen aanleren door samen te blijven doen, op vaardigheden en inzicht trainen zodat het langzaam beklijft. Inmiddels ziet cliënt zelf ook dat de begeleiding op dit punt nodig is; ook dat is een resultaat.

Wat belangrijk is geweest bij het boeken van vooruitgang is dat vrij snel na opname (na 3 weken) dagbesteding was geregeld (vanuit de trajectbegeleider van Pro Persona); dit bood structuur en daginvulling. Ook de samenwerking met het FACT team was helpend. De PB-er heeft hier afspraken mee gemaakt en was betrokken bij een 'warme overdracht'.

Overstijgend aan de vele vragen die er liggen is de geestelijke gezondheid. Of het nu gaat om eten, sporten of verslaving. Interventies zijn er op gericht om stabiel te blijven en daarbij staat niets los van elkaar. Daarbij proberen ze de cliënt 'bewust te maken' en te bekrachtigen. De manier van gespreksvoering is belangrijk: het gaat er om te bevragen en inzicht te geven en soms ook te confronteren: "We geven veel ruimte en kaders af". Dat moet subtiel, want anders gaat de deur dicht. Door

ervaringen kom je daar achter en dat werkt op alle domeinen. De regie komt steeds meer bij hem liggen, waardoor steeds minder begeleiding mogelijk is.

Perspectief van de cliënt

Aan de cliënt zelf is gevraagd aan te geven hoe hij kijkt naar de mate waarin doelen zijn bereikt: Welke doelen zijn (deels) behaald? Wat/wie heeft voor jou gewerkt om dit doel(en) te bereiken? Wat heb je nodig om dit doel(en) te bereiken?. Hij geeft het volgende aan:

- Doel Financiën: Het doel om hier overzicht in te hebben is behaald. Ik internet bankier nu. De wens was om het zelf te beheren. Ik heb nog wel bewindvoering en dat is goed. Ik vind het leuk om het bij te houden wat mijn in- en uitgaven zijn en heb nu meer inzicht. Ik vraag niet zomaar meer geld aan omdat ik nu weet dat ik ook kan sparen en hoeveel ik nog heb. Ik ben hierin meegenomen door begeleider; die heeft voorgedaan. Op positieve wijze heeft begeleider mij gepusht om het samen te doen. Ik heb nu de ervaring dat het prettig is om inzicht te hebben.
- Doel Werk: Onderzoeken wat ik leuk vind. Dit kan nog steeds doorgaan, ondanks de corona omstandigheden en dat mijn huidige dagbesteding nu stil ligt. Ik kan dit met trajectbegeleider doen, maar ook met mijn begeleider. Ik heb al eerder eens een interesse-formulier ingevuld.
- Doel huidige woonplek behouden gaat goed. Ik woon hier nog steeds. Er is contact met VHV en Zorgcoördinator en RIBW in verband met de buurvrouw. Ik heb een kaartje bij de buurvrouw in de bus gedaan. Ze mag ook gerust bij mij aanbellen als ze last heeft van mij.
- Doel eigen regie in geestelijke gezondheid gaat nu goed. Middelen, stress, dag en nachtritme zijn belangrijke facetten hierin. Ik heb

1

2

3

4

5



medicatie die mij helpt om te slapen, zo nodig. Ik ben me nu bewuster dan vroeger dat eerder genoemde facetten belangrijk zijn.

- Doel gezonde levensstijl, gezond eten, kan beter. Ik heb laatst druiven gehaald in plaats van chips. MB-er zou me hier nog in kunnen ondersteunen, maar boodschappen doen kan ik zelf.
- Doel Verslaving: ik gebruik minder. 3 joints per dag. Ik weet dat dit een trigger kan zijn.
- Doel Huishouden. Ik houd het meer bij; heb meer structuur erin. Een lijst gemaakt en dat werkt. Stok achter de deur door MB-er. Samen doen en voordoen werkt ook. Ook hier kan positief pushen (net als bij doel financiën) helpen.
- Sporten ga in binnenkort oppakken met begeleider. Ik zou wel willen keepen.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

De wijkcoach ziet meerwaarde in de gecombineerde begeleiding doordat twee personen met cliënt aan het werk zijn en je daardoor van twee kanten een beeld krijgt. Met zo'n complexe cliënt helpt dit om de juiste stappen te ondernemen en keuzes te maken in benadering. Ook het integrale plan waarin alle acties worden meegenomen is prettig voor de cliënt. Bij de hervatting van de ambulante begeleiding na opname is erover gesproken om hulp bij huishouden in te zetten. Voor deze cliënt is het goed dat er niet nóg een organisatie bij komt (naast RIBW AVV is Fact van Pro Persona betrokken). Ook kunnen er veel meer praktische zaken worden opgepakt, die niet onder specialistische begeleiding vallen, aldus de wijkcoach. Het is bovendien een cliënt bij wie het zomaar mis kan gaan, dus een extra paar deskundige ogen en oren is heel wenselijk.

Cliënt 3

Situatieschets bij start

Man van middelbare leeftijd, heeft moeite om mensen te vertrouwen en is in een sociaal en maatschappelijk isolement geraakt. Hij wil graag weer meedoen aan de maatschappij en een zinvolle bijdrage leveren. Hij wordt hierin belemmerd door zijn psychische problemen. De begeleiding heeft tot doel om hem meer grip op en inzicht in zijn geestelijke gezondheid te geven. Ook werkt de begeleiding aan het doorbreken van zijn passiviteit en hem zo uit het isolement krijgen. De basisbegeleiding in aanvulling op de al lopende specialistische begeleiding kan hier een bijdrage aan kan leveren (NB. Dit was afgelopen periode nog niet in beschikking vastgelegd). Cliënt heeft eerder hulpverlening van een behandeling gehad, die heel directief werd geboden; hij is daardoor heel gevoelig voor de manier van benaderen, daar moet je 'omheen kunnen werken'. Het gaat om in contact blijven, ook als het slechter met hem gaat en hij mensen moeilijk toelaat.



Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor dagelijks leven
- Passiviteit (of zeer beperkt actief)
- Leren omgaan met veranderingen
- Ongeplande zorg
- Meerdere psychiatrische diagnoses
- Verslaving
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider
- Groot risico op terugval

1
2
3
4
5



Inzet begeleiding:

- Beschikking: 2,3 per week (2,3 SB)
- Gemiddeld ingezet: 2,5 uur per week
- Waarvan 48% PB en 52% MB

Reflectie op inzet begeleiding

PB-er voert veel gesprekken met de cliënt (uitzoeken hoe het komt dat hij zich zo voelt, en hoe kom je weer met beide voeten op de grond) en kiest hiervoor regelmatig een activerende omgeving uit (wandeling, park, kop koffie). PB-er onderhoudt ook het contact met naasten en wijkcoach.

Cliënt heeft veel activerende doelen, vooral om uit z'n isolement te komen. Begeleiders hebben ervoor gekozen om dit voornamelijk over te laten aan de MB-er. MB-er pakt veel op met cliënt, door aan te sluiten bij zijn belevingswereld, hobby's en interesses. Door daarover te praten, krijgt hij weer vertrouwen om dingen op te pakken, komt letterlijk in beweging. Dit verklaart de verhoudingsgewijs grote inzet van de MB-er. Vóór de actie zit altijd het gesprek met PB-er om uit te vragen wat helpend is en wat de wens/doel van de cliënt is. Zo kaderen ze de afspraken en evalueren het resultaat van de acties.

Reflectie op inzet aantal uren

De inzet fluctueert. In de meetperiode is iets meer ingezet dan beschikt. Aangegeven wordt dat deze cliënt veel nodig heeft en verleid moet worden tot accepteren van hulp. Dit vraagt om in contact blijven. Sinds kort zijn de uren opgehoogd tot 4 uur per week. Dat is ruim voldoende. Meer uren inzetten, zou niet leiden tot meer effectiviteit. Als ze meer naar buiten willen met de cliënt, houden ze daar rekening mee door een andere keer wat minder te gaan.

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
2. Dagbesteding	ZRM 1	Vooruitgang	ZRM 2
3. Huisvesting	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Geen doelen	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
7. Verslaving	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 4
8. ADL	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
10. Maatschapp. participatie	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 5. Effectmeting ZRM

Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	Soms	Vooruitgang	Soms
Doel en richting	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Zelfwaardering	Soms	Vooruitgang	Soms
Eigenaarschap en regie	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Zelfmanagement	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Hoop voor toekomst	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit

Tabel 6. Effectmeting I.ROC



Reflectie op effecten

Cliënt ervaart nog wel terugvallen in zijn geestelijke gezondheid (uit contact gaan), maar de dalen zijn veel minder diep doordat hij begeleiders toelaat en niet terugschiet in totaal isolement. Het is van belang om als hulpverlener de lat niet te hoog te leggen en te erkennen dat hij bepaalde dingen (nog) niet kan (dat het geen onwil is, zoals veel hulpverleners de indruk hebben). Omdat cliënt moeite heeft om mensen te vertrouwen, is het belangrijk om te laten zien dat je present bent. Daarnaast is het belangrijk om flexibel te zijn in het uitvoeren van acties; de gemoedstoestand van cliënt is leidend. Het bewust gelijkwaardige begeleiden helpt cliënt naar eigen zeggens in zijn herstel.

De domeinen financiën en huisvesting gebruiken de begeleiders om de eigen krachten van cliënt te benoemen en zijn eigen vermogen om regie te pakken: hij is gemotiveerd om hieraan te werken, gebruikt veel kwaliteiten en vaardigheden en boekt daarmee succes. Dit is voor de begeleiders een mooie kapstok om krachtgericht te werken, te reflecteren op zijn eigen vermogens en die vervolgens ook in te zetten op andere terreinen. Zijn lichamelijke gezondheid en verslaving zijn bespreekbaar geworden, hij krijgt iets meer grip door inzicht en er over praten.

Op het gebied van de I.ROC is geen verbetering zichtbaar in de scores maar de begeleiders zien wel beweging, bijvoorbeeld:

- Kan het steeds beter duiden en herkennen.
- Krijgt meer hoop en zinvolle invulling.
- Kan er nu meer over praten en concretere wensen aan verbinden.
- Kan nu eerder de negativiteit en het zelfdestructieve stoppen.
- Kan steeds positiever naar zichzelf kijken (met hulp van begeleiding; kijkt samen op afstand naar zichzelf).

Reflectie op interventies

Bij deze cliënt wordt de cirkel ingezet van herkennen, erkennen, accepteren en vanuit acceptatie acties ondernemen, als paraplu over alle domeinen heen. Sleutelwoorden in de begeleiding zijn: present blijven, aansluiten, verleiden tot exposure, regie geven door keuze te bieden, faciliteren, respect tonen voor keuzes die hij maakt en meebewegen.

Eventuele terugval wordt bij hem vaak veroorzaakt door achterdocht, maar in het verleden is zijn gedrag vaak gezien als 'niet willen' of luiheid. Door hem steeds vanuit empathie en zonder oordeel tegemoet te treden, maar wel gedrag te benoemen en de oorzaken daarvan uit te diepen, krijgt de cliënt regie. Het vermijden van druk is daarbij van belang. Dus wel "Is het nog gelukt om...?" en niet "Je zou toch deze week...". De cliënt heeft ruimte nodig voor wat anderen onacceptabel gedrag noemen (afspraken niet nakomen, verbaal agressief reageren). De begeleiding bestaat daarbij uit het vragen: Wat is er aan de hand? Wat heb je nodig? Helpt het je als ik je een deadline geef?

Ook vragen ze hem hardop te praten en dingen op te schrijven en te onderzoeken om daarmee het zelfstandig denken te oefenen (binnen Beschermd Wonen wordt er heel veel voor je bepaald).

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

Het begeleidersduo ervaart dat je veel meer dimensies kunt aanboren doordat je met twee disciplines werkt. Je kunt theorie en actie meer aan elkaar koppelen: PB-er doet voornamelijk gesprekken (zien, horen, signaleren, kijken wat er kan gebeuren) en door de inzet van de MB-er kan de cliënt in een veilige setting in actie komen. Vanuit de gesprekken met PB-er zou cliënt vanuit het vergrote inzicht en motivatie waarschijnlijk zelf wel stappen gaan zetten, maar is de kans op negatieve ervaringen en daardoor terugval groter.

1

2

3

4

5



Cliënt 4

Situatieschets bij start

Man van begin 30, heeft last van verslaving (alcohol en softdrugs), depressieve gevoelens en mogelijk ASS (wordt onderzocht). Cliënt heeft een negatief zelfbeeld, communiceert heel moeizaam en ervaart beperkingen in het aangaan van sociale relaties. Hij neigt tot isolement en depressie ligt op de loer. Cliënt heeft al langer specialistische begeleiding. Voorheen was dit twee uur per week, dat bood niet genoeg tijd om concrete doelen te behalen. Daarom is de specialistische begeleiding opgeplust naar drie uur en is er één uur basisbegeleiding in de gecombineerde beschikking opgenomen. De begeleiding is met hem in gesprek over zijn werk (dagbesteding), zowel het houden aan de huidige afspraken als zoeken naar ander (leuker) werk. Andere doelen zijn gaan sporten en sociale contacten opbouwen.



1

Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Onvoorspelbaarheid van het gedrag en/of de ziekte
- Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor dagelijks leven
- Passiviteit (of zeer beperkt actief)
- Geen of beperkt ziekte-inzicht
- Leren omgaan met veranderingen
- Meerdere psychiatrische diagnoses
- Verslaving
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider
- Groot risico op terugval

2

3

4

5

Inzet begeleiding:

- Beschikking: 4 uur per week (3 uur SB en 1 uur BB)
- Gemiddeld ingezet: 3,5 uur per week
- Waarvan 69% PB en 31% MB

Reflectie op inzet begeleiding

De begeleiding was in de afgelopen periode gericht op het onderzoeken van de intrinsieke motivatie en wat hij daarvoor nodig heeft. Cliënt zit al lang in hulpverlening, is lastig te peilen in wat hij wil; zijn gedrag laat vaak wat anders zien dan wat hij zegt te willen (bijvoorbeeld op het punt van middelengebruik). De taakverdeling van PB-er lag in deze casus op regie, gesprekken met cliënt over waar hij naartoe wil werken, structuur aanbrenge in doelen, contacten houden met wijkcoach, behandelaars (Iriszorg en Leo Kannerhuis) en werkgever (dagbesteding). MB-er moest cliënt nog helemaal leren kennen. Zij nam hiervoor dagelijks tijd voor een koffiemomentje op route naar zijn werk (dagbesteding). Dit had, naast kennismaking en een relatie opbouwen, tot doel cliënt te motiveren om naar zijn werk te gaan en even een gesprekje te hebben over hoe het met hem gaat.

De werkzaamheden van PB-er en MB-er lopen op het niveau van de doelen door elkaar heen. In de aard van de werkzaamheden is wel duidelijk onderscheid: PB-er houdt het overzicht en zorgt voor de afstemming met andere betrokken instanties, MB-er is meer betrokken in het dagelijks leven van cliënt. Tegelijkertijd waren ook de acties van de MB-er in deze casus vooral doeloverstijgend, vanwege het onderzoekend werken. Samen bespreken PB-er en MB-er wat de juiste manier en aanpak is. Bij de evaluatie met de wijkcoach na drie maanden hebben ze geconstateerd dat dit de afgelopen periode goed werkte, maar dat cliënt



nu achterover lijkt te gaan leunen. Daarom hebben ze afgesproken dat begeleiding meer vragen gaat stellen in plaats van voor hem oplossen. Hij moet nu zelf meer met antwoorden gaan komen, kijken waar hij verantwoordelijkheid voor gaat nemen en in actie komen. De verhouding tussen PB-er en MB-er gaat daardoor naar verwachting schuiven naar ongeveer 50-50 (meer tijd voor samen DOEN).

Reflectie op inzet aantal uren begeleiding

Aanvankelijk was de verhouding qua uren PB-er en MB-er: 3-1 en was er ook meer verschil in inzet. De PB-er was bijvoorbeeld meer betrokken bij de contacten met de verslavingszorg. Inmiddels is er, zoals aangegeven, een andere benaderingswijze gekozen en hebben PB-er en MB-er een vergelijkbare inzet bij cliënt thuis. Sinds april kunnen PB-er en MB-er beiden 2 uur inzetten. Het kost veel tijd en energie om in contact met hem te komen, en hiermee heeft ook de MB-er hiervoor voldoende ruimte.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
2. Dagbesteding	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 4
3. Huisvesting	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Geen doelen	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 5	Vooruitgang	ZRM 5
7. Verslaving	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
8. ADL	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 4
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 2
10. Maatschapp. participatie	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 3
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 7. Effectmeting ZRM

Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	Soms	Vooruitgang	Soms
Doel en richting	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Zelfwaardering	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Eigenaarschap en regie	Soms	Vooruitgang	Soms
Zelfmanagement	Soms	Vooruitgang	Soms
Hoop voor toekomst	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit

Tabel 8. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

Vooruitgang heeft bij deze cliënt veel tijd nodig, komt in kleine stappen en is nog niet zichtbaar in de scores op ZRM en I.ROC. De begeleiding moet er bij deze cliënt bovenop zitten en werken aan motivatie. Bij deze cliënt moet je alle zeilen bij zetten om een gewoon gesprek te kunnen voeren, vanwege beperkte sociale vaardigheden. Verdere isolatie en depressie dreigen. In deze complexe situatie is het al een succes dat begeleiding in contact kan blijven.



Reflectie op interventies

De PB-er onderscheidt drie handelingsperspectieven: (1) dingen doen vanuit kwetsbaarheid; dan zoek je naar oplossingen voor dat wat niet werkt; (2) dingen doen vanuit wensen van de cliënt; of (3) dingen doen vanuit wensen van de omgeving.

Aanvankelijk was de begeleiding meer gericht op zijn kwetsbaarheid en deels op zijn wensen, maar die bleken na verloop van tijd anders te zijn. Nu proberen ze vanuit een andere houding, namelijk iets meer achterover leunend, meer te werken vanuit wensen van de cliënt. Ze proberen hem tot een ander zicht te laten komen op zijn zelfbeeld, hem vertrouwen te geven en te zoeken naar een intrinsieke motivatie.

Aanvankelijk zochten ze bijvoorbeeld een sportschool voor hem, maar daar haakte hij op enig moment af. Nu laten ze hem daarvoor meer zelf aan de slag gaan. Ze proberen hem zelf dingen te laten bedenken of met vragen te laten komen (als "wil je mij meehelpen om op tijd op te staan?"). Of rondom maatschappelijke participatie: hij heeft dagbesteding, gaat daar ook heen, maar heeft er klachten over. Ze proberen hem te laten zien dat er meer is, maar proberen steeds op te passen dat zij beslissen.

Het daadwerkelijk vanuit wensen werken is nog een weg te gaan en PB-er en MB-er ervaren hierbij nog aan het begin te zitten. Op dit moment werken ze hierbij vooral aan de verslaving en de ADL en bijvoorbeeld het sporten valt daar dan onder.

Perspectief van de cliënt

Aan de cliënt zelf is gevraagd aan te geven hoe hij kijkt naar de mate waarin doelen zijn bereikt: Welke doelen zijn (deels) behaald? Wat/wie

heeft voor jou gewerkt om dit doel(en) te bereiken? Wat heb je nodig om dit doel(en) te bereiken?). Hij geeft het volgende aan:

- Ik had het doel om mij in te schrijven bij een sportschool. Ik heb daar rondleiding gehad. Ik ben 3 keer wezen sporten. Het heeft geholpen dat RIBW begeleider mee ging.
- Ik heb een doel op mijn vrije tijdsinvulling (leuke activiteiten doen). Het is mij gelukt om meerdere activiteiten op te schrijven die ik kan gaan doen in mijn vrije tijd. Het idee was van mijn begeleider, ik vond dit een goed idee en heb dit zo gedaan.
- Ik heb een doel in mijn verslaving (stoppen met alcohol en drugs). Ik ben gestart met een detox via IRIS zorg. De noodzaak was zo hoog dat ik mij heb aangemeld bij IRISzorg. Ik heb nu goed contact met mijn behandelaar.
- Ik heb nu een extra medewerker begeleider. Ik heb een relatie met haar opgebouwd en kan samen werken. Zij helpt mij ook in mijn doelen door samen te praten of samen iets te ondernemen. Mijn begeleider heeft contact met behandelaar van IRIS zorg en dat helpt zodat we er achteraf over kunnen praten.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

Bij deze cliënt is het heel prettig als je met een duo werkt. Met z'n 2-en heb je meer ideeën, kun je meer uitproberen, kun je sparren om ingangen te vinden en richting te bepalen en houd je het langer vol. Samen met een andere PB-er in deze casus zou lastig zijn, want die pakt dan ook regie. Met een MB-er is er duidelijkheid over de rolverdeling, ook voor de cliënt. Je hebt een heel andere relatie met cliënt als je afstemming met organisaties moet organiseren, dan als je samen dingen gaat doen. Volgens de wijkcoach is de rol van de MB-er in deze casus wel op het randje van wat basisbegeleiding is. Je moet verstand hebben van deze ziektebeelden, hoe dat uitwerkt in communicatie en gedrag en hoe je een

1

2

3

4

5



cliënt kunt motiveren. De MB-er in deze casus beschikt over deze vaardigheden, maar ondersteuning vanuit specialistische begeleiding is daarbij noodzakelijk. Als de gecombineerde begeleiding niet zou worden geboden, bestaat er een kans dat hij in beschermd wonen moet worden geplaatst.

Cliënt 5

Situatieschets bij start

Vrouw van middelbare leeftijd die lijdt aan psychotrauma en de gevolgen daarvan. Onder andere dat ze soms letterlijk geen pijn voelt en daardoor in levensbedreigende situaties komt. Naast de ernstige psychische problemen is sprake van forse lichamelijke problematiek wat ook een wisselwerking heeft met de psychische problemen (qua draagkracht en doordat medicatie voor depressie en hoofdpijn wisselend opgenomen wordt). Ze had enige tijd geleden een levenseindewens; de fysieke events zorgen regelmatig voor terugval in suïcidale gedachten. In de begeleiding leert ze haar emoties en lichaam herkennen, erkennen en voelen, haar situatie accepteren en juiste acties ondernemen. Het gaat ook om inzicht krijgen in reële rollen en relationele processen, zodat ze er zelf grip op krijgt en regie en herstel mogelijk wordt.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Onvoorspelbaarheid van het gedrag en/of de ziekte
- Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor dagelijks leven
- Geen of beperkt ziekte-inzicht
- Leren omgaan met veranderingen
- Ongeplande zorg
- Meerdere psychiatrische diagnoses

- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider
- Aanwezigheid van een gezin
- Groot risico op terugval

Inzet begeleiding:

- Beschikking: 4 uur per week (3 uur SB en 1 uur BB)
- Gemiddeld ingezet: 4,3 uur per week
- Waarvan 74% PB en 26% MB

Reflectie op inzet begeleiding

De PB-er heeft deze cliënt al langere tijd zelf begeleid met dezelfde omvang in uren. Deze begeleiding bestond vooral uit gesprekken gericht op de onderliggende problemen en mechanismen (zie reflectie op interventies). PB-er heeft ook het contact met familieleden en andere betrokken partijen. Nu de MB-er betrokken is, kan hij dezelfde doelen in meer praktische zin oppakken, waardoor het een verdieping krijgt. Een voorbeeld: met cliënt is afgesproken dat MB-er met haar gaat werken aan conditie door samen te wandelen. Tijdens de wandeling gebeurt er van alles met cliënt, wat de MB-er voor haar kan verwoorden, zodat ze zich ervan bewust wordt. De PB-er kan dit vervolgens in gesprekken weer verder oppakken. De begeleiding van de twee disciplines grijpt steeds in elkaar, ze geven elkaar het stokje steeds over.

Cliënt is gebaat bij een duidelijke rolverdeling, vandaar ook deze inzet van de MB-er op concrete (sub)doelen. Dit wil niet zeggen dat de MB-er geen verdere (sub)doelen kan oppakken die uit het contact met cliënt voortvloeien. Bij cliënt zijn er op veel gebieden onrustige situaties. MB-er pikt veel onderliggende signalen op en kaart deze aan bij cliënt. Signalen



worden door zowel cliënt als MB-er doorgegeven aan PB-er. Dit maakt dat onderwerpen sneller boven tafel komen en vanuit diverse perspectieven opgepakt kunnen worden.

Reflectie op inzet aantal uren begeleiding

In de meetperiode is meer ingezet dan wat er is beschikt. Dit wordt herkend en is te relateren aan een externe factor / agressor (een conflict) dat alles beïnvloedt en veel aandacht nodig heeft. PB-er geeft aan in te zetten wat nodig is en in te spelen op de situatie. Of er meer bereikt zou kunnen worden door meer uren te beschikken is niet op voorhand duidelijk. Enerzijds kan er meer behoefte zijn aan inzet op de dagelijkse gevolgen als cliënt wat stabiel is. Anderzijds zou dit er ook toe kunnen leiden dat ze gaat leunen: "Het is verleidelijk, maar je zou haar ook ontkrachten."

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 4	Geen doelen	ZRM 4
2. Dagbesteding	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
3. Huisvesting	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
4. Huiselijke relaties	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 1	Vooruitgang	ZRM 1
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 4
7. Verslaving	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
8. ADL	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 4
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
10. Maatschapp. participatie	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 9. Effectmeting ZRM

Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	(Bijna) nooit	Vooruitgang	Soms
Doel en richting	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Zelfwaardering	(Bijna) nooit	Vooruitgang	Soms
Eigenaarschap en regie	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Zelfmanagement	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Hoop voor toekomst	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit

Tabel 10. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

In de ZRM-score is er geen vooruitgang zichtbaar. Er zijn echter wel kleine stappen vooruit op sommige domeinen, zoals meer inzicht in financiën, verbetering van de relaties in het gezin, meer grip op de geestelijke gezondheid en betrokkenheid van het gezin hierin, meer inzicht in eigen handelen en de gevolgen hiervan met betrekking tot ADL en sociaal netwerk. Gezien de chronische lichamelijke aandoeningen is een ZRM-score 4 op het domein lichamelijke gezondheid het hoogst haalbare; de beoogde vooruitgang op dat gebied heeft vooral te maken met leren accepteren. Maatschappelijke participatie wordt nu nog teveel belemmerd door de andere factoren om tot verbetering te komen.

Wat betreft de herstelgerichte indicatoren is wel vooruitgang zichtbaar. Door te benoemen wat cliënt ervaart en dit bij haar te toetsen, ervaart ze



meer grip op dagelijkse situaties. Door de rollen van cliënt te bespreken in het gezin en de waarde hiervan voor de anderen te onderzoeken, verandert het zelfbeeld van cliënt enigszins. Regie en zelfmanagement ervaart de cliënt bijna nooit, ze heeft het gevoel dat het leven haar overkomt, mede door de fysieke belemmeringen en externe factoren. Het wordt haar duidelijk dat het steeds meer draait om 'leren leven met' in plaats van behandeling en verbetering. Dat leidt in eerste instantie verlies van hoop, maar ze is wel bereid tot aanvaarden van hulp die helpt de situatie te accepteren en tot andere soort hoop te komen. Dat is ook een resultaat van de begeleiding.

Reflectie op interventies

Gevraagd naar welke interventies zijn ingezet om op de domeinen vooruitgang te boeken, geeft de PB-er aan dat er wordt gewerkt vanuit de cirkel van herkennen, erkennen, accepteren en vanuit acceptatie acties ondernemen. Exposure is daar onderdeel van en gesprekken over rollen (als je kunt erkennen dat je er zelf een rol in hebt, dan kun je regie pakken). Alles is hiermee concreet te maken op elk domein. Je werkt hierdoor doelgericht en kunt cliënten bekrachtigen in stapjes in de cirkel.

In de zoektocht naar de oorsprong van spanningen komen concrete punten naar voren om mee aan de slag te gaan. Bijvoorbeeld het domein financiën. Vanwege ziekte van de cliënt zijn rollen in het gezin verschoven en dat leidt tot wrijving op dit domein. Van daaruit gaat PB-er in gesprek over rollen en rolverdeling (bijvoorbeeld het vertrouwen dat je moet hebben als een ander dit voor je doet of voor wie iets een hulpvraag is). "Je gaat het niet sec hebben over de financiën."

Als het gaat om de geestelijke gezondheid, wordt verwezen naar het eerder genoemde wandelen. Dat helpt om cliënt uit de situatie te halen

en in het hier en nu brengen en is tevens een vorm van exposure (ze heeft angst om naar buiten te gaan). Door het samen te doen, doet ze ervaringen op en kan deze uitbreiden. De PB-er kan hier weer op teruggrijpen.

Haar sociaal netwerk blijft nog wat beperkt, maar is steeds meer bespreekbaar.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

Cliënt was heel erg geconcentreerd op de hulpverlening van RIBW AVV (die eerder alleen door PB-er werd geboden). Ze was afhoudend naar andere hulpverlening terwijl die wel nodig was. Doordat de MB-er erbij in is gekomen, heeft ze vertrouwen gekregen dat andere hulpverlening wel goed is. Daardoor heeft de PB-er ook systeemtherapie kunnen regelen voor het gezin. Ook leert cliënt nu andere mensen vertrouwen dat ze positief bijdragen aan haar leven; daardoor gaat ze vragen stellen die ze anders niet had gesteld.

1

2

3

4

5



Cliënt 6

Situatieschets bij start

Wat oudere man met Korsakov, tevens longproblemen en hartklachten waarvoor hij onder controle staat bij huisarts en medisch specialist. Hij is bijna geheel analfabeet en heeft een zeer beperkt sociaal netwerk. Zijn geheugen is sterk aangetast door de ziekte, hij vergeet het meeste, maar onthoudt wel flarden. Hierdoor weet hij wel dat er iets aan de hand is, maar niet precies wat. Dit geeft hem veel stress die hij niet zelf kan oplossen, mede doordat hij nauwelijks kan lezen (en daardoor niet kan terugvallen op schriftelijke informatie). Dat maakt dat hij dagelijks de begeleiding meerdere keren belt met hulpvragen. De begeleiding moet dan eerst uitzoeken wat er aan de hand is en dan de benodigde actie bepalen. Kennis van het ziektebeeld Korsakov is van groot belang omdat je anders denkt dat hij liegt. Hij doet zich naar anderen vaak beter voor; dit vraagt van de begeleiding vaardigheden om de correcte informatie te verstrekken (bijv. aan arts of verpleegkundige) terwijl ze cliënt in z'n waarde laten.



1

2

3

4

5

Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Onvoorspelbaarheid van het gedrag en/of de ziekte
- Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor dagelijks leven
- Geen of beperkt ziekte-inzicht
- Leren omgaan met veranderingen
- Ongeplande zorg
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider

Inzet begeleiding:

- Beschikking: 4 uur per week (3 uur SB en 1 uur BB)
- Gemiddeld ingezet: 3,2 uur per week
- Waarvan 37% PB en 63% MB

Reflectie op inzet begeleiding

De PB-er heeft in deze casus het grote geheel in beeld en bewaakt de rode draad uit zorgplan en dossier. Zij weet welke instanties nog meer betrokken zijn (naast medische zorg bijvoorbeeld ook bewindvoering en dagbesteding) en gaat bij belangrijke afspraken daarmee in gesprek. Met cliënt zelf heeft ze eens per week een afspraak. In de dagelijkse zorg verschilt de inzet van de MB-er weinig van die van de PB-er (afgezien van de regie; die ligt bij de PB-er): er is vrijwel altijd iets aan de hand wat stress geeft en wat de begeleider moet ontwarren. Op zowel geplande als ongeplande momenten. Deze cliënt belt en doet zijn verhaal aan wie maar opneemt.

Het duo van PB-er en MB-er ervaart het grote aandeel van de MB-er als logisch, omdat cliënt heel veel praktische vragen heeft. Het gaat om korte contactmomenten om hem gerust te stellen en praktische ondersteuning zoals het lezen van brieven. Daarbij is het wel van belang om bekend te zijn met Korsakov: de juiste vragen stellen, samenvatten (omdat vaak niet klopt wat hij zegt), controleren en hem tegelijkertijd in zijn waarde laten. De wijkcoach is tevreden over de inzet en de resultaten. Cliënt lijkt minder stress te ervaren nu er vaker iemand langskomt. Cliënt vraagt veel praktische hulp, wat passend is in de gecombineerde begeleiding. Het gaat vaak om onplanbare zorg, de MB-er kan hier in voorzien (meerdere dagen per week even langsgaan om te zien wat er speelt).

Reflectie op inzet aantal uren begeleiding

Cliënt doet frequent maar vaak kortdurend een beroep op de begeleiders. Hij wil niet dat je een uur aanwezig bent; dat trekt hij niet. MB-er is er flexibel en is er door de week vaak korte momenten (bijvoorbeeld vanwege een brief die hij ontvangt); soms kan het ook telefonisch. Daarnaast gaat MB-er mee naar afspraken in het ziekenhuis en daar was ook op ingezet in de beschikking.

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 3
2. Dagbesteding	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 3
3. Huisvesting	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Geen doelen	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 2	Stabiel blijven	ZRM 3
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 3	Stabiel blijven	ZRM 3
7. Verslaving	ZRM 5	Stabiel blijven	ZRM 5
8. ADL	ZRM 3	Geen doelen	ZRM 3
9. Sociaal netwerk	ZRM 2	Stabiel blijven	ZRM 2
10. Maatschapp. participatie	ZRM 4	Stabiel blijven	ZRM 4
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 11. Effectmeting ZRM

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	Soms	Vooruitgang	Soms
Doel en richting	Regelmatig	Stabiel blijven	Regelmatig
Zelfwaardering	Regelmatig	Stabiel blijven	Regelmatig
Eigenaarschap en regie	Soms	Stabiel blijven	Regelmatig
Zelfmanagement	Regelmatig	Stabiel blijven	Soms
Hoop voor toekomst	Soms	Stabiel blijven	Soms

Tabel 12. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

De begeleiding richt zich bij deze cliënt vooral op stabiliteit, omdat dit voor cliënt het hoogst haalbare is. Aan de scores op ZRM en I.ROC te zien wordt dit grotendeels behaald. Voor cliënt is dit op sommige punten lastig. Bijvoorbeeld op het gebied van zijn financiën; hij staat onder bewind maar zou hierin graag weer onafhankelijk zijn. Dit wordt door rechter en bewindvoering niet haalbaar geacht; daarom houden begeleiders afstand tot dit onderwerp. Een aandachtspunt in de begeleiding is ook een gevoel van betutteling bij cliënt. Dit vraagt om sensitiviteit van de begeleiders zodat hij zich niet tegen hen gaat keren.

Reflectie op interventies

De MB-er is bezig geweest met financiën door steeds samen bellen met de bewindvoerder en eventuele gaten te dichten die ontstaan en die leiden tot stress. Verder werkt MB-er op het domein van de lichamelijke gezondheid. Ze gaan samen naar het ziekenhuis, POH of huisarts, MB-er licht gebruik pufjes voor longen toe en checkt gebruik medicatie; neemt



zelf contact op (in overleg met cliënt) met huisarts of specialist. De MB-er probeert steeds helder te krijgen wat cliënt moet doen. Daarnaast gaat MB-er het gesprek aan over minder positieve invloed vanuit een familielid.

GGz en dagbesteding en sociaal netwerk / maatschappelijke participatie en herstel liggen vooral bij PB-er. Bij dit laatste gaat het er bijvoorbeeld ook over dat huisarts aangaf dat cliënt alleen nog maar samen met de begeleider van RIBW AVV mocht bellen. Dat heeft PB-er teruggedraaid.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

Als er alleen specialistische begeleiding zou zijn, zou de PB-er ook de praktische vragen moeten oppakken en dat zou niet kostenefficiënt zijn. Ook is iemand alleen minder beschikbaar dan twee personen. De ervaring is dat cliënt nu meer gehoord wordt in zijn dagelijkse vragen, de PB-er merkt dat zijn stress lager is nu ze samen met een MB-er in de casus zit. De wijkcoach beaamt dit. Een duo van twee PB-ers lost dit niet op, omdat deze elkaar voor de voeten gaan lopen (beiden regie pakken). Nu is het heel duidelijk waar de verantwoordelijkheid voor het grotere geheel ligt.

Het doel voor deze cliënt is zo lang mogelijk stabiel blijven en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Het alternatief zou Beschermd Wonen zijn geweest, dat wordt voorkomen met de gecombineerde begeleiding. De inzet van specialistische begeleiding is noodzakelijk vanwege het ziektebeeld; het is nodig dat iemand de brug slaat tussen cliënt en andere betrokkenen. Als voorbeeld: in een periode dat cliënt suïcidale gedachten had, had hij ook contact met de huisarts maar die heeft dat niet gezien. De aanwezigheid van de PB-er zorgde ervoor dat dit wel boven tafel kwam en er gesprekken met de POH-GGZ konden plaatsvinden. Door de frequente inzet van de MB-er is er ook

beter zicht op het medicatiegebruik, anders had wellicht thuiszorg hiervoor ingeschakeld moeten worden.

Cliënt 7

Situatieschets bij start

Vrouw van midden dertig, door een lichamelijke ziekte erg beperkt in haar energie en mogelijkheden, moest door hierdoor onder andere stoppen met werken. Dit alles heeft grote impact op haar geestelijke gezondheid. Ze heeft grote moeite haar situatie te accepteren en doet vanuit emotionele instabiliteit soms onhandige acties. Er ligt geen duidelijke psychiatrische diagnose onder, het gaat om vooral om de beperkingen vanuit de ziekte die impact hebben op haar mentale welzijn. Dit is de reden dat zij in december 2019 door de wijkcoach naar RIBW AVV is verwezen; zij was daarvoor niet in zorg. Begeleiding richt zich enerzijds op vergroten van mentale weerbaarheid, zoals het omgaan met haar emoties. Anderzijds biedt de begeleiding ondersteuning bij praktische zaken in het dagelijks leven. De bedoeling is om cliënt te helpen een nieuwe balans te vinden in haar leven, zodat ze zich uiteindelijk zonder begeleiding kan redden.



Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- Leren omgaan met veranderingen
- Ongeplande zorg
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider

1

2

3

4

5



Inzet begeleiding:

- Beschikking: 5,6 uur per week (4,2 SB en 1,4 BB)
- Gemiddeld ingezet: 6 uur per week
- Waarvan 61% PB en 39% MB

Reflectie op inzet begeleiding

In de taakverdeling tussen PB-er en MB-er is een duidelijke volgorde: de PB-er start een onderwerp in gesprek met de cliënt om de wensen, doelen en voortgang te verkennen en vertaalt deze naar afspraken, waaronder praktische ondersteuning door de MB-er. Cliënt is heel intelligent en heeft een grote mate van eigen regie. Ze probeert de MB-er soms in te zetten als een soort assistent om activiteiten van haar over te nemen. Ze kan hier dwingend en wat rigide in overkomen (dit lijkt meer met karakter te maken te hebben dan met de geestelijke gezondheid). PB-er en MB-er zorgen daarom dat ze steeds vanuit de afspraken in het zorgplan werken en dat de rollen en taken duidelijk zijn; zo kunnen hun acties bijdragen aan herstel bij de cliënt. PB-er heeft de regie, houdt het grotere geheel in de gaten van het herstelproces en is eerste contactpersoon naar andere instanties (cliënt heeft diverse andere hulpverleners).

De wijkcoach vindt dat de combinatie van de twee begeleiders goed werkt: er wordt goed samengewerkt, afgestemd en de taken worden goed verdeeld waardoor beide begeleiders kunnen doen waar ze goed in zijn. Dit komt de inwoner ten goede: er zijn stappen gezet, de draaglast is verminderd, de begeleiding werkt steunend en perspectief biedend (juist door de combinatie) en er is ontwikkeling en beweging gekomen.

Reflectie op aantal uren begeleiding

Het duo ervaart de inzet in de eerste periode als passend bij de doelen van de cliënt en bij ieders deskundigheid. De verwachting is dat de inzet van

de PB-er wat naar beneden gaat, omdat cliënt meer haar grenzen leert voelen qua energie. Eerst hield ze sterk vast aan de afgesproken tijd, die moest volgemaakt worden. Nu sluit ze meer aan bij haar eigen mogelijkheden. Binnenkort gaat cliënt verhuizen, daarom is het goed dat de begeleiding voorlopig in omvang gehandhaafd blijft. Dat in de meetperiode meer werd ingezet dan volgens beschikking had te maken met het feit dat er veel moest worden gedaan (uitkering, nieuw huis, therapieën vinden en regelen et cetera); dit betekende een grotere inzet van de MB-er.

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 3
2. Dagbesteding	ZRM 2	Geen doelen	ZRM 2
3. Huisvesting	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Geen doelen	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 4
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 3
7. Verslaving	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
8. ADL	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 3
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Stabiël blijven	ZRM 3
10. Maatschapp. participatie	ZRM 4	Vooruitgang	ZRM 3
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 13. Effectmeting ZRM



Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	(Bijna) altijd	Vooruitgang	(Bijna) altijd
Doel en richting	Regelmatig	Stabiel blijven	Regelmatig
Zelfwaardering	Regelmatig	Vooruitgang	Regelmatig
Eigenaarschap en regie	Regelmatig	Vooruitgang	(Bijna) altijd
Zelfmanagement	(Bijna) altijd	Vooruitgang	(Bijna) altijd
Hoop voor toekomst	Soms	Geen doelen	Regelmatig

Tabel 14. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

Verschillende doelen van de cliënt zijn behaald met hulp van de begeleiding, zoals het realiseren van (tijdelijke) inkomsten via een ziektewetuitkering, het op orde maken van de administratie en het regelen van een urgentieverklaring voor een huurwoning.

Daarnaast hebben de begeleiders cliënt ondersteund bij het zoeken naar zorg die haar van haar ziekte kan genezen en naar mogelijkheden om weer meer te participeren (dit laatste wordt nu belemmerd door het coronavirus). Met name de PB-er heeft daarbij veel aandacht voor emoties, ze helpt de cliënt om te reflecteren en relativieren. De verbetering is zichtbaar bij verschillende ZRM- en I.ROC-scores. Cliënt heeft naast de begeleiding van RIBW AVV hulp bij het huishouden, medische thuiszorg en behandeling vanuit de ggz. De PB-er helpt zo nodig om de brug te slaan tussen cliënt en andere zorgverleners, bijvoorbeeld als door haar gedrag conflicten ontstaan die andere betrokkenen niet kunnen duiden vanuit haar psychische functioneren.

Reflectie op interventies

In de begeleiding wordt gewerkt aan rust, dingen uitstellen, grenzen stellen en plannen. Bijvoorbeeld als het gaat om de Financiën was helpend dat de MB-er bij de cliënt komt, de klussen in stappen uiteenzet en begrenst. Hierdoor komt de cliënt tot actie (bijvoorbeeld documenten verzamelen), zonder steeds maar door te gaan.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

De wijkcoach geeft aan dat er zowel specialistische begeleiding nodig was vanwege de onvoorspelbaarheid en het uit balans zijn van de inwoner, als basisbegeleiding voor de vele praktische zaken die opgepakt moesten worden (dingen op orde brengen, structuur aanbrengen). De specialistische begeleiding was bedoeld om bepaalde vaardigheden te ontwikkelen en stimuleren, zodat ze dit uiteindelijk weer zelfstandig kan. Als er alleen specialistische begeleiding was geboden, zouden diverse praktische zaken zijn blijven liggen en/of zou cliënt hier veel druk van ervaren. Wat cliënt ervaart in het samen uitvoeren van praktische activiteiten met de MB-er kan de PB-er weer verder oppakken in proces (nadenken over wat er gebeurt en wat alternatieven zijn voor haar gedrag). Met alleen basisbegeleiding zou er een situatie van pappen en nathouden kunnen ontstaan, omdat cliënt vanuit haar sterke intelligentie en regie opdrachten zou geven, terwijl dit haar niet helpt in haar herstelproces op de langere termijn. De begeleiders ervaren het als heel prettig dat ze vanuit dezelfde visie en hetzelfde plan werken. Je fungeert als team en hebt hele korte lijnen. Dat heb je met een externe partij niet. Je handelt ook heel gelijkwaardig, dat is naar cliënt ook duidelijk (dat ze MB-er niet voor haar karretje kan spannen).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Cliënt 8

Situatieschets bij start

Vrouw van middelbare leeftijd, heeft voorheen lang in Beschermd Wonen gewoond, verleden met misbruik en andere problemen, heeft al langere tijd een doodswens. Mevrouw heeft veel moeite met veranderingen en onverwachte situaties in haar dagelijks leven, ze ervaart dit als crisissituaties. Door de dag heen zijn er veel triggers die haar belemmeren. Ook heeft ze lichamelijke aandoeningen waardoor ze belemmeringen ervaart in dagelijks leven. Mevrouw is dagelijks aan het 'overleven' en probeert grip te krijgen op haar situatie/functioneren. Doel is om steeds beter met zichzelf om te gaan, zich te redden in het dagelijks leven en zoveel mogelijk eigen regie terug te vinden. De gecombineerde begeleiding bouwt voort op de specialistische ambulante begeleiding die mevrouw al kreeg.



Noodzaak van specialistische begeleiding vanwege:

- 1 • Onvoorspelbaarheid van het gedrag en/of de ziekte
- 2 • Passiviteit (of zeer beperkt actief)
- 3 • Geen of beperkt ziekte-inzicht
- 4 • Leren omgaan met veranderingen
- 5 • Ongeplande zorg
- Meerdere psychiatrische diagnoses
- Hulpvraag ligt op meerdere leefgebieden die elkaar (kunnen) beïnvloeden
- Meerdere partijen betrokken, regie bij specialistische begeleider

Inzet begeleiding:

- Beschikking: 4 uur per week (3 uur SB en 1 uur BB)
- Gemiddeld ingezet: 4,9 uur per week
- Waarvan 68% PB en 32% MB

Reflectie op inzet begeleiding

Bij deze cliënt is het belangrijk om duidelijk onderscheid te hebben tussen de taken van de PB-er en de MB-er. Enerzijds omdat de cliënt anders gaat 'shoppen' en anderzijds om ervoor te zorgen dat cliënt in de actie kan komen. Daarom ligt bij de PB-er de focus op gesprekken over het psychisch functioneren en bij de MB-er op het aan de slag gaan met financiën en huishouden. Voor de vertrouwensband tussen cliënt en MB-er is het belangrijk dat MB-er wel even ruimte maakt voor een gesprek over emoties en ervaringen, maar primair ligt dit bij de PB-er en Fact. Dit geeft voor cliënt duidelijkheid en zo komt er niet teveel versnippering in de gesprekken. De wijkcoach kan zich goed vinden in deze taakverdeling en vindt deze herkenbaar vanuit andere casussen (bij andere aanbieders).

Reflectie op aantal uren begeleiding

In de meetperiode is meer inzet geweest dan beschikt. Dit wordt herkend door de begeleiders; zij geven aan dat het om veel ongeplande zorg ging. Er zijn wat tegenslagen geweest die maakten dat cliënt ging bellen. De beschikking wordt qua omvang wel als passend ervaren, maar mogelijk kan het nog anders worden verdeeld (1,5 – 2,5). Meer uren zal niet effectiever zijn omdat cliënt zich dan mogelijk afhankelijker gaat opstellen. Minder is niet aan de orde, mede vanwege ziekenhuisbezoeken waarvan het fijn is dat ze wordt ondersteund.

Zelfredzaamheid

ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
1. Financiën	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
2. Dagbesteding	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2



ZRM-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
3. Huisvesting	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
4. Huiselijke relaties	ZRM 4	Geen doelen	ZRM 4
5. Geestelijke gezondheid	ZRM 1	Vooruitgang	ZRM 2
6. Lichamelijke gezondheid	ZRM 2	Begeleide achteruitgang	ZRM 1
7. Verslaving	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5
8. ADL	ZRM 2	Vooruitgang	ZRM 2
9. Sociaal netwerk	ZRM 3	Vooruitgang	ZRM 3
10. Maatschapp. participatie	ZRM 1	Vooruitgang	ZRM 1
11. Justitie	ZRM 5	Geen doelen	ZRM 5

Tabel 15. Effectmeting ZRM

Herstel

I.ROC-domein	Meting 1	Doel	Meting 2
Life skills	(Bijna) nooit	Vooruitgang	Soms
Doel en richting	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Zelfwaardering	Soms	Vooruitgang	(Bijna) nooit
Eigenaarschap en regie	Soms	Vooruitgang	Soms
Zelfmanagement	(Bijna) nooit	Vooruitgang	Soms
Hoop voor toekomst	(Bijna) nooit	Vooruitgang	(Bijna) nooit

Tabel 16. Effectmeting I.ROC

Reflectie op effecten

Clïënt staat voor het eerst sinds lang weer op eigen benen en moet zelf praktische zaken op orde krijgen. De ondersteuning is nu nog heel erg 'samen doen', het doel is meer normaliseren en steeds meer zelf doen. In de reflectie op de tussenmeting gaven de begeleiders aan dat op een aantal ZRM-domeinen kleine stapjes zijn gezet. Onverwachte situaties of veranderingen kunnen hier belemmerend in werken. De verwachting is wel dat vooruitgang mogelijk is, maar in een heel langzaam proces dat vooral gericht is op herstel van eigen regie en grip op haar functioneren. Vooruitgang wordt daardoor niet snel zichtbaar in de ZRM-score.

De begeleiding heeft met mevrouw gewerkt aan het kunnen omgaan met haar psychische kwetsbaarheid, het vergroten van eigen regie en zelfontwikkeling (bijvoorbeeld zelf keuzes maken), het verkleinen van overlevingsmechanismen en het ontwikkelen van toekomstperspectief. Op de domeinen Life skills en Zelfmanagement is een kleine verbetering te zien. Door (ervaren) tegenslagen werd vooruitgang bemoeilijkt afgelopen periode.

Reflectie op interventies

Als het gaat om de geestelijke gezondheid, bieden de begeleiders nabijheid en proberen ze haar regie te versterken. Weten wie er wanneer komt, geeft haar veiligheid waardoor vragen meer uitstelbaar worden. (die vooruitgang zien ze in het minder gebruik maken van bereikbaarheidsdiensten.). De geestelijke gezondheid blijft wel op en af gaan (clïënt heeft een doodswens). Bij ongeplande vragen is het vaak helpend dat begeleiders even met haar praten. De regie versterken ze door haar te bevragen: wat heb je nodig, wat kun je zelf doen?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



Het geven van meer regie en koersen op langzame groei is de overstijgende lijn bij deze cliënt.

Bij financiën vertaalt dit zich in aansluiten: haar bewindvoerder is ziek en ze lijkt dit zelf goed op te pakken. Dan laten ze het ook wat meer bij haar. Daar waar het goed is geen hulp bieden, is ook een vorm van regie geven. Bij huisvesting gaat het vooral om zorg voor het huis zelf. Ze kan fysiek niet alles, maar vond het lastig om dat uit handen te geven. In een langzaam proces, dat al gaande was, kreeg ze inzicht in wat ze wel en niet kan. Dat leidde tot acceptatie van een thuiszorgmedewerker. Het was helpend dat ze het hierover met de MB-er kon hebben.

Perspectief van de cliënt

Aan de cliënt is gevraagd aan te geven hoe hij kijkt naar de mate waarin doelen zijn bereikt. Zij geeft het volgende aan:

- 1 • Welke doelen zijn (deels) behaald?
 - Cliënt zegt dat dit nog in ontwikkeling is, met alle doelen bezig.
 - Deels doel op Financiën doordat cliënt uitkomt met haar geld, elke week bespreekt zij dit met medewerker begeleiding.
 - Doel Geestelijke gezondheid: ervaart steun en begrip, gesprekken met begeleider zijn waardevol, zegt ze. Door te bevragen, spiegelen, en zelf keuzes te kunnen maken.
- 2 • Wat/wie heeft voor jou gewerkt om dit doel(en) te bereiken?
 - Cliënt zegt dat haar begeleiders (RIBW) haar voldoende ondersteunen bij haar hulpvragen/doelen. Door er voor mij te zijn,

mij serieus te nemen, mij te bevragen, door te vragen, mijn verhaal te laten doen (ventileren).

- Wat heb je nodig om dit doel(en) te bereiken?
 - Begeleiding voort te laten zetten en zo tot meer resultaten te komen.

Meerwaarde gecombineerde begeleiding

De combi van specialistische en basisbegeleiding is zo mooi, omdat het elkaar versterkt. Bij MB-er komt het normale leven wat makkelijker naar boven, als de focus voortdurend op de psychische problemen zou liggen zou dit voor cliënt niet helpend zijn. De MB-er moet wel goed weten wat de impact van het psychische stuk is en hoe je daarmee om moet gaan. Ook de wijkcoach vindt de combinatie van specialistische begeleiding voor het leren omgaan met spanningen en basisbegeleiding voor het ondersteunen bij allerlei praktische zaken heel waardevol voor deze cliënt. Door basisbegeleiding in te zetten is het mogelijk om meerdere fysieke contactmomenten in te zetten, dat wil cliënt graag en dat is ook nodig. Dit geeft continuïteit en gevoel van veiligheid. Voor de pilot had wijkcoach wel eens contact met PB-er over praktische zaken; dan pakte de PB-er deze zelf op en bleef daardoor te weinig tijd over voor gesprekken. Nu kan PB-er zich volledig richten op de begeleidingsdoelen. De wijkcoach vindt dat hierdoor de kwaliteit van de begeleiding beter is geborgd: ieder is met z'n eigen stuk bezig en wordt niet afgeleid of overvraagd daarin.



Bijlage 2. Vormen van individuele begeleiding vanuit de Wmo

Wanneer welke vorm van individuele begeleiding vanuit de WMO?



Wel:

Begeleiding gericht op ontwikkeling of stabilisatie van de zelfredzaamheid en participatie en zoveel mogelijk tijdelijk. Waar mogelijk minder uren en/of inzetten van lichter product. Een combinatie van uren specialistisch en basis is mogelijk binnen de beschikking.

Focus op de zelfredzaamheid van de inwoner en het maximaal inzetten van het sociale netwerk of algemene voorzieningen. Inwoner maakt samen met wijkcoach plan en doelen, en begeleider werkt het plan tot in detail uit. Indien blijkt dat de inwoner structureel onvoldoende meewerkt aan de uitvoering van dit ondersteuningsplan, kan dat reden zijn om de begeleiding te beëindigen.

Niet:

Zelf inwoners vervoeren, boodschappen doen en taalondersteuning bieden. Ontmoeten van anderen als hoofddoel. Op locatie van een aanbieder. Aanvullende individuele begeleiding op de locatie van Activerend werk of Groepsbegeleiding is niet mogelijk.

Basis begeleiding

- Inwoners met alleen een verstandelijke, lichamelijke of geriatrische beperking
- Inwoners vanuit de doelgroep GGZ en NAH¹, al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking, waarbij sprake is van een zelfredzaamheidsvraagstuk en waarbij het merendeel van onderstaande criteria van toepassing is:
 - Inwoner vertoont gedrag dat redelijk constant is.
 - Beperkt regieverlies en/of beperkte gevolgen voor het dagelijks leven.
 - De situatie is redelijk voorspelbaar.
 - Inwoner is nog redelijk actief.
 - Inwoner heeft redelijk ziekte-inzicht.
 - Stabiel medicatiegebruik.

Basisbegeleiding is gericht op verschillende onderdelen:

- Bij sommige inwoners activeren en aanbrengen dagstructuur.
- Bij sommige inwoners stabiliseren: op orde brengen of handhaven van de situatie.
- Oefenen en inslijpen/toepassen van praktische vaardigheden om achteruitgang te voorkomen.
- Ondersteunen bij het regelen/overnemen van dagelijkse/praktische bezigheden (financiën, dagstructuur, zelfstandig wonen, participatie, sociale contacten, gezondheid, etc.).
- Ondersteuning mantelzorg.

Basisbegeleiding is planbaar en is dus vrijwel altijd op geplande momenten.

Uitvoering door een professional met een opleiding op minimaal mbo-3 niveau op het gebied van zorg en welzijn onder aansturing van een professional met minimaal een opleiding op mbo-4/ beginnend HBO-niveau in een gelijke richting. Het opstellen van een ondersteuningsplan wordt uitgevoerd door een professional met minimaal een opleiding op MBO-4/beginnend HBO-niveau.

Begeleiding specialistisch

- Inwoners vanuit de doelgroep GGZ en NAH¹, al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking, waarbij sprake is van een zelfredzaamheidsvraagstuk en het merendeel van onderstaande criteria van toepassing is:
 - Inwoner vertoont zeer regelmatig onvoorspelbaar gedrag;
 - De situatie is onvoorspelbaar; de inwoner is zeer snel (psychisch) uit balans (met bijvoorbeeld psychoses tot gevolg);
 - Ernstig regieverlies en grote gevolgen voor het dagelijkse leven;
 - Inwoner is veelal passief/zeer beperkt actief;
 - Inwoner heeft geen of beperkt ziekte-inzicht;
 - Inwoner moet nog leren omgaan met veranderingen in bijvoorbeeld medicatiegebruik.

Begeleiding specialistisch is gericht op:

- Blijven meedoen in de maatschappij bij ernstig regieverlies;
- En/of het overbruggen tot behandeling of ter motivatie tot behandeling;
- Het methodisch trainen van vaardigheden die geleerd moeten worden vanuit de behandeling;
- Ontwikkelingsgericht trainen van vaardigheden met behulp van methodische interventies;
- Stabiliseren van de persoonlijke situatie waarbij als gevolg van ernstige psychiatrische problematiek iemand zonder begeleiding terugvalt én waarbij WLZ nog niet aan de orde is.

Begeleiding specialistisch kan plaatsvinden op geplande en ongeplande momenten. Het tarief is toereikend om ook op ongeplande momenten begeleiding te kunnen bieden. Door de complexiteit en hoge mate van instabiliteit van de situatie is een ervaren professional nodig met een HBO-opleiding zorg en welzijn.

Wat is declarabel? Voor alle gecontracteerde zorg WMO en Jeugdwet is contractueel afgesproken dat de te declareren uren de direct cliëntgebonden uren zijn. Deze bestaan uit al het directe (face-to-face) contact met de cliënt of netwerk van de cliënt. De cliëntgebonden tijd dient op cliëntniveau geregistreerd te worden. Dat betekent dat de indirecte cliëntgebonden uren en andere indirecte uren niet worden toegekend, maar al in de uurprijs zijn verwerkt. Denk aan: reistijd van en naar de cliënt, verslaglegging, overleg met andere zorgprofessionals, scholing en andere overhead.

¹ Tot 1-7-2020 geldt voor NAH-inwoners nog het product Begeleiding speciaal. Na 1-7-2020 vervalt dit product en wordt bij deze groep inwoners ook basis- en/of specialistische begeleiding ingezet naarmate welk product het meest passend is.

maart 2020

