

Toolkit – ingrediënten wijkgerichte GGZ - Gelderland-Zuid

Op basis van de ervaringen met de pilots Wijkgerichte GGZ Groesbeek en Dukenburg 2018

Tweeledig doel

- Psychisch kwetsbaren met een (ernstige) beperking kunnen rekenen op een sluitend (GGZ-) netwerk van zorg en welzijn dat hen in staat stelt om zelfstandig te wonen en te participeren in hun woonomgeving. Hierbij heeft samenwerking tussen het sociaal en medisch (behandeling) domein specifieke aandacht.
- Psychisch kwetsbaren kunnen rekenen op een omgeving waarin aandacht is voor herstel, vroegsignalering, destigmatisering en inclusie.

Met andere woorden: versterking van de samenwerking op cliëntniveau, integraal op alle leefdomeinen (multidisciplinair, op alle leefgebieden) en op collectief niveau (participatie, inclusie, destigmatisering).

In de evaluatie van de twee pilots wijkgerichte GGZ in regio Rijk van Nijmegen hebben deelnemers verbetering van de samenwerking en kortere lijnen het vaakst benoemd als meerwaarde; men weet elkaar nu beter te vinden.

Partners

Gemeente (regie), ervaringsdeskundigen (via zorginstellingen, belangenbehartigingsorganisaties, Ixta Noa), Sociaal Team/gebiedsteam/kerntem/Wmo-loket, welzijnswerk, huisarts/POH GGZ, woningcorporatie(s), politie, Indigo, MEE, IrisZorg, belangrijkste aanbieders voor begeleid/beschermd wonen (RIBW o.a.).

Stappen

In de pilots zijn de volgende stappen genomen:

1. Analyse
Wat goed gaat en beter kan – dialoog met belangrijkste partners – 1 à 2 bijeenkomsten.
Gezamenlijke analyse van de huidige samenwerking tussen genoemde partijen/inventarisatie van lopende trajecten en positieve punten en verbeterpunten in huidige samenwerking in de praktijk.
2. Plan van Aanpak
Op basis van de analyse en inventarisatie is samen met partners (deels in subgroepen) een dynamisch plan van aanpak met verbeterpunten opgesteld: wie doet wat wanneer.
3. Uitvoering
4. Monitoring
In zowel Dukenburg als Groesbeek hebben we afgesproken dat we de uitvoering blijven volgen door 1 of 2x per jaar bij elkaar te komen. In Groesbeek in subgroepen en in Dukenburg gekoppeld aan de proeftuin wijkgerichte GGZ-team.

Ingrediënten voor samenwerking op collectief en cliëntniveau

1. Ingrediënten welzijnsagenda – sociale inclusie (collectief/preventief)

Betrokken: welzijnswerk, Indigo (preventie), IrisZorg (preventie), GGD (gezondheidsmakelaar o.a.), sociaal team, POH GGZ, ambulante begeleiders, FACT, ervaringsdeskundigen, bewoners.

Eerste stap is om een overzicht te maken van het bestaande activiteiten aanbod en een behoefteinventarisatie onder cliënten van zorgaanbieders te houden (via bijv. ambulante begeleiders) om te achterhalen of er activiteiten ontbreken. Vervolgens afspreken wie wat doet en bepalen of hiervoor extra middelen nodig zijn.

De ervaring uit de pilots in Groesbeek en Dukenburg leert dat er vaak al een behoorlijk welzijns- en preventie-aanbod is. Met name in Groesbeek was de conclusie dat het er vooral om gaat om bestaande activiteiten bekend te maken bij iedereen (professionals en inwoners) via bijv. een website (zie wegwijzer024.nl als voorbeeld) of netwerklunches. Daarnaast moeten mensen vaak een drempel over; het zou bijvoorbeeld kunnen helpen als een ambulante begeleider de eerste paar keer met een bewoners meegaat naar een activiteit. Ook kunnen maatjes helpen om regulier aanbod toegankelijk(er) te maken door mee te gaan.

Naast het lokale aanbod (welzijn, inloop, sport, verenigingsleven, maatjesprojecten, lotgenotengroepen, etc), kun je ook denken aan regionale maatjesprojecten (zoals MEE Bruggenbouwen), de Kopp-groepen en andere trainingen (Indigo) en uitbreiding van de Samen Sterk-methodiek (RIBW) naar andere organisaties. En de 30 MHFA-trainingen (Indigo) die we bij Indigo hebben ingekocht voor heel Gelderland-Zuid met behulp van ZonMw-subsidie. Daarnaast heeft MEE Gelderse Poort een uitgebreid aanbod van trainingen om mensen met beperkingen (Ivb, autisme, etc) beter te (h)erkennen, waarvan het voordeel is dat ze vaak korter zijn (minder dagdelen).

Zie verder: [gereedschapskist/paraplu regionale campagne Sociale Inclusie](#)

Aandachtspunten uit de pilots:

- In het algemeen kan ervaringsdeskundigheid vaker worden ingezet en mag er meer aandacht zijn voor familie en mantelzorgers. Goed om gecontracteerde/gesubsidieerde organisaties te stimuleren om meer gebruik te maken van ervaringsdeskundigen.
- Aandacht bij zorgprofessionals voor woonomgeving vergroten. Woningcorporaties vragen om meer aandacht voor de omgeving van mensen met EPA: maak contact met de burens/buurt. Als dat niet vanzelf gaat, dan met ondersteuning van de woonbegeleider. Woonbegeleiding niet alleen binnenshuis, maar ook buitenshuis (burens, voortuin, etc.) inzetten. Om hier gezamenlijk op in te zetten, kan een bijeenkomst tussen de woningcorporatie, woonbegeleiders en het welzijnswerk zinvol zijn (zie ook convenant Weer thuis).
- Maak gebruik van het aanbod van IrisZorg voor verslavingspreventie, te vaak wordt verslaving niet (h)erkend.

2. Sluitend (GGZ-)netwerk – betere samenwerking – korte lijnen

Manieren om de samenwerking te verbeteren:

1. Gezamenlijk huisvesting voor zorg- en welzijns professionals helpt om korte lijnen tussen professionals te creëren: flexplekken en spreekkamers in één pand voor sociaal teams/gebiedsteams, FACT, ambulante begeleiders, IrisZorg, etc.
2. POH GGZ: brugfunctie - inzet extra uren (hopelijk komt hier vanaf 2020 landelijk een betaaltitel voor) voor samenwerking en consultatie & advies tussen sociaal teams/gebiedsteams en huisartsen/POH's. Indien gewenst kan een POH GGZ op deze manier bijv. meegaan naar een keukentafelgesprek.

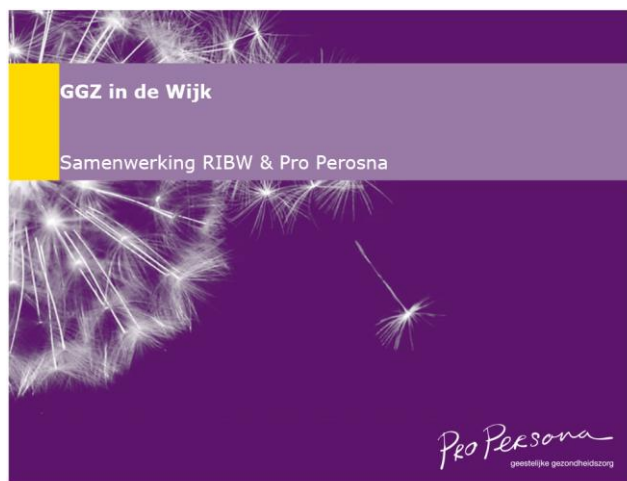
3. Vaste contactpersonen (spv'er) FACT-teams Pro Persona (afgesproken in regio Nijmegen) voor sociaal teams/gebiedsteams/Wmo-loketten.
4. Gezamenlijk zorgplan behandeling/begeleiding - doelen/evaluatie RIBW – Pro Persona (regionaal 40% van de RIBW-cliënten ook patiënt FACT bij Pro Persona) – zie bijlage 1.
5. Multidisciplinair casusoverleg (MDO) GGZ: sociaal team – Pro Persona – huisarts/POH GGZ – evt. zorgaanbieder ad-hoc (IrisZorg bijv.).
6. Inrichting regioteams/casusoverleg voor overlastgevende multiprobleemhuishoudens met oa zorg (o.a. toegang Wmo/Jeugdhulp, jeugdbescherming, Pro Persona), politie, woningcorporaties, schuldhulpverlening – link met Interventieteam/Meldpunt Bijzondere Zorg.
7. Warme overdracht en afspraken over op- en afschaling tussen huisarts/POH GGZ – FACT-teams – sociaal team in regio Rijk van Nijmegen; bekeken wordt of en wanneer deze afspraken ook voor Regio Rivierenland kunnen gaan gelden. Zie bijlage.
8. 123 psychiatrie Pro Persona: voor met name nieuwe cliënten werkt Pro Persona aan de invoering van 123 psychiatrie: “een consultatieplatform dat consultatievragers (huisartsen, POH, sociaal teams, etc.) en consultatieverleners (psychiaters, psychologen) samenbrengt”. Zie www.123psychiatrie.nl.

Resultaten afwachten van pilots - bij positieve resultaten in 2020 uitbreiding naar andere gemeenten:

- Verslavingsbehandeling in de wijk in Groesbeek, Wijchen en Dukenburg (IrisZorg).
- Wijkgerichte multidisciplinaire GGZ-teams (FACT Pro Persona, IrisZorg en Pluryn en begeleiding RIBW)/Brug-teams in Tiel en Dukenburg.

Daarnaast zijn we continu in gesprek met zorgverzekeraars VGZ en Menzis over intensivering van de FACT-capaciteit, een noodzakelijke voorwaarde voor de scenario's 2 Ambulantisering en 3 Wijkgerichte GGZ in het beleidsplan “Samen Dichtbij”. Ook landelijk vindt in het kader van het Hoofdlijnenakkoord GGZ vanuit diverse gemeenten, waaronder Nijmegen, een lobby plaats om te zorgen dat de FACT-capaciteit wordt uitgebreid, om de ambulantisering (vanuit Wlz, Zvw en Wmo) goed op te kunnen vangen.

Bijlage1



Samenwerkingsafspraken RIBW – Pro Persona FACT teams

Consult:

Een consult aan huis door een spv van een FACT team is mogelijk, mits inhoudelijk beargumenteerd met sterk vermoeden van psychiatrische problematiek.

Dan kortsluiten met samenwerkende spv'ers uit het betreffende FACT team en meevragen voor een consultatievraag.

Indien specialistische GGZ nodig lijkt kan een formele intake door de psychiater worden gedaan, of er kan worden verwezen naar een ander zorgprogramma of een andere instelling. In beide gevallen is de verwijzing nodig van een huisarts.

Tijdelijke intensivering van de zorg:

Lopende behandelingen: in een casus waar intensivering nodig wordt geacht, dragen FACT & RIBW gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de juiste (hoeveelheid) zorg in te zetten. Randvoorwaarde hierbij is dat het gaat om kortdurende extra ondersteuning van maximaal 3 weken (met uiterlijke verlenging van 3 weken).

Deze wordt geleverd vanuit de bestaande indicatie. Blijkt deze niet toereikend / afwezig dan moet een nieuwe of spoedindicatie worden verkregen.

Startgesprek & koppeling behandelplan/begeleidingsplan:

Bij nieuwe gezamenlijke patiënten/cliënten vindt er een gezamenlijk startgesprek plaats. Bij voorkeur met de patiënt/cliënt thuis, waarbij afspraken worden gemaakt over een gezamenlijk signaleringsplan en het gebruik van het behandelplan/begeleidingsplan. Voor de vastlegging wordt in principe het format behandelplan van Pro Persona en het begeleidingsplan van RIBW gebruikt. Termen als patiënt of cliënt gebruiken we naar eigen voorkeur door elkaar.

Aanpassen en/of verlengen behandelplan: Bij veranderingen in de lopende afspraken of bij het aflopen van een behandelplan neemt de desbetreffende spv'er contact op met de RIBW begeleider om gezamenlijk het behandel/ begeleidingsplan & signaleringsplan vorm te geven.

Omgekeerd kan ook de RIBW begeleider een signaal geven dat een herziening van de afspraken nodig lijkt. Dit gebeurt tijdens een zorgafstemmingsgesprek waarbij bij voorkeur

naast de patiënt/cliënt alle betrokken partijen aanwezig zijn. Tijdens dit ZAG maken we zo goed mogelijk afgestemde afspraken over wie wat doet om de patiënt/cliënt te helpen welk doel te bereiken.

Signaleringsplan:

Een gemeenschappelijke patiënt/cliënt werkt in principe met één signaleringsplan

Contactfrequentie:

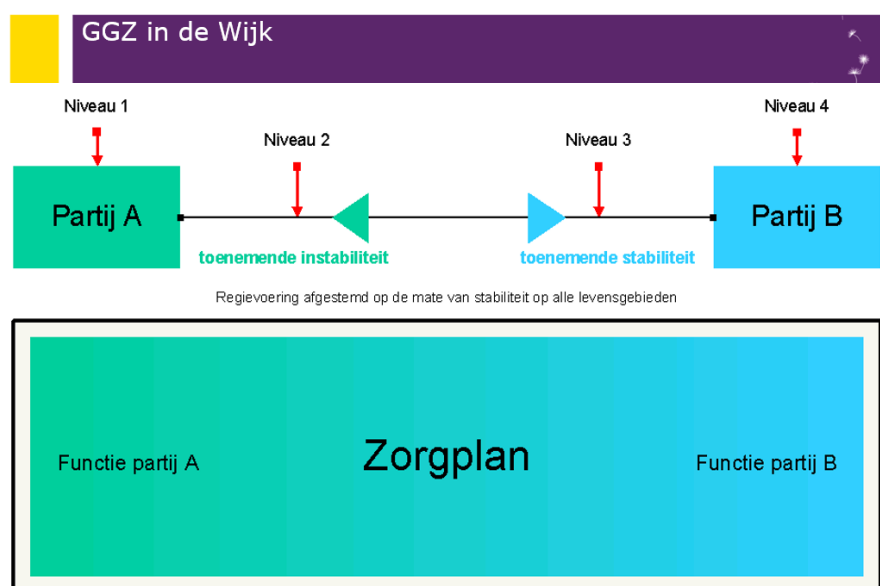
Afspraak: SPV-er en RIBW-begeleider hebben minimaal 2x per jaar afstemmingsoverleg mbt behandel- begeleidingsplan, signaleringsplan, afspraken.

Telefoon op recept:

Binnen het RIBW bestaat de mogelijkheid voor cliënten om op afspraak en incidenteel gebruik te maken van een telefonische opvang buiten kantoor tijden via een BW team.

Regulier overleg:

De samenwerkende FACT en RIBW teams spreken onderling een regelmatig overleg af (eens per 4-8 weken) om te bespreken hoe bovenstaande afspraken lopen.



Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg

Leeswijzer voor het conceptuele model

Het tandemmodel ondersteunt zorg verlenende instellingen om de samenwerking op cliëntniveau af te stemmen en te reguleren.

Hoe werkt dat?

In casussen waarin twee instellingen een rol in de behandeling/begeleiding/ondersteuning hebben, is het van belang dat de zorgverlening goed op elkaar is afgestemd. Omdat de inzet van de instellingen gedurende het proces op basis van de zorgvraag kan veranderen/wisselen is het van belang om de inzet vanuit de instellingen zo objectief mogelijk te kunnen vaststellen.

Het tandemmodel voorziet hierin.