

Eindverslag

Nazorg is de beste voorzorg!?

*De ontwikkeling van een interventie
om met behulp van vroegsignalering en monitoring
bij personen die herhaald met overlast of zorgen in beeld komen,
een nieuwe escalatie te voorkomen.*

Chris Nijboer en Matty de Wit

m.m.v. Vangnet, Meldpunten Zorg en Woonoverlast, GGZ Arkin, GGZ Ingeest, HVO Querido, Leger des Heils, Regenboog groep, Amsterdamse Federatie van Woningbouwcorporaties, Jellinek, Reinier Schippers, Frank Marijnen en Edo Paardekoper als ervaringsdeskundigen, Politie.

GGD Amsterdam, Amsterdam mei 2019.

Inhoud

ALGEMENE GEGEVENS PROJECT NAZORG IS DE BESTE VOORZORG	2
Deel1. ONTWIKKELING VAN EEN PLAN VAN AANPAK	3
Achtergrond en doelstellingen van het project	3
Bereikte resultaten	3
Subdoelstelling 1. Definiëren en aanwijzen van de huidige groep 'draaideurcliënten'.	4
Mensen met ernstige psychiatrische problematiek	5
Mensen met sociaal onaangepast gedrag (SOG).....	5
Mensen met alcoholproblematiek.....	6
Woningvervuilers / hoorders	7
Subdoelstelling 2. Vaststellen van specifieke doelstellingen.....	7
Subdoelstelling 3. Voor de doelstelling een interventie of werkwijze beschrijven	7
Deel 2. PLAN VAN AANPAK	9
DOELSTELLING	9
METHODEN.....	9
WERKWIJZE.....	9
AANSLUITING BIJ ANDERE INITIATIEVEN IN HET VELD.....	10
Deel 3. IMPLEMENTATIE, EERSTE ERVARINGEN	11
3.1 Het proces van implementatie.....	11
3.2 Casuïstiek: werkwijze en resultaten.....	12
3.3 Monitoring van de doelgroep als geheel.....	14
3.4 Behaalde successen.....	14
Dankwoord.....	16
Bijlage 1. Cijfers uit RIS en Lotus ten aanzien van herhaalpatronen van de doelgroep.....	17
Bijlage 2. Beschrijving en vignetten van de vier doelgroepen	19
Bijlage 3. Quick scan interventies en werkprincipes op het gebied van voorkomen van overlast.....	27
ACHTERGROND.....	27
AANPAK	28
RESULTATEN	28
CONCLUSIE	33
REFERENTIES.....	34

ALGEMENE GEGEVENS PROJECT NAZORG IS DE BESTE VOORZORG

Oorspronkelijke looptijd project van 2 april 2018 tot 7 december 2018 (8 maanden)

1^{ste} uitstel en verkregen tot 31 januari 2019 als gevolg van benodigde tijd voor het zoeken naar een projectleider.

2^{de} uitstel van 31 januari 2019 naar 31 maart als gevolg van rekruteren van nieuwe projectleider aangezien projectleider stopt.

3^{de} uitstel van 31 maart naar 31 mei als gevolg van tussentijds time out projectleider

BETROKKEN ORGANISATIES EN PROJECT(GROEP)LEDEN

Meldpunt Zorg en Woon Overlast (MZWO)	T. Engelfriet, Hoofdaanvrager Programmamanager*
GGD-EGZ	M. de Wit, Projectleider en penvoerder Onderzoeker GGD EGZ*
	C. Nijboer, Projectleider en ervaringsdeskundige
	F. Flinterman, Adviseur gezondheid en welbevinden GGD EGZ
Amsterdamsche federatie van Woningcoöperaties	G. Braaf*, C. Groot* en J. Breemer*, allen beleidsadviseurs wonen en zorg
Arkin	M. A. van Dam Psychiater / Manager behandelzaken*
	M. Roostenberg manager ZT H. Boon, spv ZT.
	M. Staats, manager behandelzaken, Verslavingsteam JOT en S. Kurvers, verpleegkundige
MGGZ	T. Fassaert, Beleidsmedewerker*
	M. Willemsen, Teamleider wijk GGD*
Politie	B. Arends en C. Aarsen, beiden spv
	H.de Haas, eenheid Amsterdam personen met verward gedrag*
GGZinGeest	M. Belghaus, wijkagent
	K. Timmermans Afdelingsmanager FACT/WMO*
Regenbooggroep	Verpleegkundige HJ Rolle
	H. Wijnands: Directeur/ Bestuurder*
	J. van Loo, manager; M. Sprokkereef, teamleider; C. Vasilcu maatschappelijk werker
Onafhankelijk werkzaam	R. Schippers, F. Marijnen en E. Paardekooper Overman, ervaringsdeskundigen

* tevens initiatiefnemers van het project

Deel1. ONTWIKKELING VAN EEN PLAN VAN AANPAK

Achtergrond en doelstellingen van het project

Binnen de doelgroep verwarde personen is een groep te onderscheiden die in een dermate wankel evenwicht functioneert, dat zij meer dan eens in een persoonlijke crisissituatie terecht komt. In Amsterdam komen deze mensen, ook wel bekend als 'draaideurcliënten', onder andere in beeld bij de Meldpunten Zorg en Woonoverlast (MZWO), die per stadsdeel (zeven in totaal) zijn georganiseerd. MZWO heeft een belangrijke rol in de aanpak van overlast. Onder regie van MZWO werken wijk-GGD (een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Vangnet) en de wijkagent samen aan het in kaart brengen van de situatie van de betrokken persoon naar aanleiding van een melding. Vervolgens wordt bepaald welke inzet/hulp nodig is om woonoverlast te stoppen en/of de zorgsituatie in goede banen te leiden. MZWO maakt zo nodig afspraken met samenwerkende hulpverleningsinstanties, zoals onder meer met GGD, politie, woningcorporaties, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk dienstverlening en/of verslavingszorg. MZWO coördineert en bewaakt de voortgang van het oppakken van de melding en doet dit vanuit haar regierol.

In het project "Nazorg is de beste voorzorg" wordt gezocht naar een nieuwe manier van werken waarin de nadruk ligt op het vroegtijdig signaleren van dreigende crisis bij deze 'draaideurcliënten' en het tijdig de juiste ondersteuning organiseren om deze achteruitgang te keren. Hiermee kan een nieuwe crisissituatie worden voorkomen. Nu komen nog vooral zaken in beeld waarbij de situatie al uit de hand is gelopen. De ambitie van de samenwerkende partijen (MZWO, politie, GGD, zorg- en ondersteuningspartners, woningcorporaties en cliënten) is om voor een recidiverende groep meer en vaker preventief te kunnen werken en in een eerder stadium een (dreigende) terugval te signaleren. Hoofddoel is bijdragen aan welbevinden van cliënten met een psychische kwetsbaarheid door het herhaaldelijk terugvallen van hen in een crisis te voorkomen.

Subdoelstellingen:

1. Het definiëren en aanwijzen van specifieke doelgroepen binnen de huidige groep draaideurcliënten
2. Het vaststellen van een specifieke doelstelling(en) voor de doelgroep(en)
3. Voor de doelstelling een interventie of werkwijze beschrijven
4. Testen van interventie of de werkwijze en mogelijke implementatie hiervan

Bereikte resultaten

Ter kennismaking met elkaar zijn bij de start van het project individuele gesprekken gevoerd met alle projectgroep leden. Veel van de gesprekken vonden plaats op de eigen werklocatie en waren persoonlijk en open van aard. Er is geïnventariseerd in hoeverre men persoonlijk te maken had met 'personen met verward gedrag of overlast veroorzakende mensen en wat men hierin persoonlijk dan wel beroepsmatig wilde en kon betekenen, alsook wat hierbij in de weg stond. Inhoudelijk wordt hieronder verder op ingegaan. Naast individuele gesprekken is in samenwerking met genoemde partners een aantal bijeenkomsten georganiseerd.

Duidelijk werd dat er vanaf het begin grote betrokkenheid was vanuit het werkveld. De sfeer in de bijeenkomsten was open en actief en werd actiever in het verdere verloop van het project. De reacties op conceptdocumenten waren kritisch en inhoudelijk zeer stimulerend. Ook deelde men gevraagd en ongevraagd advies en documenten. Een van de deelnemers bood capaciteit voor implementatie van de pilot. In de loop van het traject is mede hierdoor het draagvlak voor dit project alleen maar groter geworden. De mogelijkheden van een vervolg van een subsidieaanvraag op de pilot diende zich aan en ook hierdoor werd het draagvlak onder bestuurders en managers van de partners verstevigd. Hieronder volgen de resultaten per subdoelstelling.

Subdoelstelling 1. Definiëren en aanwijzen van de huidige groep 'draaideurcliënten'.

Over wie hebben we het precies als het gaat om 'draaideurcliënten'? Hoe groot is die groep? Hoe vaak zijn er recidieven van overlast? Welke vormen van overlast zijn er te onderscheiden? Wat is de aard en de ernst van de problemen van hen die overlast veroorzaken? Om deze vragen te kunnen beantwoorden was de registratie van MZWO Amsterdam uitgangspunt.

Uit deze registratiegegevens kwam naar voren dat er jaarlijks tussen de 3 à 4000 meldingen worden geregistreerd waarvan één derde recidives betreft. Hierbij is gekeken naar data vanaf januari 2007 tot juli 2018. Bijna de helft van de meldingen betrof bekende casussen. Als we vanuit de meldingen uit 2015 vooruit kijken, zien we dat de kans dat op een eerste melding een 2e melding volgde binnen twee en een half jaar 26% was; de kans dat daarop een 3^e volgde was 39% en dat daarop een vierde volgde was 44%. Op basis van analyse van de data van MZWO bleek dat de periode tussen de meldingen enorm varieerde. Een melding kan een maand na de voorlaatste melding plaatsvinden maar ook vijf jaar later. Bij recidiverende meldingen is de woningbouwcorporatie (WBC) de partij die meestal de overlast meldt. In bijlage 1 is een korte kwantitatieve beschrijving van de doelgroep gegeven, gebaseerd op gegevens uit registratiesystemen.

De doelgroep van recidiverende overlast is geoperationaliseerd als:

- ✓ Tenminste 3 keer melding van overlast in de periode januari 2012 tot juli 2018;
- ✓ De meest recente melding in 2017 of in de eerste helft van 2018;
- ✓ De voorlaatste melding is minder dan vijf jaar geleden.

Vanuit de registratiedata van het MZWO bleken bijna 600 personen/gezinnen te voldoen aan bovenstaande criteria. Op basis van deze registratie, de literatuur (Hensen et al, 2016) en een aantal gesprekken met betrokken partijen werden in de eerste werksessie van de werkgroep leden veertien (deels overlappende) doelgroepen ingebracht, die regelmatig met overlast in beeld kwamen. Onderscheiden werden: probleemgezinnen, drugsverslaafden, alcoholverslaafden, mensen met dementie en ouderdomsproblemen, woningvervuilers, inclusief hoarders/ verzamelers, mensen met GGZ problematiek, mensen met een ernstige psychiatrische problematiek die langdurig zorgafhankelijk zijn en regelmatig opgenomen dient te worden, mensen die kampen met isolement en eenzaamheid, mensen met sociaal onaangepast gedrag, zij met dreigende ontruimingen, verstandelijk beperkten, dak- en thuislozen en de doelgroep die zelfstandig is gaan wonen vanuit Maatschappelijke opvang/ Beschermd Wonen, maar daar eigenlijk niet goed in slaagt. Elk van deze doelgroepen werd sprekend gemaakt aan de hand van typerende voorbeelden van overlast en situaties uit de registraties van de meldpunten. Vervolgens werden deze 14 doelgroepen voorgelegd aan het werkveld met de vraag om ze individueel te prioriteren op basis van drie criteria:

1. Omvang. Hieronder wordt verstaan het aantal personen, de frequentie van meldingen en de duur tussen meldingen.
2. Ernst. Dit is geoperationaliseerd als de ervaren ernst voor de persoon zelf, de naasten, de buurt en de professionals.
3. Veronderstelde potentiële impact en noodzaak die dit project voor de doelgroep zou kunnen hebben.

Per criterium kon een score van 1 tot 5 (van laag naar hoog) worden toegekend. Op basis van de hoogste totaalscore kwamen onderstaande vier doelgroepen naar voren, die men wilde prioriteren:

1. Personen met ernstige psychiatrische problematiek, die langdurig zorgafhankelijk zijn.
2. Personen met sociaal onaangepast gedrag
3. Personen met alcoholproblematiek
4. Woningvervuilers/hoarders

Uit de literatuur (o.a. Gemeente Amsterdam, 2016; Kok, 2018) en de ervaringen van de betrokken werkgroep leden kwam naar voren dat de (voorgenoemde) doelgroepen zich veelal kenmerkten door de

aanwezigheid van meervoudige problematiek. Veel mensen die geregistreerd staan met psychiatrische problematiek kampen ook met verslavings- en/of eenzaamheidsproblematiek.

Om een gezamenlijk beeld te creëren van de hieronder beschreven doelgroepen is een beschrijving van de wijze waarop deze doelgroep in beeld komt bij de meldpunten gemaakt en zijn twee vignetten opgesteld. Deze zijn beschreven in bijlage 2.

Mensen met ernstige psychiatrische problematiek

Uit de werksessies kwam unaniem naar voren dat bij personen met ernstige een psychiatrische problematiek, die langdurige zorgafhankelijk zijn, de zorgcontinuïteit vaak in het geding is. Zorgcontinuïteit onderscheidde men naar: a. het zorgdragen voor een 'zachte landing' na opname in een kliniek en b. zorgcontinuïteit op de langere termijn c.q. zorgen dat iemand niet uit beeld raakt. Gedurende de loop van het project werd duidelijk dat binnen een samenwerkingsverband tussen MGGZ en ZT GGZinGeest, Arkin en MZWO een pilot kon starten waarin een zachte landing centraal stond en dit thema aldaar kon worden uitgewerkt. In dit project is dan ook de aandacht verlegd naar continuïteit op de langere termijn vertaald naar zorgen dat iemand in beeld/ contact blijft. Geconstateerd werd dat een aantal knelpunten konden worden benoemd, die (zorg)continuïteit in de weg staan: het (zorg)aanbod sluit onvoldoende aan op de behoeften en leefwereld van de cliënt, wisseling van zorgprofessionals, slechte samenwerking tussen partijen, onduidelijkheid over zorgeigenaarschap en geen/onvoldoende informatie-uitwisseling naar anderen ((zorg)professionals) als cliënt weer thuis was. Duidelijk is dat genoemde knelpunten vooral buiten de invloedssfeer van de cliënt liggen. Mensen met ernstige psychiatrische problematiek hebben een psychiatrische diagnose, maar kunnen inmiddels zijn uitgeschreven door de GGZ. Hun zorgvraag kan afwezig of minder expliciet aanwezig zijn. In onderling overleg is besloten deze doelgroep te definiëren naar mensen met een psychiatrische problematiek, die momenteel **niet** in zorg is bij de GGZ.

Om zorgcontinuïteit te borgen werd monitoring ten behoeve van vroegsignalering genoemd als doelstelling. Als mensen na een melding en daaropvolgende opname of behandeling weer stabiliseren, vermindert het contact met de GGZ; de GGZ krijgt hierdoor minder zicht meer op het verdere verloop. Ook kwam naar voren dat veel mensen met psychiatrische problematiek die overlast veroorzaken zich van de GGZ hebben afgekeerd of dat de GGZ hen niet meer kan of mag behandelen omdat de patiënt niet wil en/of aangeeft geen behoefte meer te hebben aan de geboden zorg. Deze mensen hebben misschien wel ondersteuning of zorg nodig, maar zijn niet of nauwelijks in staat om hulp te vragen of te accepteren. GGZ biedt de patiënt in behandeling haar zorg, maar loopt tegen haar grenzen aan als de patiënt geen hulpvraag meer heeft. Professionals of de omgeving komt veelal pas langs als de situatie al uit de hand is gelopen. Zorgtoeleiding GGZ kan een afgebakende periode proberen iemand naar zorg toe te leiden, maar als het binnen die periode niet lukt om diegene te motiveren, is men genooddaakt hen te laten gaan. Wat in de praktijk betekent dat hun dossier gesloten wordt. Tevens bleek dat veel organisaties werken vanuit een hulpvraag; terwijl patiënten niet altijd een hulpvraag hebben. Het risico dat deze patiënten uit het zicht raken en geïsoleerd raken is groot. Om vroegtijdig te kunnen signaleren werd unaniem gekozen voor een regelmatig terugkerend preventief huisbezoek bij patiënten op het moment dat zij in een 'stabiele' periode zitten. De keuze voor contact in een stabiele periode komt voort uit het feit dat in crisis het moeilijk is om goed in contact te komen met mensen en hun vertrouwen te winnen.

Mensen met sociaal onaangepast gedrag (SOG)

De doelgroep die geregistreerd staat met sociaal onaangepast gedrag bleek verhoudingsgewijs het grootst (50%) binnen het totaal aantal geregistreerde meldingen van overlast, al wil dit geenszins zeggen dat bij hen andere onderliggende problematieken ontbreken. Er kan sprake zijn van een (psychiatrische) diagnose, zoals een antisociale persoonlijkheidsstoornis, maar dit kan niet worden bevestigd of is niet bekend bij de meldpuntmedewerker. Het MZWO is niet gemachtigd een diagnose in hun registratie op te nemen. Meldpuntmedewerkers registreren SOG als een soort restcategorie c.q. houvast als overige categorieën minder uitgesproken zijn.

In de werksessies kwam naar voren dat dit de moeilijkste groep lijkt te zijn om gedragsverandering bij te bewerkstelligen aangezien de intrinsieke wil om te stoppen met overlast ontbreekt. In een eerdere rapportage onderscheidde de GGD vier profielen (Gemeente Amsterdam, 2017); één daarvan: 'het niet kunnen en het niet willen aanpassen van gedrag' sluit aan bij deze doelgroep. Ook betreft deze doelgroep een brede groep mensen die wel kenmerken hebben die bij de treiteraankpak aansluiten, maar hiervoor niet in aanmerking komen, aangezien de criteria voor deze aanpak hen -om een of andere reden, bijvoorbeeld omdat de problematiek niet ernstig genoeg is- excludeert. De treiteraankpak is een relatief nieuwe werkwijze om structurele treiterijen, bedreigingen en overlast gericht tegen een specifiek persoon of huishouden tegen te gaan (www.amsterdam.nl/wonen-leefomgeving/veiligheid/treiteraankpak). Het belang van buurtbewoners, die immers slachtoffers zijn van de overlast, staat hierin voorop.

Deze doelgroep staat te boek als zorgmijder. Er ontbreekt bij hen een passende hulpvraag. Zij krijgen niet de hulp die nodig is. Wel kwam in de werksessies naar voren dat men kan veronderstellen dat de veroorzaker van overlast iets nodig heeft, maar dat de juiste zorg, ondersteuning of begeleiding nog niet is gevonden, omdat er geen helderheid is over onderliggende problematiek waarop zorg of ondersteuning zich zou moeten richten. Misschien is er geen zorg of ondersteuning nodig voor deze doelgroep, maar er is wel iets nodig om de overlast te doen stoppen. Het is een groep die tegen hulpverleners zegt zelf geen probleem te hebben. In dit project noemen we hen 'zorgvuldige zorgzoekers.' Ondersteuning en hulp bij dit individuele zoekproces, waarin de cliënt niet alleen zichzelf maar ook de ander tot last is, dan wel het uitvinden waar de behoefte ligt, lijkt nodig, maar lukt niet met de gebruikelijke benadering. Velen van hen wijzen de geboden zorg af. Voor deze doelgroep is het nodig ten eerste verbinding te creëren met de cliënt. Verbinding lijkt een vereiste die nodig is hun behoeften, wensen en mogelijkheden op verschillende leefgebieden te kunnen inventariseren en hen structureel te blijven volgen, waarbij aandacht voor de buurt eveneens van belang is. Er blijkt ook behoefte aan de opzet van een werkgroep waarin ervaringsdeskundigen, zorgaanbieders, politie en woningbouwcoöperaties (WBC) zitting hebben om per casus een intensieve persoonsgerichte aanpak uit te werken waarin verbinding wordt bewerkstelligd, behoeften en mogelijkheden worden geïnventariseerd en negatief gedrag wordt besproken zodat aanpassing op de langere termijn mogelijk is. Duidelijk werd dat er heel wat creativiteit gevraagd wordt om binnen te kunnen komen bij een cliënt die overlast veroorzaakt.

Mensen met alcoholproblematiek

De doelgroep die geregistreerd staat met overlast met alcoholproblematiek bleek verhoudingsgewijs het kleinst. Ook dit wil niet zeggen dat bij deze doelgroep geen andere problematieken spelen. Bij 80% van de alcoholverslaafden blijken er problemen op meerdere gebieden, volgens het JOT team. Bij een groot deel van hen is er tevens sprake van sociaal onaangepast gedrag, GGZ en/of financiële problematiek. Daarnaast zal ook bij meldingen waarbij andere problematiek is geregistreerd in sommige gevallen alcoholproblematiek spelen.

Het – door de hulpverlening- accepteren van de verslaving en proberen aan te sluiten bij de beleving van de cliënt zijn uitgangspunten volgens de werkwijze van JOT (Jellinek Outreachend team). Ook langdurig verslaafden blijken niet altijd open te staan voor hulp. Velen van hen zijn uit beeld geraakt, terwijl men zich er van bewust is dat problemen nog niet opgelost zijn. Het JOT-team en het Vangnet (wijk-GGD) gaven aan het jammer te vinden dat men pas ingeschakeld wordt als er crisis is. Per 1 januari 2019 is een nauwere samenwerking tot stand gekomen tussen het JOT team en Vangnet om meer preventief te gaan werken. In overleg met de projectgroep leden kwam naar voren dat ook bij deze doelgroep waarbij eenzaamheid, uitsluiting en verwaarlozing spelen, het zoeken naar een verbindingspersoon om contact aan te gaan met de cliënt, tijdig signalen van verslechtering op te vangen en daarop te reageren, handvatten kan bieden ter voorkoming van overlast

Woningvervuilers / hoarders

Woningvervuilers worden vaak genoemd als doelgroep waarbij veel recidive voorkomt. Bij een deel van de vervuilers speelt hoarding een rol, maar zeker niet bij allemaal. Hoarding is een geclassificeerde DSM5-stoornis, die kan leiden tot een vervuilde woning, vervuiling kan echter ook andere oorzaken hebben. In de praktijk is er echter sprake van een mengeling. In dit project was de doelgroep hoarding en vervuiling een aparte doelgroep. In Amsterdam is er momenteel geen aanbod specifiek voor mensen met hoardingsproblematiek vanuit de GGZ. In de werksessie wordt aan gegeven dat daar behoefte aan is.

Een aanpak voor deze doelgroep wordt momenteel al uitgewerkt binnen een stedelijk samenwerkingsproject, dat september 2018 startte met als titel 'Amsterdamse Aanpak Hoarding, Vervuiling en Ondersteuning'. Doelstelling van dit project is het realiseren van werkafspraken tussen gemeente, woningcorporaties, zorgaanbieders (waaronder GGZ), brandweer en politie over het voorkomen en aanpakken van ernstige woningvervuiling. Najaar 2018 namen 75 vertegenwoordigers van de Amsterdamse zorgaanbieders, woningcorporaties, GGD, Meldpunten, Vergunningen, Toezicht en Handhaving-Stadsdelen (hierna: VTH-Stadsdelen), politie en brandweer deel aan de oriënterende en inventariserende gesprekken. De uitkomsten daarvan zijn verwerkt in een handboek Amsterdamse aanpak ernstige woningvervuiling, dat op 7 mei 2019 is gepresenteerd (https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/zorgprofessionals/verbetering-aanpak/?utm_source=www.amsterdam.nl&utm_medium=internet&utm_campaign=woningvervuiling&utm_content=redirect).

Subdoelstelling 2. Vaststellen van specifieke doelstellingen

In vervolgwerksessies werd voor de vier doelgroepen eerst afzonderlijk nagegaan wat de werkgroepleden per doelgroep als de belangrijkste te behalen doelen beogen. Gedurende de loop van dit project werd duidelijk dat voor de verschillende doelgroepen vergelijkbare doelen konden worden nagestreefd. In samenspraak met alle bij het project betrokken partners zijn de volgende doelgroep-overstijgende doelstellingen vastgesteld:

1. Verbinding maken met de cliënt De cliënt volgen door monitoring ten behoeve van vroegsignalering

Subdoelstelling 3. Voor de doelstelling een interventie of werkwijze beschrijven

Om een haalbare praktijkgerichte interventie te selecteren c.q. te ontwikkelen, die in te passen/ te vertalen naar het project 'Nazorg is de beste voorzorg' is een quickscan gedaan (zie bijlage). Hierbij is een breed spectrum van interventies belicht, dat zich tenminste op één van de vastgestelde doelen richt en dat ter inspiratie kan dienen voor de keuze van een (nieuw te ontwikkelen) aanpak. Uit de quickscan en in overleg met de werkgroepleden kwam een aantal werkprincipes/uitgangspunten naar voren, die van belang zijn voor de keuze van een interventie gericht op de aanpak van recidiverende overlast bij verwarde personen. Ten aanzien van:

1. het maken van verbinding met de cliënt betreft dit:
 - ✓ Herstelondersteunende zorg
 - ✓ Relatiegericht werken
 - ✓ Outreachend werken
 - ✓ Client in eigen regie
 - ✓ Betrekken van het sociaal netwerk
 - ✓ Inzetten ervaringsdeskundigen
2. monitoring betreft dit:
 - ✓ Samenwerking met verschillende disciplines
 - ✓ Een regievoerder die zorgdraagt voor continuïteit
 - ✓ Structurele monitoring
 - ✓ Monitoring op verschillende leefgebieden

Uitgaande van deze werkprincipes en in samenwerking met de partners is een plan van aanpak opgesteld voor een pilot die door alle partijen onderschreven wordt (zie bijlage plan van aanpak en achtergrond plan van aanpak).

Deel 2. PLAN VAN AANPAK

DOELSTELLING

Op basis hiervan is als doelstelling geformuleerd: Het voorkómen van hernieuwde escalatie van de situatie van de cliënt en de daarmee gepaard gaande overlast, door verbinding te leggen met de cliënt en daarmee ondersteuningsmogelijkheden te vergroten en door vroegsignalering van (dreigende) achteruitgang.

METHODEN

In samenspraak met de betrokken partijen is tot de keuze van de volgende methoden gekomen:

- Huisbezoek aan cliënt in een stabiele periode
- Inzetten van een verbindingspersoon
- Inzetten van een dossierhouder
- Monitoren van de situatie

WERKWIJZE

De GGD en het meldpunt stellen een lijst op van cliënten die vallen binnen de brede doelgroep en kiest in samenspraak met de betrokken wijk-GGD-er 5 cliënten die onderdeel vormen van de pilot. Daarbij wordt overlegd met zorgpartners betrokken bij de cliënt, waaronder GGZ en JOT, in hoeverre al zorgregie voor deze cliënt is belegd en of het wenselijk is om de cliënt in deze pilot te laten instromen. Zo niet, dan wordt een andere cliënt geselecteerd.

Meldpunt en wijk-GGD bepalen vanuit hun betrokkenheid bij de voorgaande overlastmeldingen, wie het beste samen bij de cliënt op huisbezoek kan gaan. Naar aanleiding van dit huisbezoek wordt op zoek gegaan naar een verbindingspersoon en een dossierhouder.

De verbindingspersoon heeft tot taak om echt en duurzaam verbinding te leggen met de cliënt en hem/haar zo te ondersteunen in het voeren van regie over de eigen situatie en het te benutten ondersteuningsaanbod. Daarbij betreft de verbindingspersoon alle verschillende leefgebieden. Daarnaast signaleert de verbindingspersoon of de stabiliteit van de situatie van de cliënt in gevaar komt en verslechtering dreigt, maakt dit bespreekbaar of meldt dit, zo nodig aan de dossierhouder. De verbindingspersoon wordt zoveel mogelijk gekozen door de cliënt zelf en moet in ieder geval de goedkeuring hebben van de cliënt. Bij het zoeken naar een verbindingspersoon kan worden gedacht aan de volgende bronnen:

- het sociale netwerk van de cliënt;
- een ervaringsdeskundige van de Regenbooggroep, een (zelfstandig werkende) ervaringsdeskundige van de Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvE), of een spv of ervaringsdeskundige van HVO-Querido;
- Een professional die actueel of in het verleden een goede band met de cliënt heeft opgebouwd.

De dossierhouder zorgt voor zorgcontinuïteit, ondersteunt de verbindingspersoon in zijn contact met de cliënt (bijv. in het bewaken van grenzen of het bespreekbaar maken van zorgen), acteert op basis van signalen van de verbindingspersoon en checkt of de verbinding tussen cliënt en verbindingspersoon nog actief en goed is. Het streven is dat hij dit continueert gedurende ten minste 5 jaar. Als dat niet mogelijk is, is het belangrijk dat de taak wordt overgedragen aan een nieuwe dossierhouder, ook al lijkt de situatie langere tijd stabiel. Daarnaast is de dossierhouder de spin in het web naar de ondersteuningspartners.

Het meldpunt draagt zorg voor de procesregie en roept periodiek (bijvoorbeeld 3-maandelijks; in de eerste drie maanden maandelijks) de ondersteuningspartners, dossierhouder en verbindingspersoon bij elkaar voor een monitoringsoverleg waarin wordt besproken of nieuwe acties nodig zijn. De cliënt is hier bij voorkeur bij aanwezig, al wordt er per keer en per cliënt kritisch bekeken of dit niet te belastend is.

AANSLUITING BIJ ANDERE INITIATIEVEN IN HET VELD

Zowel GGZinGeest als Arkin (Zorgtoeleiding en JOT) zijn bezig om voor een deel van hun cliënten een aanpak op te zetten die veel raakvlakken heeft met deze pilot. In overleg zal worden bekeken of het zinvol is om deze pilots op elkaar aan te laten sluiten en of het haalbaar en wenselijk is om de aanpakken en de bijbehorende implementatietrajecten onderling met elkaar te vergelijken om zo meer inzicht te verwerven in werkzame en minder werkzame mechanismen.

De aanpak ernstige huisvervuiling die in mei 2019 is gepresenteerd bevat veel elementen die aansluiten bij dit project, zoals tijdig signaleren, verbinding zoeken en de betrokkene stimuleren tot opruimen van de woning en accepteren van ondersteuning om gedwongen schoonmaak te voorkomen, monitoring en nazorg. Daarbij wordt ook samengewerkt met ervaringsdeskundigen en het netwerk van betrokkene. Het organiseren van een behandeling mogelijkheid voor hoarding binnen de Amsterdamse GGZ heeft hierin nog geen vorm gekregen.

Deel 3. IMPLEMENTATIE, EERSTE ERVARINGEN

3.1 Het proces van implementatie

Bij de implementatie van de werkwijze is er voor gekozen om de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (spv) van Vangnet in de functie van wijk-GGD in de lead te zetten, omdat zij al in contact zijn met de doelgroep en een ingang hebben om hen nogmaals te benaderen. Voor de pilot zijn twee spv betrokken, die ook bij de ontwikkeling van de aanpak mee hebben gewerkt. Deze spv werken in de stadsdelen Noord en Zuid. Voor de selectie van personen uit de doelgroep zijn ook de coördinatoren van de meldpunten zorg en woonoverlast (MZWO) in deze stadsdelen betrokken.

In eerste instantie is uit het registratie-bestand van de meldpunten een lijst opgesteld van personen die tenminste 3 keer in beeld waren geweest, waarvan de laatste keer minimaal 5 maanden geleden was¹, maar wel in 2017 of 2018 plaatsvond en de keer daarvoor niet meer dan 5 jaar geleden en waarbij als problematiek werd aangegeven: chronische psychiatrie, sociaal onangepast gedrag of alcoholproblematiek. Voor Noord stonden 18 mensen op de lijst (8 met psychiatrie, 3 met alcohol, 7 met sociaal onangepast gedrag). Voor Zuid is een steekproef getrokken van 18 personen, met een gelijke verdeling over psychiatrie, alcohol, sociaal onangepast gedrag. Meldpunt en spv hebben deze lijst gebruikt als basis en van deze mensen de actuele situatie uitgezocht. Er is een aantal personen aan toegevoegd die relatief recent (na genereren van bestand in 2018, maar niet afgelopen maand) opnieuw in beeld waren gekomen en er zijn mensen afgevallen die actueel waren opgenomen, verhuisd, overleden of waarvoor een benadering zonder aanleiding niet wenselijk was. Conform plan zouden de spv bij deze doelgroep op huisbezoek gaan met een op maat gekozen partner uit het netwerk en vervolgens een traject inzetten voor het zoeken van een verbindingspersoon en een dossierhouder. Bij het zoeken van een partner hadden de projectgroepleden een netwerk opgebouwd tijdens het voortraject, dat tot nieuwe partners voor een huisbezoek heeft geleid, zoals partners uit de GGZ, woonbegeleiding, de vliegende brigade van Team ED (een pool van ervaringsdeskundigen), of de verslavingszorg.

Al snel bleek echter dat in de hectiek van het werk van de spv het niet lukte om te komen tot huisbezoeken bij de mensen op de lijst. De caseload van een spv wordt sterk bepaald door crisissituaties die voorrang krijgen. Huisbezoeken zonder urgentie dreigen daardoor op de lange baan te worden geschoven. Dit risico bleek groter voor mensen die de spv zelf op hun netvlies hadden waarvoor in hun beleving duidelijk behoefte was aan deze aanpak, dan aan casussen die "op papier" waren geselecteerd op vooraf afgebakende criteria van frequentie van in beeld komen. Omdat één van de spv langdurig ziek werd zijn er twee spv bij gezocht die deze werkwijze van het inzetten op verbinding en monitoring onderschreven. Om de eerste resultaten hiervan inzichtelijk te maken, zijn daarom drie spv geïnterviewd over de betreffende casuïstiek en de wijze waarop zij hiermee om gingen. De vragen hadden betrekking op de betrokkene en zijn of haar situatie inclusief de overlast, de vorm en ontwikkeling van het contact/de verbinding, de betekenis voor betrokkene en spv, en de rol van het netwerk en andere zorgpartners.

Gedurende de interviews bleek dat de aanpak zoals ontwikkeld maar deels werd gevolgd en er een eigen invulling werd gegeven aan de monitoring. Het netwerk dat was opgebouwd gedurende de pilot werd hierbij nog niet ingezet, en spv namen vooral zelf de taak als verbindingspersoon op zich. Monitoring om achteruitgang vroegtijdig te signaleren deden zij bij sommige casussen zelf, bij andere gebeurde dat met name door bijvoorbeeld partijen als de thuiszorg. Ook bleek dat deze werkwijze weliswaar versterkt en geïntensiveerd was door de pilot, maar voor een deel ook al eerder werd ingezet door de spv, bij een kleine doelgroep. Deze taak, waarbij voor een deel van de cliënten het contact langdurig blijft bestaan, was niet expliciet in hun taakbeschrijving van de spv opgenomen en kwam maar zelden aan bod tijdens intervisie bijeenkomsten. Deze pilot en de verslaglegging daarvan draagt er daarmee mogelijk aan bij

¹ Het bestand was in 2018 uit het registratiesysteem gehaald.

dat deze taak meer expliciet een plek krijgt binnen het werk van de spv van vangnet en daarmee wordt verduurzaamd en mogelijk kwalitatief verbeterd. Ook zal worden onderzocht wel randvoorwaarden nodig zijn om dit mogelijk te maken, en hoe deze kunnen worden ingevuld.

Overigens wordt daarnaast ook ingezet op het inzetten van andere partners uit het netwerk in deze casuïstiek. Twee partijen hebben aangegeven deze manier van werken te omarmen en capaciteit beschikbaar te hebben om hierop in te zetten. In de komende periode wordt ernaar gestreefd voor een aantal casussen deze partijen te vragen om contact op te bouwen. Ook dit traject zal worden gevolgd op basis van interviews met de verbindingspersoon. Ook wordt een bijeenkomst belegd met het netwerk om de eerste ervaringen te delen, en af te spreken hoe we kunnen waarborgen dat de partijen elkaar blijven vinden.

Momenteel spitst de doelgroep van de aanpak zich toe op personen die herhaald in beeld komen bij de MZWO of Vangnet. Een deel van de crises wordt daarmee gemist, omdat de politie in een crisissituatie rechtstreeks naar de GGZ verwijst. Daarmee wordt mogelijk een deel van de doelgroep gemist. Het betrekken van die doelgroep bij de aanpak kan mogelijk de impact vergroten.

3.2 Casuïstiek: werkwijze en resultaten

De basiswerkwijze van spv bij vangnet is interveniëren in situaties van ernstige zorgen of overlast, de situatie direct verbeteren of mensen weer aanhaken bij andere zorgpartners. Er is echter een subgroep waarbij dit niet mogelijk is, omdat mensen geen zorg willen, afwerend zijn in contact, of de bestaande zorgpartners geen aanbod hebben dat aansluit op de behoefte van deze mensen. Bij deze laatste doelgroep, waarbij aanhaking op het zorgnetwerk niet mogelijk lijkt, kiezen een aantal spv ervoor om zelf in te zetten op het onderhouden van contact met betrokkene en te streven naar het creëren van verbinding. Deze werkwijze sluit nauw aan bij het plan van aanpak van de pilot. Aan de hand van casuïstiek worden deze werkwijze, de betrokken doelgroep en hun situatie, en de resultaten hieronder beschreven.

Alle casuïstiek betrof personen die in een extreem isolement leefden, nauwelijks de deur uit kwamen, geen netwerk hadden en geen hulp wilden. Bij de een kwam het isolement voort uit lichamelijke beperkingen, bij anderen uit psychiatrische problematiek en/of drugsproblematiek. Spv omschreven het als een marginaal bestaan in een marginale onderhouden huis. De reden dat dit tot overlast of zorgen leidde verschilde sterk, en de overlast varieerde van vervuiling en nachtelijke geluidsoverlast, tot burenruzie tot een scheur in een broek.

Het betrof eigennuttige personen, die dit isolement gedeeltelijk zelf verkozen boven inmenging van buiten af en die in eerste instantie geheel afwerend stonden tegenover contact. Ze waren cognitief in staat om de gevolgen van hun keuzes te overzien, niet wilsonbekwaam dus. Het was niet mogelijk om de aansluiting te vinden tussen deze doelgroep en de reguliere zorg, deels omdat zij niet open stonden voor contact, deels omdat zij bij aanvang geen hulpvraag hadden. De inschatting van de spv was dat dwang en drang niet nodig waren en meer schade zouden aanrichten dan goed doen, maar dat een vorm van contact gezien het isolement wel van grote meerwaarde was.

Omdat de situatie om verschillende redenen om actie vroeg, zetten de spv in op het maken van contact, verbinding. Deze tot stand brengen was een heel traject. Herhaaldelijke huisbezoeken, gesprekken op de gang of door de telefoon als de betrokkene daar de voorkeur aan gaf, briefjes in de bus, en contacten in de buurt. De insteek gedurende deze eerste periode had als enige doel om contact te leggen, de verbinding te maken. Als er contact was gemaakt, werd niet gesproken over de noodzaak tot zorg of trajecten naar zorg; de focus lag op luisteren. In sommige gevallen betekende dat dat de eerste gesprekken zeer eenzijdig waren en de betrokkene drie kwartier lang zijn frustraties spuide. Langzaam ontstond er dan ruimte voor een open gesprek, waarin de betrokkene tot rust kwam en er wederzijds vertrouwen groeide. Dit traject duurde enkele maanden tot een jaar. Soms leidde een nieuwe crisis tot concrete omslag. Concrete voorbeelden van zo'n omslagpunt waren: Nadat we haar hadden

gewassen, het bed hadden verschoond en nieuw ondergoed hadden gekocht, zei ze "Nu mag je me wel tutoyeren". Een ander mocht na een lange periode van telefonische gesprekken eindelijk binnen komen, en plaatsnemen op een plastic stoel bedekt met plastic zakken tegenover de betrokkene. "Ik denk dat hij nog nooit iemand had binnen gelaten". De spv gaven aan dat het een open proces is, dat je niet van te voren plant, je rolt erin en geeft niet op, daarmee kom je in een proces met iemand tot je de weg gevonden hebt om met elkaar in verbinding te staan.

Door de open gesprekken kwamen ook behoeften naar de oppervlakte, zoals problemen met boodschappen doen, en de belastingaangifte. Deze behoeften boden een ingang om concreet iets te kunnen bieden om te situatie te verbeteren en soms om meer contacten te creëren voor betrokkene. Ook het meegaan met betrokkene naar een interventie of instelling, en daar zijn of haar belangen en behoeften mee te vertegenwoordigen, hielp de betrokkene de drempel naar ondersteuning te overbruggen.

Soms stelde een spv wel een concreet doel voor zichzelf, en deelde dit dat ook met betrokkene. Het onderwerp kwam dan zo nu en dan ter sprake, bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts, maar de uitvoering daarvan kon op zich laten wachten, want werd altijd bepaald door betrokkene. De betrokkenen leefden in een fragiel evenwicht en door het isolement kon bijvoorbeeld het ontstaan van medische klachten al tot een crisis leiden, omdat zij of geen huisarts hadden of daar niet zelfstandig contact mee konden leggen. Een vorm van periodiek contact/monitoring voor signalering was daarom belangrijk. In één casus werd dit vooral vorm gegeven door de persoon die de praktische zaken als boodschappen doen en het huis schoonhouden tot taken had, in een andere casus gaf de spv die zelf vorm door maandelijks contact met betrokkene. Daarnaast hadden de spv het vertrouwen dat de betrokkene hen zelf zou benaderen in het geval van problemen. Twee personen deden dit regelmatig, zij belden de spv wekelijks om hun wedervaren te bespreken, dit bracht hen tot rust.

De spv gaven aan dat zij vooral als persoon het contact aangingen, maar wel op de achtergrond hun grenzen bepaalden vanuit hun professie. Zij gaven allen aan dat vooral de persoonlijke klik dit contact mogelijk had gemaakt en niet hun professionele achtergrond. Het zou ook door een ander gedaan kunnen worden, wisselde af met "je moet van goede huize komen om contact met deze persoon te maken". "Als ik niet meer kom, komt er nog iemand minder". Een spv beschreef dat hij de weg gevonden had om met deze meneer om te gaan, en dat hij die eventueel zou kunnen overdragen. Een ander beschreef dat hij al bezig was om de weg ook over te dragen aan degene wekelijks contact had met betrokkene, door hem te coachen in hoe met betrokkene om te gaan en genoeg te nemen met de trage voortgang van de geboden hulp. In alle casussen gaf de spv aan dat zij inschatten dat het contact had geleid tot minder overlast, omdat het gebrek aan verbinding een van de redenen was dat de overlast ontstond, bijvoorbeeld in de vorm van preoccupatie met bepaalde zaken, of juist een gebrek aan oog voor de buurman, of een herhaalde breuk met ondersteuning.

De spv gaven aan dat zij zelf ook iets uit het contact haalden. Zij hadden oprechte interesse in de mensen waar het om ging, zij waardeerden bijvoorbeeld de eigenzinnigheid van betrokkenen en waren trots op het feit dat zij iets opbouwden. Het was duidelijk dat juist deze casuïstiek hen veel voldoening bracht, omdat zij het gevoel hadden het verschil te maken in een zeer sober en geïsoleerd leven. Zij gunden de betrokkenen overigens meer dan het leven zoals dat er nu uitzag en hoopten dat zij in de toekomst mogelijk nog iets meer op het gebied van vrijetijdsbesteding of sociale contacten zouden kunnen brengen.

De spv konden geen schatting geven van de omvang van deze doelgroep binnen hun caseload. Zij gaven aan dat er mogelijk meer mensen waren waarvoor deze aanpak zinvol zou zijn, maar dat zij die in het verleden hadden afgesloten omdat er geen contact mogelijk was. Hieropvolgend is een analyse gemaakt van de aantallen meldingen die in de afgelopen periode zijn afgesloten wegens "geen contact mogelijk". In 2017 werd van alle afgesloten meldingen 14% afgesloten omdat er geen contact mogelijk was (n=489). Dit gold voor 14% van de eerste meldingen en 12% van de vervolgmeldingen.

Als alternatieven voor dit traject waarbij in de eerste fase telkens zowel de keuze moest worden gemaakt of de situatie nog houdbaar was of dat "doorpakken" noodzakelijk was als de keuze of dit contact moest worden afgesloten of niet. Het voelde soms als aanmodderen.

De spv probeerden op diverse manieren om periodiek een "second opinion" in te brengen in het traject, bijvoorbeeld door soms een andere spv mee te nemen, te overleggen met de psychiater of door het in te brengen bij een intervisie bijeenkomst. Dit diende twee doelen, ten eerste om hun eigen eventuele blinde vlekken te identificeren en ten tweede om ook anderen mee te nemen in deze werkwijze.

3.3 Monitoring van de doelgroep als geheel.

Uit de registratiesystemen is een aantal indicatoren te halen die deze doelgroep mogelijk af kunnen bakenen: te weten 1. Het voorkomen van recidive meldingen en 2. Het dossiers afsluiten vanwege geen contact.

Monitoring van de doelgroep die herhaald in beeld komt en effecten van de interventie is mogelijk in de registratiesystemen van Vangnet en van de MZWO. Beide systemen bevatten bij de start van dit project echter weinig inhoudelijke informatie die toegankelijk is voor het maken van overzichten. Bij de meldpunten was dit wel mogelijk, maar inhoudelijk moeilijk te duiden vanwege een gebrek aan uniforme keuzes. Zo verschilde bijvoorbeeld de reden om bepaalde problematiek te scoren per medewerker. Een veelgenoemd voorbeeld daarvan was het veld 'psychiatrie', waarvan een deel van de medewerkers aangaf dat zij geen medische informatie mochten doorgeven en dus geen notificatie hierover mocht doen. Bij de registratie van Vangnet ontbreekt eenduidige definitie van wanneer een melding is afgerond, waardoor bij de ene spv melding een recidive lijkt waar deze bij een andere spv binnen de lopende casus wordt toegevoegd.

In de afgelopen en komende periode zijn/worden belangrijke verbeteringen in de systemen uitgevoerd. Met betrekking tot de meldpunten is registratie van problematiek veranderd. Nu wordt gescoord op het gedrag dat wordt geobserveerd en niet meer op de onderliggende problematiek, waardoor de keuzes veel eenduidiger over de meldpunten worden gemaakt. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan woningvervuilen dat nu een apart categorie is. Daarnaast wordt nu standaard het optreden van recidive en duur van het openstaan van een zaak opgenomen in de rapportages.

Het registratiesysteem van Vangnet wordt in de komende periode verbeterd, ook in het kader van de doorontwikkeling van het 24-uursmeldpunt (voorlopige naam: advies en meldpunt OGGZ). Daarbij worden heldere afspraken gemaakt over het openen en afsluiten van meldingen, en wordt het mogelijk om in een aantal categorieën problematiek te scoren, zodat deze geaggregeerd uit het systeem te krijgen is.

3.4 Behaalde successen

- Er is een netwerk ontstaan van partijen die deze werkwijze onderschrijven en de noodzaak herkennen om deze voor een kleine doelgroep in te zetten en daarop samen te werken, waarbij op maat wordt gekozen welke partner het best betrokken kan worden.
- Er is een aanpak neergezet die door de verschillende partijen in de stad wordt onderschreven en gedragen. Ervarensdeskundigen hebben hier een belangrijke rol in gehad.
- De werkwijze en effecten daarvan op het maken verbinding is versterkt en zichtbaar gemaakt binnen het team van Vangnet en worden hopelijk ook door andere spv opgepakt.
- De registratiesystemen van de betrokken partijen worden mede door dit project verbeterd, zodat structurele monitoring van deze doelgroep die herhaald in beeld komt makkelijker wordt.

- Het zoeken naar verbinding met deze afwerende doelgroep vraagt geduld, aandacht, een open houding en kost tijd, maar is mogelijk.
- Bij een aantal casussen lijkt de monitoring van de spv, waarbij veel aandacht is besteed aan het maken van verbinding, te hebben geleid tot verbetering van de situatie, vermindering van isolement, meer stabiliteit en dus minder escalatie en nieuwe ingangen voor ondersteuning.

Dankwoord

Dit project had niet bestaan zonder de medewerking van vele partners. Wij willen alle deelnemers hartelijk danken voor het constructieve meedenken tijdens werksessies en tussendoor. Zij vertegenwoordigden een grote groep van organisaties, die hieronder zijn benoemd. Specifiek willen wij ook Francisca Flinterman en Thijs Fassaert danken voor hun bijdrage aan de verslaglegging van het project. Daarnaast danken wij Addi van Bergen die het project van de grond heeft getrokken en Steve Lauriks die de projectaanvraag heeft geschreven en ingediend. We danken de geïnterviewde spv voor hun openhartige inbreng.

Partijen die hebben deelgenomen aan de werksessies of op andere wijze hun input hebben geleverd:

- GGD: Maatschappelijke en Geestelijke GezondheidsZorg en Epidemiologie, Gezondheidsbevordering en Zorginnovatie van de GGD,
- Gemeente Amsterdam: Meldpunten Zorg en Woonoverlast, Onderwijs Jeugd en Zorg, dienst Wonen, Treiteraankpak, Openbare Orde en Veiligheid
- Ervaringsdeskundigheid: verschillende onafhankelijk werkende ervaringsdeskundigen en Team Ed
- GGZ: Zorgtoeleiding van Arkin, Zorgtoeleiding GGZ inGeest, Jellinek Outreachend Team,
- HVO-Querido
- Leger des Heils
- Regenbooggroep
- Woningbouw: Amsterdam Federatie van WoningCorporaties , Stadgenoot, Eigen Haard
- Politie

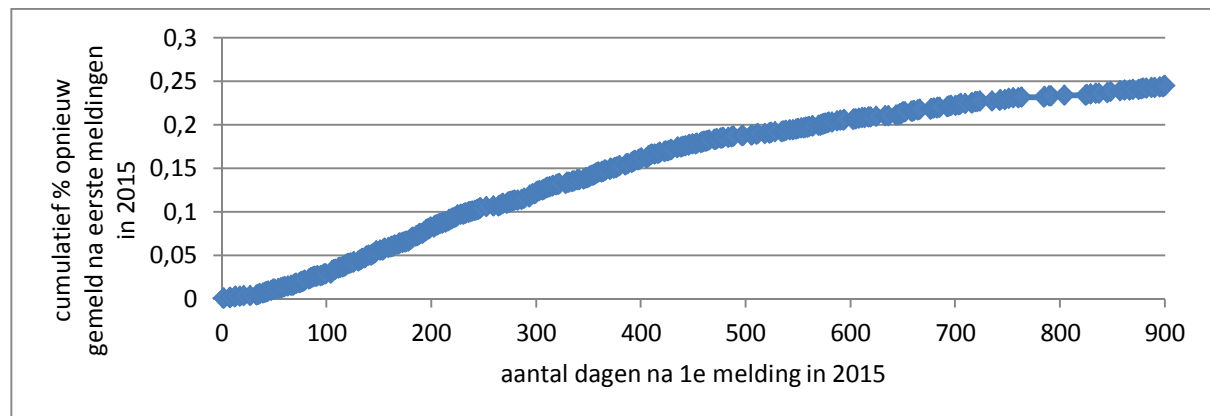
Bijlage 1. Cijfers uit RIS en Lotus ten aanzien van herhaalpatronen van de doelgroep.

Bij Vangnet van de GGD komen meldingen binnen die betrekking hebben op zorg of overlast, en meldingen die betrekking hebben op huisvervuiling. Een groot deel van deze meldingen komt via de meldpunten zorg en woonoverlast, maar er zijn ook meer directe routes, via contact in de wijk en in de zorg en via de wijkagenten.

Meldingen bij meldpunten

In 2017 zijn er in totaal 3372 meldingen zorg en overlast geweest bij de MZWO in Amsterdam. Daarvan betrof een derde van de meldingen (32%) personen die al eerder waren gemeld in de periode vanaf 2007. Van de gehele groep was 14% al 2 keer eerder in beeld geweest in de voorgaande tien jaar. Dit waren een krappe 500 personen.

Bij 38% van de mensen die in 2017 niet voor het eerst in beeld kwamen was de voorgaande melding maximaal een jaar geleden, bij 64% maximaal twee jaar geleden.



Figuur 1. Percentage van de mensen die in 2015 voor het eerst zijn gemeld bij een MZWO, dat na een bepaald aantal dagen opnieuw in beeld is geweest (gemeld) (n=1078).

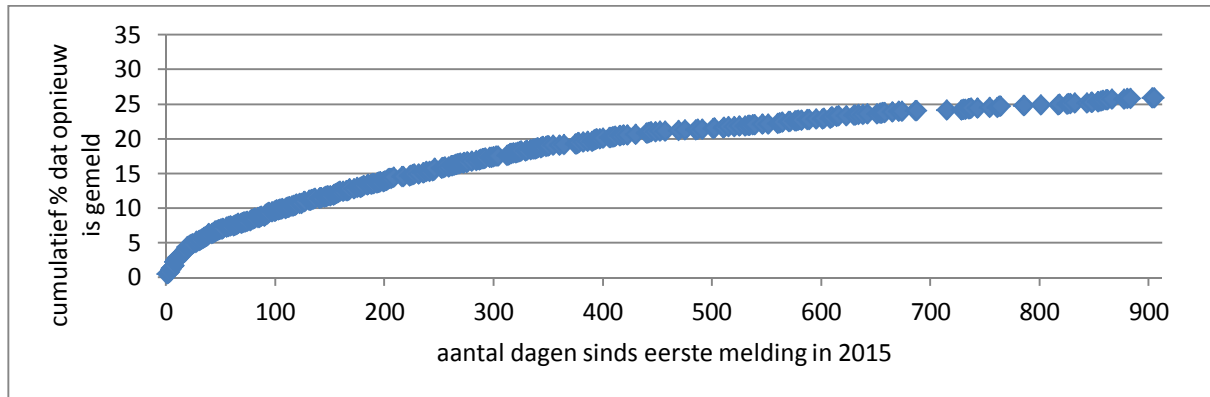
Figuur 1 toont het percentage van de mensen dat in 2015 voor het eerst bij een MZWO werd gemeld, dat in de daarop volgende 2,5jaar opnieuw zijn gemeld. Van de gehele groep uit 2015 was 15% in het jaar daarop volgend opnieuw gemeld, en 27% in de twee jaar volgend op de eerste melding in 2015. Na tweeënehalf jaar was 30% opnieuw gemeld.

Meldingen bij Vangnet

In totaal komen er jaarlijks zo'n 4000 meldingen zorg en overlast (83%) of hygiënisch woningtoezicht (17%) binnen. Daarvan betrof in 2017 ongeveer de helft personen die al eerder met een dergelijke melding in beeld waren geweest in de periode vanaf 2007. Van de gehele groep gemeld in 2017 was 20% al 2 keer eerder in beeld in de voorgaande tien jaar. Dit waren ruim 1250 personen.

Bij 60% van de mensen die niet voor de eerste keer in beeld kwamen in 2017, was de vorige meldingen maximaal een jaar geleden. Voor 73% was het maximaal 2 jaar geleden.

Figuur x toont voor alle personen die in 2015 voor het eerst werden gemeld, welk percentage na een bepaald aantal dagen opnieuw in is gemeld. Van de totale groep wordt ongeveer een kwart opnieuw gemeld, in de 2,5 jaar erna. Na 1 jaar is dit 19%, na 2 jaar 24%. De kans neemt dus iets af met het verstrijken van de tijd, maar blijft gestaag toenemen. Er is dus niet een periode waarna je kunt zeggen dat iemand "veilig" is.

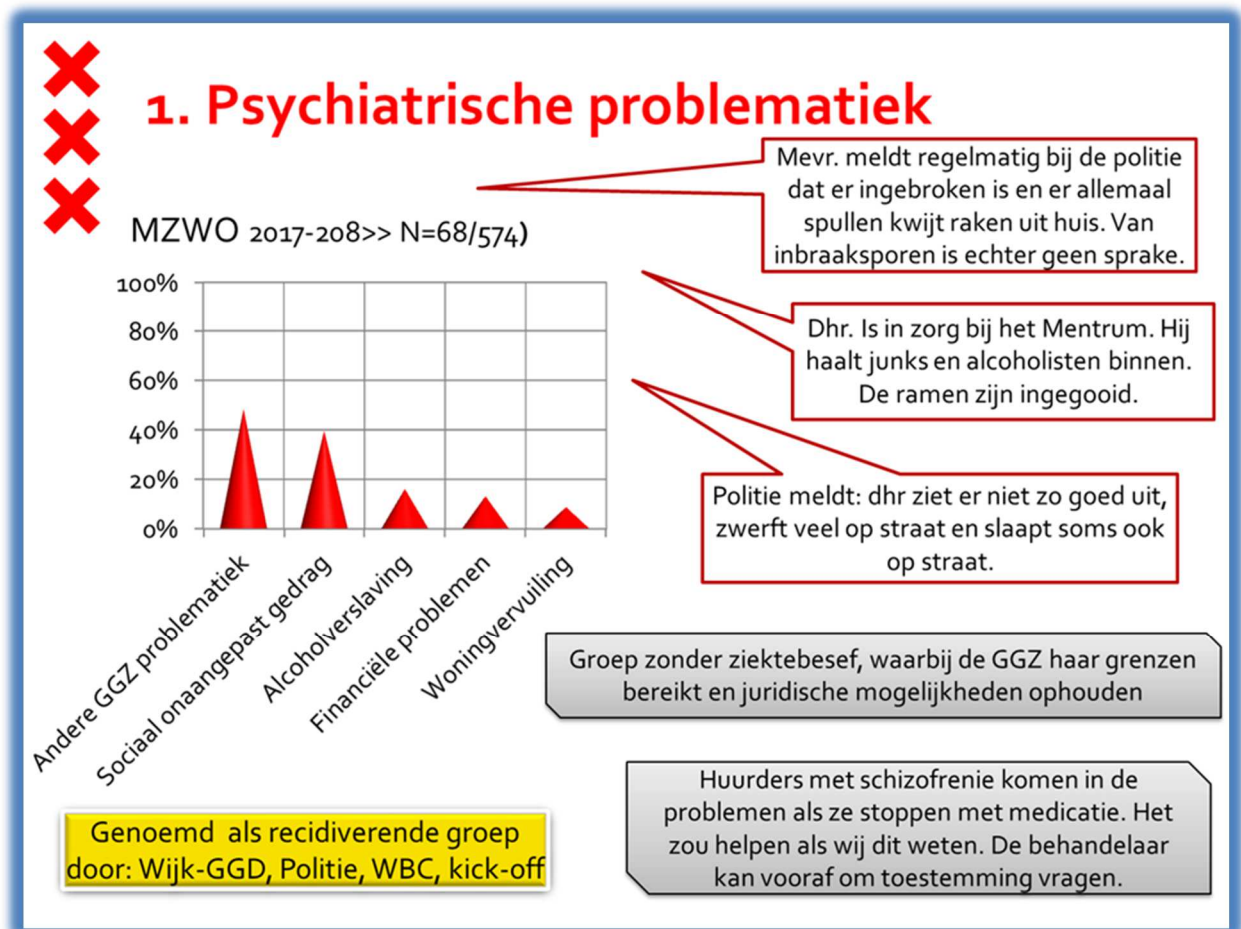


Figuur 2. Percentage van de mensen die in 2015 voor het eerst zijn gemeld bij Vangnet, dat na een bepaald aantal dagen opnieuw in beeld is geweest (gemeld), n=2038.

Figuur 2 toont het percentage van de mensen dat in 2015 voor het eerst bij Vangnet werd gemeld, dat in de daarop volgende 2,5jaar opnieuw zijn gemeld. Van de gehele groep uit 2015 was 19% in het jaar daarop volgend opnieuw gemeld, en 24% in de twee jaar volgend op de eerste melding in 2015. Na tweeënehalf jaar was 26% opnieuw gemeld.

Bijlage 2. Beschrijving en vignetten² van de vier doelgroepen

Beschrijving van de doelgroep chronisch psychiatrische problematiek



² Alle namen zijn fictief en ook specifieke situatie soms aangepast om te privacy te waarborgen



Casus meneer Winkels

- Meneer Winkels, 44 jaar, woont alleen.

Okt 2017 >> Anonieme melding. Meneer Winkels schreeuwt in verschillende talen, heeft de TV of radio keihard aan en er zijn geluiden van vernieling. Hij is verbaal agressief. Ik wil niet dat hij weet dat ik melding heb gemaakt.

- **Wat ging er aan vooraf?** 2012: melding via Vangnet over verward gedrag en klachten over seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- **Wat gebeurde er in de tussentijd?** IBS en aantal keer opname met RM. Meneer is verhuisd maar overlast gaat daar door. Buren voelen zich geïntimideerd en willen graag op de hoogte gehouden worden van volgende stappen, en ook waar meneer is (als het rustig is).
- **Hoe nu verder?** Meneer Winkels is gedwongen opgenomen. Melder wil definitieve oplossing.

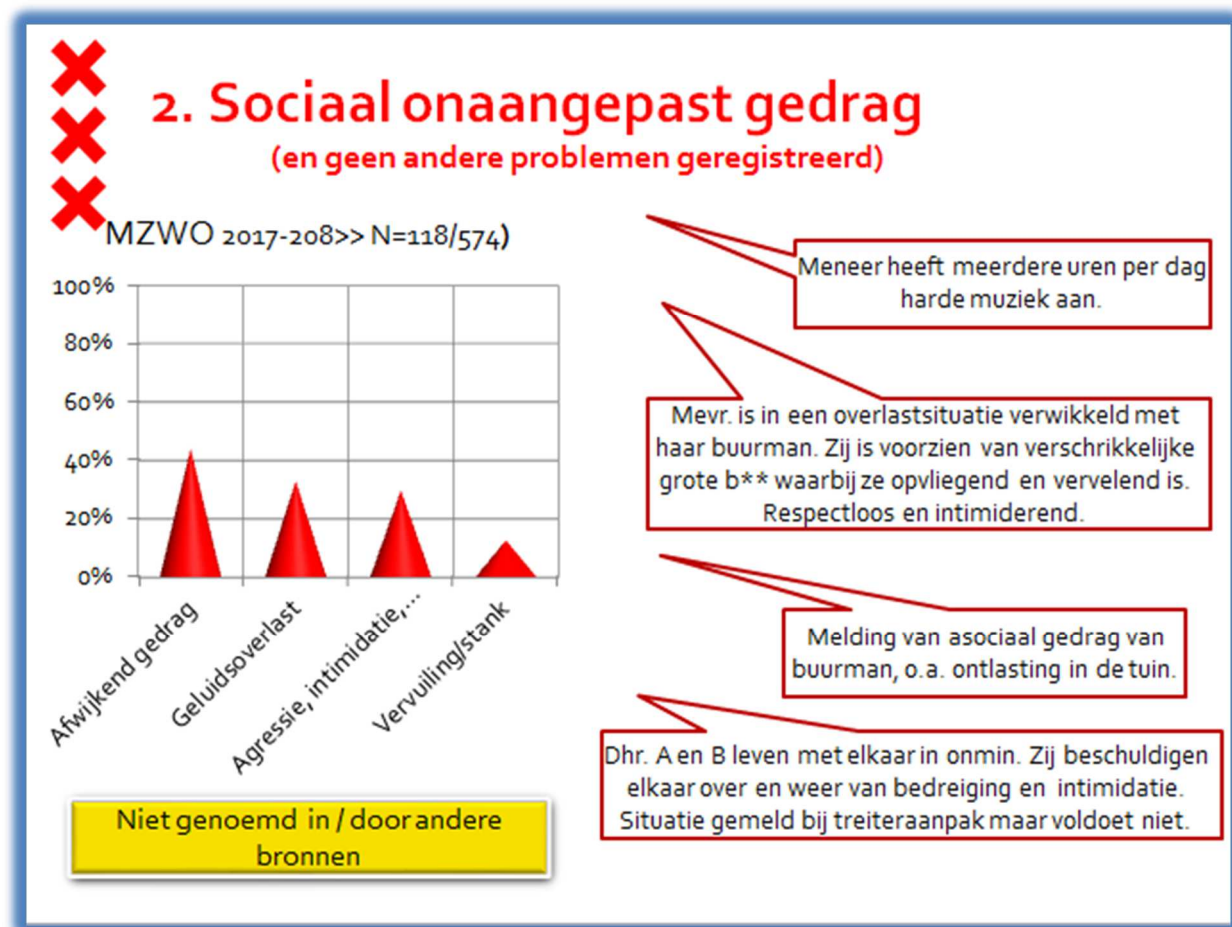


Casus meneer Kaag

- Meneer Kaag, 52 jaar, woont alleen.

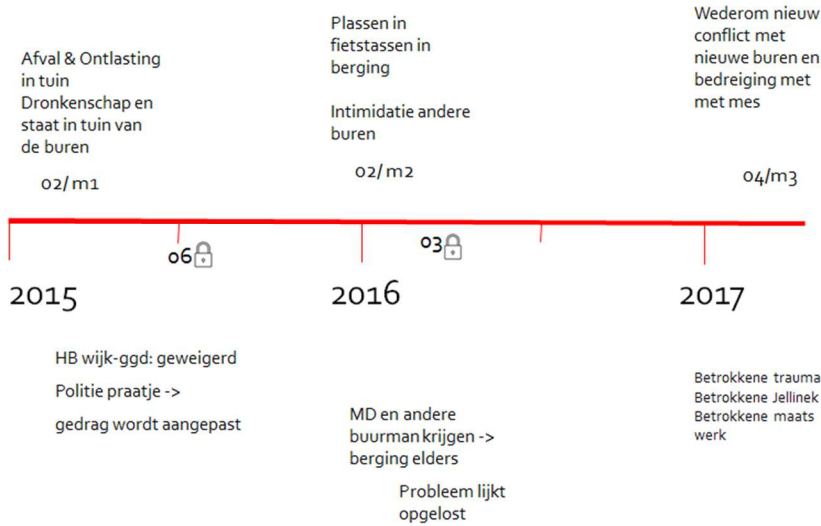
Okt 2017 >> Meerdere meldingen via politie. Meneer Kaag stond te schreeuwen buiten, bedreigde buren met sms en heeft buurman geslagen.

- **Wat ging er aan vooraf?** 2012: 2 uur 's nachts : politie meldt persoon met verward gedrag. Meneer Kaag is bekend bij SPOR, Crisisdienst, kortdurende klinische zorg. Overlast gaat al terug tot voor 2008.
- **Wat gebeurde er in de tussentijd?** Periodes met overlastmeldingen. Dreigingen met zelfmoord. Contacten met politie en crisisdienst. Gestopt met medicatie. Behandelaar houdt contact met politie en buren.
- **Hoe nu verder?** Naar aanleiding van een incident is meneer Kaag opgenomen.

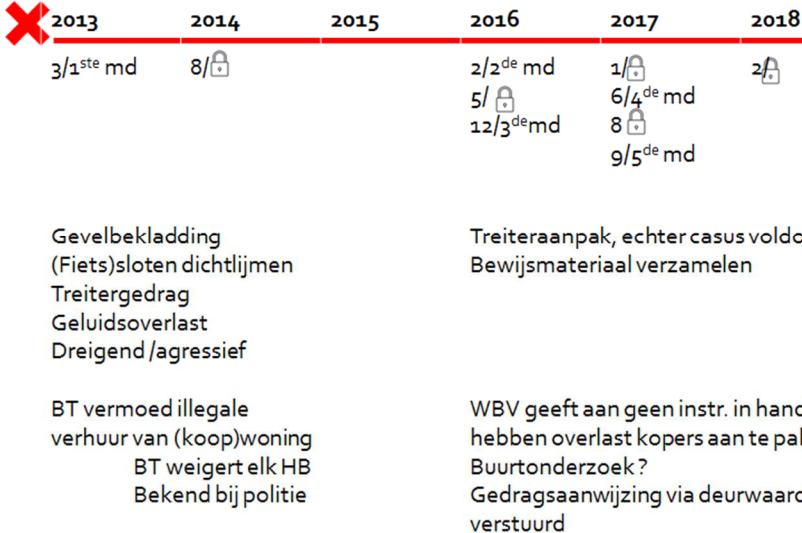




Dhr Triwar , 57 jaar, woont alleen



Dhr. Rakast, 80 jaar, alleenstaand & huurder binnen koopwoningencomplex

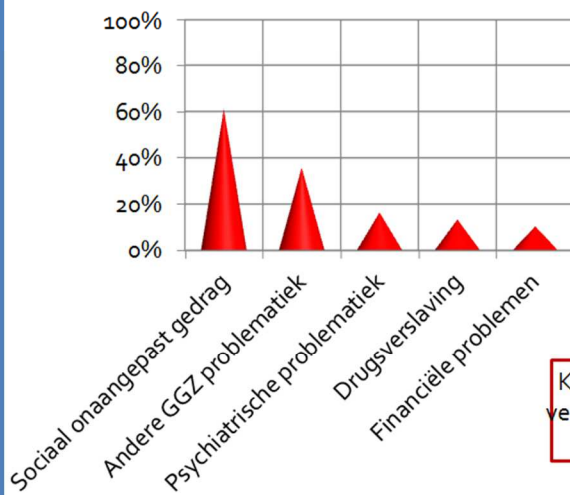


Beschrijving van de doelgroep met alcoholproblematiek



3. Alcoholverslaving

MZWO 2017-2018 >> N=67/574)



Genoemd als recidiverende groep door: Wijk-GGD, WBC

Mevr. gebruikt haar medicijnen in combinatie met alcohol. Zij heeft zonder aanleiding messen gegooid op balkon beneden. Hier woont een stel met een baby.

Dhr, oud oorlogsveteraan, alcoholist wil niet geholpen worden. Heeft wanen en valt dan burens lastig.

Buurman veroorzaakt geluidsoverlast als hij gedronken heeft. Kan dan ook erg agressief reageren.

Kennis maakt zich zorgen i.v.m. alcoholgebruiken vervuiling van huis. Vraag is of dhr nog wel in staat is om zelfstandig te wonen. Hij wil geen zorg.

Verslaving & psychiatrie: hulpverlening is vrijwillig. Niet iedereen wil dat. WBC kan stok achter deur zijn.



Vrouw, 82 jr,

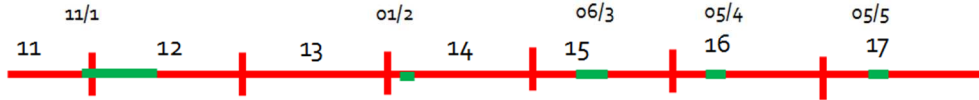
Alcohol, agressief en verward

Ontploffingsgevaar agv open gaskraan eenzaamheid

Alc

Dreigt met suïcide

Agressief en Verward medicatie in combi met alc.



Contact Wijk-ggd in het verleden; weer HB door wijk-ggd

Mw mee met politie Bij mentrum in crisisopname.

Wijk-ggd op HB: mw is eenzaam

Mw geeft aan geen behoefte te hebben aan contact; men geeft aan dat mw in zorg is

Politie op HB ; mw leeft alleen nog voor de hond HA in beeld

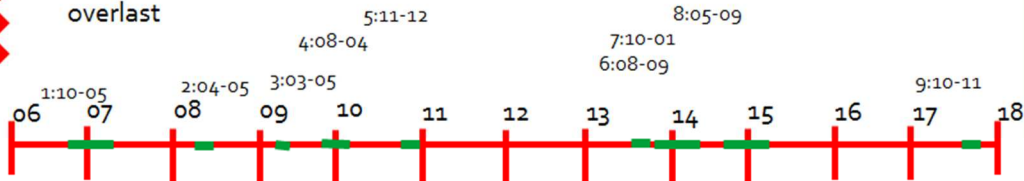


Man, 46jr

Geluids overlast

Huurachterstand, vrienden maken lawaai

Brand gevaar



Bekend bij JOT Wijk-GGd op HB

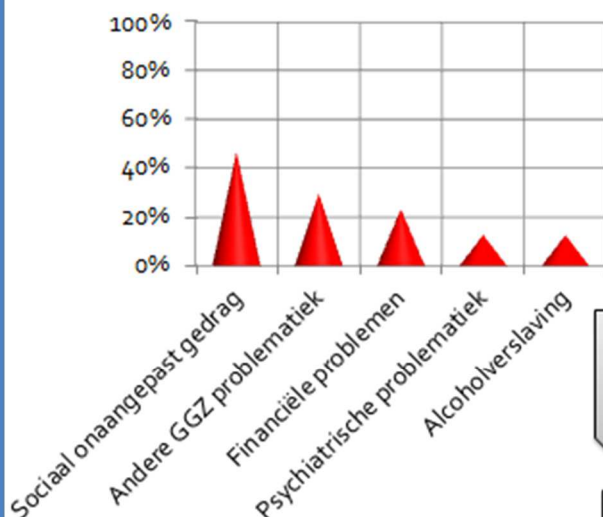
Wbv : sommatiebrf LdH begeleidt BT BT krijgt act begeleiding

Wbv & Wijkggd op HB Wijk-ggd probeert dh in zorg te krijgen. Bt weigert hulp



4. Woningvervuiling

MZWO 2017-2018 >> N=47/574)



Genoemd als recidiverende groep door: Wijk-GGD, WBC, kick-off

Toegenomen overlast: vervuiling, stank, muizen, rottend voedsel, overmatig spullen, brandgevaar.

Woning staat vol/vervuiling. Hr. heeft moeite met het weggooien van spullen.

Naar aanleiding van een lekkage zijn er monteurs langs geweest. Zij melden dat de woning vervuild is, de vloeien sprongen op hun broek

Vroeg of laat komt de problematiek weer terug. Dan heeft HWT geruimd, en 1,5 – 2 jaar later is het weer terug bij af. Je ziet dan zoo véél zooi, en toch geen zorg, dat je denkt HOE KAN DIT?

Voor hoarders is een andere aanpak nodig dan voor woningvervuilers. Bij de laatste groep moet 1x schoon schip gemaakt worden en een nieuwe start. Hoarders hebben blijvend zorg nodig.



Casus mevrouw Gunsing

- Mevrouw Gunsing, 56 jaar, woont alleen.

Okt 2017 >> Melding door opzichter na huisbezoek ivm reparatie. De woning is weer eens vervuild. Mevr werkt niet mee.

- **Wat ging er aan vooraf?** 2012: 1e melding woningvervuiling & verzamelen. Weigert contact/hulp. Dreigt met zelfdoding.
- **Wat gebeurde er na de vorige melding?** Dec 2016: na 5^e melding gedwongen in zorg bij XXX (aanhangel hok)
- **Waarom nu weer mis?** Volgens WBC is plan van aanpak door XXX niet juist uitgevoerd en is mevr. blijven hoarden.
- **Conclusie?** Situatie ondanks inspanningen niet verbeterd. WBC dreigt met rechtsgang. >> Effectievere hulpverlening??



Casus mevrouw Agyare

- Mevrouw Agyare, 67 jaar, woont alleen

Okt 2017 >> Vervuilde woning en stankoverlast. Het lukt de WBC niet om in contact te komen met mevrouw Agyare.

- **Wat ging er aan vooraf?** 2011: 1^e melding betref geluidsoverlast (rammen op bed) en vervuilde woning.
- **Wat gebeurde er na de vorige melding?** Na 3^e melding in sept 2015 heeft WBC bij mevrouw aangedrongen op schoonmaak
- **Waarom nu weer mis?** Uit registratie geen blijf van inzet (specialistische) hulp. WBC verantwoordelijk bij afsluiting.
- **Conclusie?** Hulp komt laat op gang. Na 4^e melding is Wijk-GGD ingeschakeld en schoonmaakcoach ingezet (hoarding). Loopt vooralsnog goed.

Bijlage 3. Quick scan interventies en werkprincipes op het gebied van voorkomen van overlast

ACHTERGROND

Een deel van doelgroep personen met verward gedrag leeft in een wankel evenwicht en komt daardoor vaker in een crisissituatie terecht. In Amsterdam komen deze mensen, ook wel bekend als 'draaideur cliënten', onder andere in beeld bij de Meldpunten Zorg en Woonoverlast (MZWO).

Werkwijze MZWO – wijk-GGD - wijkagent

MZWO heeft een belangrijke rol in de aanpak van overlast. Onder regie van MZWO werken de wijk-GGD (een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Vangnet) en de wijkagent samen aan het in kaart brengen van de situatie van de betrokken persoon naar aanleiding van een melding. Vervolgens wordt bepaald welke inzet/hulp nodig is om woonoverlast te stoppen en/of de zorgsituatie in goede banen te leiden. MZWO maakt zo nodig afspraken met samenwerkende hulpverleningsinstanties, zoals onder meer met Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), politie, woningcorporaties, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk dienstverlening en /of verslavingszorg. MZWO coördineert en bewaakt de voortgang van het oppakken van de melding en doet dit vanuit haar regierol. Indien de inspanningen van MZWO en de samenwerkende partijen niet tot verbetering leiden en geconcludeerd wordt dat er geen passend aanbod meer is om de overlastgevende of hulpbehoevende te helpen, zijn verschillende opties mogelijk. Soms wordt een "laatste kans"-brief verzonden met een aantal voorwaarden waaraan de betrokkene zich dient te houden, om de huurwoning te kunnen blijven bewonen. Als uiterste middel, in geval van extreme overlast, kan namens alle betrokken instanties een Einde Interventie Verklaring (EIV) worden afgegeven, waarna de woningcorporatie / verhuurder een eventuele huisuitzettingsprocedure in gang kan zetten.

In Amsterdam is de treiteraankpak een relatief nieuwe werkwijze om structurele treiterijen, bedreigingen en overlast gericht tegen een specifiek persoon of huishouden tegen te gaan (www.amsterdam.nl/wonen-leefomgeving/veiligheid/treiteraankpak). Het belang van buurtbewoners, die immers slachtoffers zijn van de overlast, staat hierin voorop.

De groep die overlast veroorzaakt, kenmerkt zich veelal ten eerste door de aanwezigheid van meervoudige problematiek (psychische kwetsbaarheid, verslaving, schulden, eenzaamheid) en een onvermogen om in eigen bestaansvoorwaarden te voorzien. Veel van hen noemt men zorgmijders ofwel zorgvuldige zorgzoekers; er ontbreekt een passende hulpvraag en /of zij krijgen niet de hulp die nodig is. Ten tweede is een veelvoud van instellingen betrokken bij deze groep; Te denken valt aan: justitie, politie, reclassering, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, MEE, RIBW, GGD, gezondheidsinstellingen, organisaties betrokken bij huisvesting, opvang, maatschappelijk werk en rehabilitatie.

In het project "Nazorg is de beste voorzorg" wordt gezocht naar een nieuwe manier van werken waarin de nadruk ligt op het vroegtijdig signaleren van dreigende crisis bij deze 'draaideurcliënten' en het tijdig de juiste ondersteuning organiseren om deze achteruitgang te keren. Hiermee kan een nieuwe crisissituatie worden voorkomen. Nu komen nog vooral zaken in beeld waarbij de situatie al uit de hand is gelopen. De ambitie van de samenwerkende partijen (MZWO, politie, GGD, zorg- en ondersteuningspartners, woningcorporaties en cliënten) is om voor een recidiverende groep meer en vaker preventief te kunnen werken en in een eerder stadium een (dreigende) terugval te signaleren. In een aantal werksessies met de betrokken samenwerkingspartners zijn doelen opgesteld waaraan de nieuwe werkwijze zou moeten voldoen. Hieruit zijn als belangrijkste doelstellingen naar voren gekomen: 1. verbinding zoeken en 2. blijvend contact houden waardoor signalen snel kunnen worden opgevangen c.q. monitoring ten behoeve van vroegsignalering.

Om de werkwijze inhoudelijk vorm te geven is een quickscan gedaan naar huidige, inspirerende interventies die op deze doelen gericht zijn. Uiteindelijk doel is een (vernieuwende) praktijkgerichte

interventie te selecteren c.q. te ontwikkelen en die in te passen/ te vertalen naar het project "Nazorg is de beste voorzorg".

Bij deze quickscan is het hierbij allerminst de bedoeling volledig te zijn als wel een breed spectrum van interventies aan te bieden ter inspiratie voor de keuze van een (nieuw te ontwikkelen) aanpak.

AANPAK

Stap 1 : Oriëntatie fase: In deze fase is ten eerste een desksearch gedaan in relevante databanken, zoals ZonMw databank (www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid/verward-gedrag/projecten). Inmiddels zijn er ruim 250 regionale praktijkprojecten gestart. Naast deze databank is gekeken naar praktijkvoorbeelden.vng.nl/databank, de Amsterdamse aanpak Personen met Verward Gedrag (2016-2018) en interventies uit de databank van Movisie, Trimbos en Platform31. Daarnaast zijn aanvullende gesprekken gevoerd met een aantal samenwerkingspartners van het project "Nazorg is de beste voorzorg."

Stap2: Vervolgfase: In deze fase is een selectie gemaakt van die interventies waarmee de doelen zoals gesteld in de werksessies bereikt kunnen worden, te weten: 1. verbinding maken met de cliënt en 2. een blijvend contact houden/ monitoring ten behoeve van vroegsignalering.

Stap 3: Verwerkingsfase: Tot slot zijn de werkzame elementen uit de interventies geanalyseerd, verwerkt en gerapporteerd.

RESULTATEN

Uitgaande van de doelen welke voortgekomen zijn uit de werksessies binnen het project "nazorg is de beste voorzorg" zijn veel interventies te benoemen, die ter inspiratie kunnen dienen voor dit project. De doelen waren:

1. verbinding maken met de cliënt en
2. monitoring ten behoeve van vroegsignalering

Per doelstelling wordt onderstaand een aantal werkprincipes en een voorbeeldproject belicht. Een aantal van de geïnventariseerde interventies is momenteel nog in ontwikkeling en de effectiviteit hiervan is nog niet of onvoldoende onderzocht. Wel is een aantal kenmerkende punten c.q. werkprincipes aan te geven, die lijken bij te kunnen dragen aan de (proces)effectiviteit van het project.

1. Verbinding met de cliënt

- Herstelondersteunende zorg

Herstelondersteunende zorg heeft tot doel de cliënt te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen. Zij sluit aan bij de overlevingsstrategieën van de cliënt en moedigt hem aan deze verder te ontwikkelen. Cliënt regie en present zijn staan hierbij centraal. Herstelondersteunende zorg is hoop verlenen in plaats van hulp verlenen. Zorgen voor in plaats van zorgen dat. In veel interventies en in toenemende mate komen deze aspecten naar voren en worden van belang geacht. Verbinding maken met de ander begint met het winnen van vertrouwen en het aansluiten bij de behoeften. Aanwezig zijn en onbevooroordeeld en een open houding hebben, zijn werkzame factoren.

Een voorbeeld is:

- Maatjesproject <https://www.deregenboog.org/psychiatriemaatje>

Doel is de versterking eigen regie en zelfredzaamheid van de deelnemer door ondersteuning te bieden om volwaardig mee te kunnen doen in de maatschappij voor hen die hier behoefte aan hebben. Daarbij creëert men een één - op - één georganiseerd gelijkwaardig contact met de ander (de cliënt/deelnemer). Kenmerkend is dat er sprake van burgerperspectief in plaats van het hulpverlenersperspectief en men gaat uit van de vraag van de deelnemer. Getrainde vrijwilligers zijn bondgenoot of mentor/ coach voor de ander. De presentiebenadering staat hierbij centraal. Men is simpelweg voor de ander, zodat een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd; er is geen sprake van een hulpverleningsrelatie. De ander voelt zich gezien en gehoord en voelt zich volwaardig mens. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte voor wat zich niet laat maken of afdwingen. Niet iedereen is geschikt om

zorgvrijwilliger te worden: humanitaire waarden en een open levenshouding lijken belangrijke succesfactoren (Naaten, 2018)

- Relatiegericht werken

Relationeel werken vraagt van professionals dat ze zich gaan verdiepen in de ander, dat ze dichtbij de ander komen en van daaruit doen wat nodig is. Erbij blijven en niet wijken, ook niet met een beroep op veiligheid. Dat vergt een hoge mate van professionaliteit, persoonlijke stevigheid en sensitiviteit. Vanuit deze 'presentie' blijken professionals in staat om, in aansluiting bij de ander, verbinding te krijgen, grenzen te stellen en te handhaven, en de cliënten te laten leren, zich te ontwikkelen en zich te beheersen. Relationeel werken is dus volhardend en waar nodig confronterend. Juist als het verleidelijk wordt mensen weg te sturen, eruit te zetten (want het is niet met ze uit te houden) of regels met harde hand te handhaven, komt relationeel werken met wat beters.

Een voorbeeldproject is:

- Relatieve zorgverlening bij psychiatrische patiënten die een strafbaar feit hebben gepleegd. Focus ligt niet op het therapeutische traject (behandelen, therapieën geven en instellen medicatie) maar op sociaalpedagogische begeleiding. Centraal staan vertrouwen opbouwen, successen vieren en aandacht hebben voor het gewone leven.

- Outreachend werken

Juist met het oogpunt van geïsoleerde groepen, zorgwekkende zorgmijders ofwel zorgvuldige zorgzoekers is een pro-actieve / outreachende aanpak van belang. Het is een effectieve manier om in contact te treden met deze mensen en problematiek te signaleren die vaak verborgen blijft voor de reguliere hulpverlening. Ondanks dat deze manier arbeidsintensief is, worden kosten bespaard. Door vroegtijdig problemen op te sporen en in te grijpen wordt duurdere zorg voorkomen.

Enkele voorbeeldprojecten zijn:

- De Vliegende Brigade

Een ervaringsdeskundige gaat actief in de buurt op zoek naar mensen in kwetsbare posities om deze mensen een steuntje in de rug te bieden, zodat zij weer de regie over hun leven nemen en (indien van toepassing) toe te leiden naar bestaande buurtvoorzieningen. Samenwerking met wijkteams en/of andere in de wijk werkzame professionele en vrijwillige hulp- en dienstverleners gebeurt via periodieke (casus) overleggen en duidelijke afspraken over verwijzingen over en weer. In de samenwerking brengt de ervaringsdeskundige zo nodig ook het cliëntenperspectief in, <https://www.kernkracht.nl/wp-content/uploads/2017/05/Ervaringsdeskundigheid-in-de-wijk.pdf>.

- GGZ coaches zorg / welzijn in de wijk

GGZ coaches gaan de wijk in zodat al bestaande activiteiten voor mensen uit allerlei doelgroepen beter ontsloten worden voor mensen met een psychische aandoening om mensen meer bij de samenleving te betrekken. Samen kunnen de coaches ervoor zorgen dat de domeinen 'zorg' en 'welzijn' met elkaar verbonden worden. Hierbij is tevens samenwerking met ervaringsdeskundigen een belangrijke pijler geweest om mensen met een kwetsbaarheid bij de maatschappij te betrekken.

Resultaten wijzen uit dat de medewerkers van de organisaties meer kennis hebben over de doelgroep, het aanbod sluit beter aan, de inzet van ervaringsdeskundigheid is een goede toevoeging aan het welzijnsaanbod, de toeleiding verloopt beter, betaalde krachten en vrijwilligers zijn beter toegerust, het netwerk is vergroot, de samenwerking tussen de verschillende partijen en ook de sociale toegankelijkheid zijn verbeterd. Knelpunt is structurele financiering. (www.zonmw.nl)

- Outreachende Straatpsychiater, die zorgmijdende en verwarde personen op effectieve wijze toeleidt naar zorg (www.vng.nl)

- Vangnet in de Wijk: vinden, verbinden, versterken en verduurzamen

Opbouw en borging van een wijksignaleringsnetwerk in Drenthe en ontwikkeling van een vraaggericht en dekkend netwerk van(in) formele organisaties en inloopvoorzieningen (www.zonmw.nl)

- Client in eigen regie

Ieder mens heeft recht op, en baat bij, eigen regie. Professionals in zorg en welzijn moeten aansluiten bij de wensen van hun cliënten. Zij moeten respecteren dat de cliënt zijn of haar leven zelf, naar eigen

keuze, inricht. De cliënt staat steeds meer in het middelpunt van de belangstelling. De werkzame elementen van eigen regie zijn eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten (www.movisie.nl). Enkele voorbeelden waarin cliëntregie centraal staat:

- Zelfhulp en lotgenotencontact: mensen met dezelfde soort problemen hebben veel baat bij elkaar. Dit lotgenotencontact kan veel verschillende vormen aannemen, zoals zelfhulporganisaties of lotgenotengroepen, maar ook opvang in zelfbeheer.
- Ervaringsdeskundigheid: een 'insider-perspectief' is van onschatbare waarde bij het begrijpen, en kunnen delen, van de situatie van mensen met soortgelijke problemen en ervaringen.
- Zelforganisatie en zelfbeheer: de zelfregiecentra en herstelacademies (waaronder ENIK, Herstelacademie Haarlem, Zelfregiecentrum Venlo, Hersteltalent) zijn goede voorbeelden van zelforganisaties.
- Uitrol Crisiskaart® (www.crisiskaart.nl). Dit is een klein persoonlijk document (codicil) dat door mensen zelf wordt opgesteld. Met deze kaart, die iemand bij zich draagt, staat beknopte informatie hoe omstanders dienen te handelen, als iemand in crisis niet meer zelf de regie heeft om gericht hulp te vragen. De crisiskaart bevordert met deze informatie de mogelijke samenwerking tussen politie, sociaal netwerk, hulpverleners, crisisdienst, huisarts en directe omgeving. Kenmerkend voor de crisiskaart is dat de kaarthouder zelf bepaalt wat er in het crisisplan en op de kaart komt te staan. Er is aandacht voor zowel zorg gerelateerde onderwerpen als sociaal maatschappelijke en praktische onderwerpen

- **Betrekken van het sociaal netwerk**

Veel mensen die regelmatig in crisissituaties hebben verkeerd zijn in een isolement geraakt en hun sociaal netwerk is vaak ernstig beschadigd. Toch blijken er in de praktijk mensen contact houden. Het betrekken van de netwerken en het uitgaan van hun perspectief in de gesprekken is een andere manier van werken, maar over het algemeen zijn de resultaten gunstig. Wel is het – zeker in het begin zoeken voor alle partijen welke rol iedereen neemt.

Enkele praktijkvoorbeelden:

- Resources groep Assertive Community Treatment (RACT)(www.ract.nl)

Doel van resourcegroepen (RG) is een betere zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een RG bestaat uit mensen die de cliënt zelf heeft uitgekozen uit het informele (familie, vrienden, burens, mentor, etc.) en formele steunsysteem (zoals sociaal wijkteam, job coach, GGZ). Het belangrijkste kenmerk van de RG is eigenaarschap en regie van de cliënt. Via RG maakt men verbinding met de cliënt. Ervaringen met de RG zijn positief, maar vraagt een forse tijdsinvestering met name om een vertrouwensrelatie op te bouwen (Leeman et al., 2017). Zorgen rondom de organisatorische inbedding blijkt vooral datgene wat aandacht vraagt bij de implementatie. Hoe zijn collega's mee te krijgen in dit gedachtengoed?

- Critical Time Intervention (CTI; www.criticaltime.org/cti-model)

GGZ biedt cliënten intensieve krachtgerichte, herstelondersteunende begeleiding. CTI is aanvullend op bestaand aanbod en geeft begeleiders aanwijzingen voor het samen met cliënten aanboren van hulpbronnen, biedt begeleiders handvatten voor het versterken van de sociale relaties van cliënten en hun relaties met het professionele netwerk en zorgt dat cliënten worden toegeleid naar noodzakelijke begeleiding. CTI is vergelijkbaar met RG, echter CTI hanteert een strikte tijdsspanne. In een periode van negen maanden wordt een sociaal en professioneel steunnetwerk opgebouwd en wordt de cliënt duurzaam toegeleid naar de best passende zorg. Daarnaast is CTI gericht op cliënten in transitie vanuit een institutionele naar een wijk setting. Ervaringen zijn overwegend positief, al sluit het aanbod niet altijd aan op de vraag, en beperken wachtlijsten de doorstroming en kan uit-en terugval niet in alle gevallen worden voorkomen (Beune et al, 2009).

- Natuurlijk, een netwerkcoach! (www.movisie.nl)

Een getrainde vrijwillige netwerkcoach zet zich in om een cliënt te coachen in het herstellen, activeren, versterken, opbouwen of uitbreiden van het sociale netwerk. De interventie kenmerkt zich door twee belangrijke elementen:

1. Een systematische en methodische aanpak volgens het TO GROW coaching model opgebouwd in tien stappen verdeeld over drie fasen.

2. De houding van de vrijwillige netwerkcoach: deze werkt vanuit een gelijkwaardige en coachende houding. Deze houding bestaat uit: persoonlijk en coachend contact, het bieden van sociale steun en focus op sociale netwerkversterking.

- **Inzetten ervaringsdeskundigen**

Mensen die worstelen met ernstige psychische problemen of verslaving ervaren vaak een grote kloof met anderen. Met de opkomst van de inzet van ervaringsdeskundigen is er hoop dat deze kloof te overbruggen is. Ervaringsdeskundigheid gaat om situaties van anderen begrijpen vanuit een gedeelde ervaring van emotionele en psychologische pijn (Mead et al., 2001). Kenmerkend voor ervaringsdeskundigheid is empathisch begrijpen, erkennen en herkennen van pijn en van veerkracht, uithoudingsvermogen hebben, het bieden van een voorbeeldrol en hoop (Kooles, 2018).

- De-escalerende herstelondersteunende crisisaanpak in Amsterdam Nieuw West – Iemand Erbij Opzetten van een de-escalerende crisisaanpak in de wijk voor personen met verward gedrag op basis van het organiseren van tijd, rust en ruimte, het serieus nemen van de mens in kwestie, contact maken, in relatie gaan en presentie. Dit project is ontwikkeld en uitgevoerd door ervaringsdeskundigen De doelstelling is ook dat deze crisisaanpak door inwoners zelf wordt uitgevoerd en gecontinueerd.

- **Kijken naar het vraag achter het verhaal**

De huidige psychiatrie gaat uit van diagnose en werkt volgens diagnose behandeling combinatie (DBC); en richt daarbij de behandeling in conform richtlijnen. (Psychische) kwetsbaarheid heeft echter veelal meer te maken met een verhaal dan met een diagnose. De verhalen van mensen binnen de psychiatrie blijken van betekenis en is meer aandacht waard (www.psychosenet.nl). Ieder individu heeft een uniek verhaal. Verhalen kunnen aanknopingspunten bieden om zorg en herstelondersteuning te verbeteren. Door de verhalen en door te kijken naar de vraag achter het verhaal kunnen hulpverleners beter aansluiten op de leefwereld van mensen met een psychiatrische ziekte.

(<https://psychiatrieverhalenbank.nl>)

- Peer-supported Open Dialogue (POD) (www.herstelondersteuning.nl/open-dialogue)

Doel is het bevorderen van een open dialoog tussen de cliënt en zijn sociale netwerk op het moment van een crisis. Centraal staat de vraag: wat is er gebeurd? Uitgangspunt zijn 7 principes: 1. Onmiddellijke hulp binnen 24 uur; 2. Betrekken van het sociaal netwerk vanaf de eerste bijeenkomst; 3. Flexibel in duur, plaats en inhoud van behandeling naar behoefte; 4. Behandelaar blijft verantwoordelijk voor vervolg; 5. Psychologische continuïteit: hetzelfde team blijft betrokken ongeacht plaats en tijd; 6. Tolerantie voor onzekerheid/niet-weten. 7. Bevorderen van een dialoog en het ontlocken van gezichtspunten vanuit alle perspectieven.

Open Dialogue is onderzocht in West-Lapland bij patiënten met een eerste psychose (Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011). Deze onderzoeken tonen gunstige resultaten. Na 5 jaar is meer dan 80% van de patiënten vrij van psychotische symptomen en 85% weer volledig aan het werk. Slechts een-derde maakt gebruik van medicatie. Ook blijkt dat in West-Lapland het aantal gevallen van schizofrenie is gedaald gedurende de 25 jaar dat Open Dialogue wordt toegepast.

2. **Monitoring ten behoeve van vroegsignalering**

- **Samenwerking met verschillende disciplines**

Mensen die voor overlast zorgen zijn vaak gebaat bij hulp vanuit meerdere instanties. Ook tijdens monitoring is samenwerking en afstemming van bijvoorbeeld welke informatie gedeeld kan en mag worden nodig. In verschillende projecten zijn nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan.

Een praktijkvoorbeeld:

- Tien in Twente (www.tienintwente.nl)

Door vroegtijdig signalen te herkennen die agressie en overlast 'aankondigen' en beter gebruik te maken van de betrokken partners in de periferie van de doelgroep wordt overlast voorkomen. Focus is verbetering van de multi-informatiepositie ten aanzien van verwarde personen. Dit, in combinatie met duidelijke afspraken over de regie op de casus (informatie- en interventieknoppunt), kan leiden tot een beter vangnet. Daarbij maakt men gebruik van de lokale partners en structuren in combinatie met innovatieve technologie en de kennis en ervaring die men op regionaal niveau heeft op het gebied van procesbegeleiding. Men richt zich op twee speerpunten:

- Signalering van kansen en bedreigingen op persoonsniveau door kernpartners
- Procesregie op risicopersonen door de gemeente, casusregie door de GGZ, in combinatie met een multidisciplinaire aanpak die gericht is op het voorkomen en verminderen van escalatie.

De inzet van ervaringsdeskundige wordt ok in dit project als een van de belangrijkste speerpunten van het succes genoemd.

- Een regievoerder

In het kader van monitoring is één regievoerder onmisbaar. De regievoerder houdt het overzicht over alle betrokken organisaties en aanwezige ondersteuning en draagt zorg voor het in beeld brengen en blijven van de hulpvrager. Het doel is de rol van de regievoerder in de regio te versterken.

Een praktijkvoorbeeld:

- Schiphol Social work (SSW) (www.zonmw.nl)

Schiphol Social Work (SSW) houdt zich op Schiphol bezig met de toeleiding naar hulp en zorg van kwetsbare en verwarde mensen en het vinden van een passende oplossing voor deze mensen. Door het inzetten van actief veldwerk en intensief overleg en samenwerking met meerdere partijen, zoals de medische dienst, GGZ-crisisdienst, de Koninklijke Marechaussee (KMar) en beveiligingsdiensten op Schiphol, worden problemen in een zo vroeg mogelijk stadium gesignaleerd en wordt, zo mogelijk, op een zo kort mogelijke termijn een oplossing gezocht.

Het doel is het opzetten van een zorgtraject op de langere termijn waarbij een regiehouder wordt aangesteld die niet gebonden is aan regio- of zelfs langs grenzen en de betreffende casuïstiek lange tijd kan volgen. De regiehouder kan gezien worden als een spin in het web rondom de ingewikkelde problematiek van extreem zorgwekkende zorgmijders teneinde niet alleen een kostenbesparing te bewerkstelligen, maar ook een oplossing te creëren in het landelijke probleem van een zorgvacuüm; dat op Schiphol zo duidelijk aan het licht komt. Deze methodiek, gericht op samenwerking maar ook in overleg met de persoon zelf, zijn netwerk en andere relevante partijen, blijkt geschikt in het vinden van oplossingen bij problemen van mensen met verward gedrag op de luchthaven. Zo hebben verscheidene partijen zoals Schiphol, gemeenten, GGZ en de Kmar, BuZa ervaren dat de voornoemde aanpak werkt. Door de snelle, passende oplossing en toeleiding naar hulp/zorg bespaart het capaciteit en daarmee kosten. Nu de aanpak van SSW reeds zeer succesvol is gebleken, is het van belang dat de aanpak uitgebreid kan worden en verder inhoudelijk, organisatorisch en financieel worden geborgd om voortzetting ervan te garanderen.

- Structurele begeleiding/monitoring

Uit aangedragen casuïstiek blijkt dat instanties en hulpverleners - hoe goedbedoeld ook - een cliënt vaak te snel loslaten (Schakelteam 2018). Terwijl continuïteit van ondersteuning en monitoring essentieel is. Mensen met een verslaving worden weggestuurd bij de opvang omdat ze onder invloed zijn. Mensen met agressieproblemen mogen om die reden niet meer naar een GGZ-behandelaar. Het gedrag dat ertoe leidt dat je behoefte hebt aan bepaalde zorg, leidt er vaak toe dat je wordt uitgesloten. Er zijn teveel exclusieregels.

Een praktijk voorbeeld waarin wel aandacht gegeven wordt aan structurele ondersteuning:

- Stevige Structurele Begeleiding (SSB) (www.zonmw.nl)

Wijkagenten en GGZ-professionals (FACT-Teams) gaan, structureel en langdurig op de cliënten af, die al eerder in beeld zijn (geweest) en bij wie opnieuw bemoeienis nodig is, maar bij wie de huidige aanpak niet succesvol is. Een gezamenlijke, structurele en langdurige benadering door zorg en politie is kenmerkend bij dit project. Daarbij worden deelnemers bezocht ongeacht of het 'goed' of 'slecht' met hen gaat en de samenwerking is gestoeld op een goede, persoonlijke en gelijkwaardige relatie in de driehoek deelnemer, politie en GGZ. Selectie van deelnemers als gevolg van onvoldoende matching en onvoldoende bekend bij een van de partijen bleek een van de knelpunten. Tevens werd opgemerkt dat structurele zorg in de praktijk lastig bleek waar te maken als iemand niet meer in het eigen werkgebied valt, of er andere urgente situaties zijn die om aandacht vragen of vanuit de organisatie het niet toegestaan is nog langer zorg te bieden wanneer niet meer aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Het lijkt alsof mensen soms redelijk makkelijk weer worden losgelaten, terwijl dat juist bij deze 'intensieve' groep niet verstandig is.

- **Monitoring op verschillende leefgebieden**

Uit de literatuur (o.a. Gemeente Amsterdam, 2016; Kok, 2018) komt naar voren dat overlast zich veelal kenmerkt door de aanwezigheid van meervoudige problematiek. Zo gaat psychische problematiek vaak gepaard met verslaving, schulden en werkloosheid en eenzaamheid.

Vanuit de zorg wordt veelal gefocust op klachten en gezondheidsproblemen, en hoe die kunnen worden opgelost. Positieve Gezondheid kiest een bredere invalshoek en onderscheidt 6 dimensies van gezondheid: fysiek, mentaal, sociaal, kwaliteit van leven, dagelijks functioneren en zingeving (www.iph.nl). Ook de zelfredzaamheid matrix onderscheidt maar liefst 13 leefdomeinen. De ZRM wordt momenteel getoetst als mogelijk signaleringsinstrument in onderstaand project.

- Preventieve signalering van verward gedrag: Inzet van een stabilisatie-tool waarmee hulpverleners in de 1e en 2e lijn van de zorgketen kunnen signaleren en preventief kunnen handelen om het ontstaan van verward gedrag te voorkomen.

CONCLUSIE

De inventarisatie van enkele interventies gericht op verbinding maken respectievelijk monitoring dient ter inspiratie voor het uitwerken van een werkwijze in de pilot van 'Nazorg is de beste voorzorg'. Een aantal werkprincipes die van belang en ondersteunend kunnen zijn in de preventie van overlast bij personen met verward gedrag is naar voren gekomen. Ten aanzien van het maken van verbinding met de cliënt betreft dit:

- Herstelondersteunende zorg
- Relatiegericht werken
- Outreachend werken
- Client in eigen regie
- Betrekken van het sociaal netwerk
- Inzetten ervaringsdeskundigen
- Kijken naar de vraag achter verhaal

Ten aanzien van het maken van monitoring betreft dit:

- Samenwerking met verschillende disciplines
- Een regievoerder
- Structurele monitoring
- Monitoring op verschillende leefgebieden

Uitgaande van deze werkprincipes stellen wij een werkwijze voor die bestaat uit een combinatie van

(1) het inzetten van een verbindingspersoon, liefst op voordracht van en uit het netwerk van de cliënt, die het contact met de cliënt herstelt en de cliënt vanuit een presentie-houding kan ondersteunen op de verschillende leefgebieden, en

(2) het organiseren van een langdurig monitoringsproces waar alle samenwerkingspartners bij betrokken zijn (inclusief verbindingspersoon en cliënt zelf, indien mogelijk) en waarbij er één regievoerder is. Nadat de regievoerder en/of andere betrokken partijen een (paar) eerste outreachende huisbezoek (en) hebben afgelegd, zal de verbindingspersoon de belangrijkste schakel zijn in vervolgbezoeken.

REFERENTIES

Bergen van A-M, Poll A., Werf van der M. & Willemsen E. (2015) Ervaringsdeskundigheid in de wijk Hoe organiseer je het? Movisie www.kernkracht.nl/wp-content/uploads/2017/05/Ervaringsdeskundigheid-in-de-wijk.pdf

Beune E, Bovenberg F, van der Plas A, Veenstra M. van Hemert AM (red.) (2009) Bruggen bouwen. De Critical Time Intervention Gids. Den Haag: Parnassia Bavo Groep, 2009 www.criticaltime.org/cti-model

Gemeente Amsterdam. (2017) Meldpunten zorg en overlast. De aanpak van extreme overlast in zorg: knelpunten en kansen

Gemeente Amsterdam. Aanpak ernstige woningvervuiling. Amsterdam, mei 2019.
https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/zorgprofessionals/verbetering-aanpak/?utm_source=www.amsterdam.nl&utm_medium=internet&utm_campaign=woningvervuiling&utm_content=redirect

Gemeente Amsterdam. Treiteraankpak. www.amsterdam.nl/wonen-leefomgeving/veiligheid/treiteraankpak

Hensen MJ, Mooij LJ de, Theunissen J, Dekker J, Willemsen M, Zoeteman J, Peen J, Wit M de (2016). Pathways through care of severely mentally ill individuals experiencing multiple public crisis events: a qualitative description. BMC Psychiatry; 16:84 DOI 10.1186/s12888-016-0787-8.

Koekkoek B., Hoff van 't J., & Zwaal J. (2018) Eindverslag project Stevige Structurele Begeleiding (SSB)

Kok E. (2018). Advies verward en onbegrepen, advies klankbordgroep personen met verward gedrag Cliëntenbelang, Amsterdam.

Koole M. (2018) Peer-support en het overbruggen van de kloof met de samenleving. In: Van levenservaring naar ervaringsdeskundigheid. Didactiekboek Boer M., Karbouniaris S. & Wit de M. (red.)

Leeman E., Bahler M. Bovenberg F., Dorleijn M., Goor van L., Kreuger T., Kroon H., Mulder N., (2017). Praktijkboek resourcegroepen Herstellen doe je samen. Uitgeverij: De Tijdstroom. www.ract.nl

Mead S., Hilton D. & Curtis L. (2001) Peer support: a theoretical perspective. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25, (2), 134-141.

Meinema T. (2017) Wat werkt bij eigen regie? www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Publicatie-wat-werkt-bij-eigen-regie%20%5BMOV-13463706-1.0%5D.pdf

Naaten van der E. (2018). Effect van een –op een informele zorg . Literatuuronderzoek in opdracht van de Regenboog Groep. Vrijwilligersacademie Amsterdam. ISBN: 9789078761693.

Seikkula j., Aaltonen J. Alakare B., Haarakangas K, keraˆnen J. & lehtinen K. (2006) Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. Psychotherapy Research, 16(2): 214-2228.

Seikkula J., Alakare B. & Aaltonen J. (2011) Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. Journal of Constructivist Psychology , 14,(4); 247-265.

Schaftenaar P. (2018) Contact gezocht. Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg uitgeverij SWP. ISBN 9789088508400.

Schakelteam (2018): <https://www.ggztotaal.nl/nw-29166>

3698696/nieuws/schakelteam_personen_met_verward_gedrag_presenteert_slotrapportage_met_resultaten_en_aanbevelingen.html

praktijkvoorbeelden.vng.nl/databank

www.amsterdam.nl/wonen-leefomgeving/veiligheid/treiteraankpak

www.crisiskaart.nl

www.deregenboog.org/psychiatriemaatje

www.herstelondersteuning.nl/open-dialogue/pod-onderzoek/

www.iph.nl

www.movisie.nl

www.psychosenet.nl

www.tienintwente.nl

www.vng.nl

www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid/verward-gedrag/projecten

<https://psychiatrieverhalenbank.nl>

<https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/...>

- preventieve-signalering-van-verward-gedrag-een-tool-voor-de-identificatie-en-het-management-van-sit/
- ggz-in-de-wijk/
- zorgtoeleiding-op-schiphol