

Samenvatting

resultaten en aanbevelingen evaluaties

pilot "Anders Kijken Anders Doen"



Marie-Jose Driessen
7 juli 2015

INHOUDSOPGAVE

	Pagina
1. Inleiding	3
2. Doelen Pilot	3
3. Kaders uitvoering Pilot	3
4. Evaluatie onderzoeken	3
5. Resultaten evaluatie onderzoeken	4
5.1 Goede zorg in de wijk	4
5.2 Ervaringen professionals VB	5
5.3 Een andere kijk op de zaak	6
6. Conclusies en aanbevelingen	8
7. Tot slot	11

Bijlagen

De bijlagen zijn niet bijgevoegd maar te lezen/downloaden via onderstaande link:

[https://drive.google.com/folderview?](https://drive.google.com/folderview?id=0BxxHQPMVzTwXfnpJNHgyUHdoYjFhcmIJTDIObEVtcmVZMUoxSE5NRy1vc05GU2RzTDdWSU0&usp=sharing)

[id=0BxxHQPMVzTwXfnpJNHgyUHdoYjFhcmIJTDIObEVtcmVZMUoxSE5NRy1vc05GU2RzTDdWSU0&usp=sharing](https://drive.google.com/folderview?id=0BxxHQPMVzTwXfnpJNHgyUHdoYjFhcmIJTDIObEVtcmVZMUoxSE5NRy1vc05GU2RzTDdWSU0&usp=sharing)

in de map: Evaluatie pilot plus bijlagen

1. Inleiding/aanleiding

Samenwerkende zorgaanbieders in de stad Amsterdam hebben in 2014 in samenwerking met Cliëntenbelang, MEE Amstel en Zaan (AZ) en de gemeente pilots ontwikkeld die inzicht en ervaring moeten geven voor de overgang naar de nieuwe Wmo. De pilots zijn opgezet vanuit het uitgangspunt "anders kijken anders doen". Er zijn drie deelprojecten geformuleerd waarvan er 2 in de evaluatie zijn meegenomen. (Het deelproject een nieuwe aanpak voor begeleiding, arbeidsintegratie, dagbesteding bij VSO uitstromers is niet meegenomen in de evaluatie. Dit deelproject heeft gedurende het project een andere invulling gekregen).

In deze samenvatting worden, na een korte beschrijving van de pilot, eerst de drie evaluatieonderzoeken besproken en daarna aanbevelingen voor vervolg gegeven.

2. Doelen pilot

Bij het eerste deelproject stond centraal om vanuit "anders kijken, anders doen" (AKAD) te onderzoeken hoe de bestaande 'AWBZ werkwijze' van begeleiders kan worden gekanteld naar een "Wmo werkwijze"., Daarnaast stond in het tweede deelproject de manier waarop de zorg en ondersteuning georganiseerd kan worden binnen de Wmo en binnen de wijk centraal. De mate waarin de doelstellingen zijn behaald wordt in detail besproken bij de conclusies en aanbevelingen.

3. Kaders uitvoering Pilot

De pilots zijn uitgevoerd in twee stadsdelen in Amsterdam West en Nieuw West. Binnen de pilots is gewerkt met de wijkzorginstrumenten die de gemeente verplicht stelt: RIS en ZRM en daarnaast met de door Philadelphia ontwikkelde compensatiematrix. In elk stadsdeel is een vast team met ambulante begeleiders van Cordaan, Amstellaan, Philadelphia en MEE AZ samengesteld. Elk team heeft minimaal 50 cliënten in de pilot opgenomen, dat betekent dat van hen de ZRM en compensatiematrix is ingevuld en dat zij zijn ingevoerd in RIS.

De werkwijze AKAD heeft zich gaandeweg ontwikkeld. De kaders die daarbij gehanteerd zijn, zijn:

- minder inzet uren professionele begeleiding
- LVB organisaties werken samen en maken gebruik van elkaars expertise
- verschuiving van professionele begeleiding naar informele zorg en voorzieningen in de dragende samenleving
- RIS en ZRM en Compensatiematrix zijn verplichte instrumenten
- oplossingen voor vragen van cliënten worden gezamenlijk (professionele zorg en dragende samenleving) gezocht, onderzocht en indien nodig ontwikkeld/aangepast (casuïstiek).
- Bijeenkomsten vinden plaats in huis van de wijk/buurthuiskamer in het stadsdeel
- Partijen uit de informele zorg, collectieve voorzieningen stellen zich voor tijdens bijeenkomsten waardoor men kennis maakt met elkaars werkwijze en werkinhoud.

4. Evaluatie onderzoeken

Om te onderzoeken in hoeverre aan de pilotdoelstellingen is voldaan, is een drietal onderzoeken uitgevoerd. In deze notitie zijn de hoofdbevindingen verwoord. Voor het hele onderzoek wordt verwezen naar de drie afzonderlijke publicaties die als bijlagen zijn bijgevoegd.

1. **Goede zorg in de wijk** (Centrum voor cliëntervaringen, VU en Cliëntenbelang): geeft inzicht in het perspectief van LVB cliënten met betrekking tot de veranderingen in de zorg. Het beschrijft de ervaringen van LVB cliënten in de wijken Amsterdam West en Nieuw west en hun begeleidingswensen en-behoeften.
2. **Ervaringen professionals GGZ en VB** (gemeente Amsterdam): geeft inzicht in de ervaringen van hulpverleners die hebben deelgenomen aan de pilots GGZ en VB. Hoofdvraag: Hoe ervaren de hulpverleners die hebben deelgenomen aan de pilots GGZ en VB de nieuwe werkwijze wijkzorg?
3. **Een andere kijk op de zaak:** een zoektocht naar de zorgprofessional 2.0 in het LVB wijkteam (master thesis Edgar de Jong). Heeft AKAD ervoor gezorgd, en zo ja in hoeverre, dat het aantal uren professionele ondersteuning is afgenomen? Daarnaast in hoeverre komen de vragen die worden gesteld aan de nieuwe zorgprofessional (verwoord in 10 competenties) overeen met wat de zorgprofessionals in de pilot AKAD uitvoeren?

5. Resultaten van de drie onderzoeken

Elk onderzoek heeft resultaten, conclusies en aanbevelingen opgeleverd. Hierna worden de uitkomsten van elk onderzoek kort besproken. Voor een volledige weergave wordt verwezen naar de originele onderzoeksrapporten in de bijlagen.

5.1 Goede zorg in de wijk:

Door de onderzoeker zijn samen met haar onderzoekspartner (LVB cliënt) met 20 cliënten uitgebreide gesprekken gevoerd. De uitkomsten zijn besproken met ervaringsdeskundigen en gestaafd met academische inzichten. Geconstateerd wordt dat een deel van de cliënten nog niets tot weinig merkt van de transitie (zelfde aantal uren, zelfde huisbezoeken, geen gesprekken over inzet van familie, vrienden of burens etc). Ze hebben nog geen keukentafelgesprek gehad. Op 3 thema's worden de bevindingen en aanbevelingen gegroepeerd

1. behoeften van cliënten serieus nemen:

1. Stabiliteit in begeleiding en alertheid: zo min mogelijk wisselingen in begeleiders en alertheid bij inzet inlooppreekuur of Digi zorg. Een begeleider is vaak een steunpilaar in het leven van LVB cliënten, iemand die zij vertrouwen
2. Back-up met verstand in noodsituaties; cliënten missen buiten kantooruren een vangnet van mensen met verstand van de doelgroep
3. Informatievoorziening voor cliënten over veranderingen; duidelijke uitleg voor cliënten wat de veranderingen in zorg en ondersteuning in de praktijk betekenen
4. Niet denken voor maar met; begeleiders denken nog vaak voor cliënten in plaats van met hen. Cliënten ervaren bij het maken van het ondersteuningsplan geen gesprek over dromen, mogelijkheden en kwetsbaarheden, waardoor ze op ideeën zouden kunnen komen om dingen anders te doen. Een aantal cliënten geeft aan dat door de begeleider een ingevulde matrix en ondersteuningsplan is ingevuld. Sommige cliënten vinden het jammer dat er geen gesprek is, anderen vinden het prima dat hun begeleider dit regelt. Sommige cliënten geven aan geen verantwoordelijkheid te (willen) nemen voor plannen. Ervaringsdeskundigen geven aan dat zij wel invloed willen hebben op de inhoud van het plan, het invullen moet samen gebeuren
5. Realistische verwachtingen inzet netwerk cliënten: cliënten hebben veelal moeite met het opbouwen en onderhouden van een netwerk van familie, vrienden en burens. Als men contact heeft

is men hier zuinig op en wil men hen niet overbelasten of overvragen naast de “leuke” dingen die ze met elkaar doen. Daarnaast blijkt dat cliënten zelf veel mantelzorg voor hun netwerk verlenen. Cliënten geven aan hun familie niet extra te willen belasten, ze zijn meestal al zo druk en staan altijd al klaar. Als er sprake is van wederkerigheid voelt dat gelijkwaardiger voor de cliënten, dan kunnen ze ook iets terugdoen

6. Transparantie bij inzet vrijwilligers; cliënten hebben wantrouwen ten opzichte van vrijwilligers. De angst voor misbruik, het nieuwe en niet-vertrouwde en de vluchtigheid van het contact wat je met iemand aangaat maakt ze beperkt enthousiast. Cliënten zijn veelal voorzichtig om “nieuwe mensen” te vertrouwen. Volgens de ervaringsdeskundigen hebben vrijwilligers een “snelcursus LVB” nodig. Ook komt naar voren dat als er een positieve ervaring is geweest men er wel meer voor open staat. Ervaringsdeskundigen wijzen erop dat vrijwilligers niet moeten worden gezien als “vervangers” bij psychische begeleidingstaken en misbruikgevoelige taken (financiën).

2. Veilig en prettig wonen en werken

1. Cliënten willen graag zelfstandig wonen maar voelen zich niet prettig en thuis in krachtwijken zoals bij voorbeeld Nieuw West. Omdat ze al kwetsbaar zijn voelen ze zich nog kwetsbaarder in deze buurten. Buurten waar meer sociale controle is passen beter bij de cliënten
2. Zinnvolle en veilige dagbesteding. Veel cliënten zijn eenzaam. Dagbesteding breekt de dag, geeft zelfrespect en brengt mensen met elkaar in contact. Ook geeft dagbesteding vertrouwen, waardoor men zich lekkerder in zijn vel voelt. Men voelt zich niet altijd even serieus genomen op het werk. Ook de communicatie met klanthouders van WPI verloopt niet altijd goed.
3. Besef dat buurtactiviteiten vallen of staan door begeleiding. Er worden eetmomenten in de buurt georganiseerd door de zorginstellingen en deze worden goed bezocht. Het succes is: georganiseerd door een vertrouwde instelling, vertrouwde begeleiders en met in eerste instantie andere LVB cliënten. Ervaringsdeskundigen geven aan dat er een beperkte behoefte is om te “mengen” onder de doelgroep, men voelt zich prettiger bij mensen van hun eigen ‘niveau”.

3. Cliëntenparticipatie in beleid en uitvoering

1. Cliënten willen graag meehelpen om het beleid en de praktijk in de zorg te optimaliseren. Nu wordt de inbreng van cliënten zeer beperkt benut.

5.2 Ervaringen professionals VB

Onder de gesproken hulpverleners die in de pilot VB hebben meegedraaid heerste veel enthousiasme over de pilot. Vrijwel iedereen was blij er aan te hebben mogen meedoen en vond het interessant om nu de ervaringen van de anderen in de pilot te horen. De twee focusgroepgesprekken verliepen in positieve sfeer, zonder kritiekloos te zijn. Opvallend was de grote betrokkenheid van deze professionals bij hun cliënten. Wat naar voren komt is dat professionals een netwerk in de wijk opbouwen. Zij weten beter wat andere organisaties te bieden hebben en komen sneller op andere ideeën, zoals bij voorbeeld Regenbooggroep, financiële salon. Tussen organisaties onderling wordt ook kennis gemaakt, je weet beter waar welke expertise is, tot nu toe leidt dat nog niet tot samenwerking rond cliënten.

Het nieuwe instrumentarium van wijkzorg is nog wennen. RIS roept veel vragen op. Over de ZRM en de compensatiematrix is men zeer tevreden. Dit zijn goede hulpmiddelen bij concreet kijken naar wat je anders kunt doen. Professionals zijn ook bewuster aandacht gaan besteden aan het inzetten van eigen kracht en informele oplossingen. Bij de ene cliënt lukt dat sneller als bij de andere. De werkwijze binnen wijkzorg

heeft hen wel extra hiertoe aangezet. De omslag is dat zij niet meer alles doen voor een cliënt maar meer werken vanuit het eigen initiatief van de cliënt. De hulpverlener wordt meer regisseur. Professionals benadrukken dat het voor VB cliënten heel belangrijk is dat er een vertrouwd iemand is die met hen het overzicht houdt en de samenhang bewaakt.

Organisaties zijn zich anders aan het/gaan organiseren, hierdoor worden medewerkers veel wijkgerichter ingezet. Dat leidt ertoe dat ze verwachten makkelijker overzicht te kunnen krijgen in dat gebied en daardoor een sterker netwerk kunnen opbouwen.

Het blijkt dat bestaande wijkinitiatieven beperkt toegankelijk zijn voor mensen met een verstandelijke beperking, er is weinig inclusie. Het is een uitdaging om bestaande initiatieven toegankelijk te maken voor de doelgroep. De huizen van de wijk hebben andere vaardigheden nodig om de doelgroep te kunnen ondersteunen.

Het eigen netwerk van de cliënt kan meer ingezet worden, maar een aandachtspunt daarbij is wel de betrouwbaarheid van de vrijwilligers. LVB cliënten hebben vaak een grenzeloos vertrouwen. Vrijwilligers die met de doelgroep omgaan moeten hierin worden getraind/geschoold.

Er zijn veel vragen over bijvoorbeeld verschil tussen maatwerk/algemene voorziening. Professionals maken zich zorgen dat er geen ruimte meer blijft voor maatwerk. Er is tijd nodig om ervoor te zorgen dat cliënten de stap naar de informele zorg kunnen maken er is of wantrouwen of juist een te naïef vertrouwen, de stap naar een locatie in de buurt kan soms (te) groot zijn.

Professionals geven aan dat de karakter van hun werk erg verandert. Ze krijgen steeds meer een coördinerende rol en minder zorgend. Ze verwachten als vaste factor bij cliënt betrokken te blijven maar denken minder uur per cliënt beschikbaar te hebben. Professionals zien hier risico's.

5.3 "Een andere kijk op de zaak"

De kwantitatieve analyse van de pilot heeft in het kader van dit onderzoek plaatsgevonden. De experimentele groep (cliënten uit de pilot AKAD) is vergeleken met een controle groep. In het kader van de pilot zijn gegevens van 100 cliënten verzameld (ZRM en Compensatiematrix) door 4 verschillende organisaties. Er is gekozen voor een meetmoment van het aantal uren begeleiding individueel per maand, in september 2014 en in maart 2015. Van de 100 cliënten zijn 54 cliënten in deze berekening meegenomen. Dat kan als volgt worden verklaard:

- Van de 100 cliënten zijn de cliënten van MEE AMstel en Zaan niet meegenomen in de meting maart 2015 omdat zij geen ambulante begeleiding meer leverden aan die cliënten (12 cliënten), bij Amsta bleek het niet mogelijk om de gegevens van 15 cliënten in maart 2015 aan te leveren.
- Daarnaast vielen er 3 medewerkers van Philadelphia weg en 1 van Cordaan (wegens ziekte, pensionering of andere werkgever).

Dat leverde in totaal 54 bruikbare cliëntmetingen op.

De controlegroep is een a-selecte groep van 49 Wmo cliënten van Cordaan uit Amsterdam-Oost.

	N	O1 (uren)	gemiddelde O1 (uren)	O2 (uren)	gemiddelde O2 (uren)	Vershil O1-O2 (uren)	Vershil gemiddelde O1-O2 (uren)
AKAD groep	54	434	8,03	339	6,3	95 (22%)	1,73
Controle groep	49	354	7,2	324	6,6	33 (8%)	0,6

N =aantal cliënten

O1 = uren per maand begeleiding in september 2014

O2= uren per maand begeleiding in maart 2015

Zowel bij de AKAD groep als bij de controle groep is er sprake van afname van het aantal ingezette uren professionele begeleiding. De volgende hypothese is onderzocht: Er is sprake van een positieve invloed van de pilot Anders kijken, Anders doen op de afname van het aantal uren professionele begeleiding.

Bij de AKAD groep was er in september 2014 sprake van gemiddeld 8 uur per maand begeleiding en in maart 2015 is dit 6,3 uur per maand. Een afname van het aantal uren van 22%. Bij de controlegroep is de afname in het aantal uren 8%. Uit de analyse blijkt dat er bij de experimentele groep sprake is van een significante¹ afname ($p < 0.070$) van het aantal uren per maand, terwijl dit bij de controlegroep niet het geval is ($p < 0.435$). De hypothese kan dus worden aangenomen. Geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een positieve invloed van de pilot AKAD op de afname van het aantal uren professionele begeleiding. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de mate waarin de afname van professionele inzet gepaard is gegaan met toename van informele uren begeleiding of naar de cliëntwaardering hiervan.

Daarnaast blijkt dat in maart 2015 in de AKAD groep bij 4 cliënten de ondersteuning is omgezet van maatwerk naar algemene voorziening. Voor de controlegroep zijn deze gegevens niet bekend.

Naast het kwantitatieve onderzoek is er ook kwalitatief onderzoek gedaan. Bij 14 professionals uit de AKAD teams zijn interviews afgenomen mbv een topiclijst met 10 competenties die passen bij de nieuwe werkwijze in het IVB team, om te onderzoeken welke competenties de zorgprofessional in het LVB wijkteam benut en welke kansen, risico's en succeservaringen hij hierbij benoemt. De competenties die het meest vaak worden genoemd zijn: signaleert en speelt in op veranderingen (41 keer genoemd), is ondernemend en benut professionele ruimte (38 keer genoemd) en werkt samen en versterkt netwerken (31 keer genoemd). De competenties die minder vaak worden benoemd zijn: beweegt zich tussen verschillende werelden en culturen (5 keer genoemd), verbindt individuele en gemeenschappelijke vragen en potenties (15 keer genoemd) en versterkt eigen kracht en zelfregie (16 keer genoemd). De ambulante begeleiders geven in het interview aan dat zij veel succeservaringen hebben (46 keer genoemd), zeker ook risico's zien

¹Bij de data-analyse is gebruikgemaakt van de Paired T-test. Hiermee is het mogelijk om 2 gemiddelden met elkaar te vergelijken die onderling afhankelijk zijn, in dit geval dus een variabele op 2 verschillende tijdstippen (*een before-after design*). Vanwege de kleine steekproefgrootte (N=54 & N=49), is er een significantieniveau van $p < 0.10$ gehanteerd om te vermijden dat, vanwege de te kleine power, de hypothese niet kan worden bevestigd terwijl ze in deze steekproef wel aangenomen kan worden.

(29 keer genoemd) en in mindere mate ook kansen (16 keer genoemd). Voor een uitgebreide beschrijving van de topics wordt verwezen naar bijlage 3.

6. Conclusies en Aanbevelingen

Bij de start van de pilot zijn onderstaande doelstellingen opgesteld:

Doelen deelproject 1:

- verkennen in hoeverre een verschuiving naar lichtere vormen van ondersteuning mogelijk is (waar onder een lagere intensiteit van formele hulp, of meer gebruik van steunpunten in de wijk),
- ook bezien in hoeverre met de toegang tot algemene voorzieningen (wonen, werken, leren, welzijn) aan de behoeften wordt voldaan;
- nagaan of er mogelijkheden zijn tot versterking van het eigen netwerk van de persoon met een verstandelijke beperking;
- inzicht opdoen over de vraag welke besparingen mogelijk zijn vanuit 'anders kijken, anders doen'.

Doelen deelproject 2:

- we realiseren op gebiedsniveau (wijk, stadsdeel) een effectief netwerk van ambulante begeleiders die tegelijk de samenwerking met welzijn opzoeken,
- we realiseren directe schakels met voorzieningen in het sociaal beleid die vooral bij mensen met een lichte verstandelijke beperking nogal eens van belang zijn;
- we verkennen hoe de samenhang met het wijknetwerk het best gestalte kan krijgen (denk aan schakels met wijkverpleging als de persoon met een verstandelijke beperking ook somatische gezondheidsproblemen heeft of schakels met achterwachtfuncties voor NAH, of voorliggende voorzieningen in de wijk).

Geconcludeerd kan worden dat de resultaten van de drie onderzoeken laten zien dat op de meeste doelstellingen antwoord is gegeven. De werkwijze van de AKAD teams heeft duidelijk invloed gehad op de afname van het aantal uren professionele begeleiding, het heeft begeleiders geholpen om de kanteling te (gaan) maken. Er zijn nieuwe oplossingen voor cliënten gevonden door inzet van informele voorzieningen en samenwerking met algemene voorzieningen. In West en Nieuw West is het AKAD team een "levende sociale kaart voor LVB cliënten" geworden. Op gebiedsniveau wordt samenwerking gezocht met welzijn, wordt aanbod voor de doelgroep (her)ontwikkeld.

De doelstelling waar in de pilot geen duidelijke aandacht aan is besteed is aan het onderzoeken welke mogelijkheden er zijn tot versterking van het eigen netwerk van cliënten met behulp van bijvoorbeeld SNS methodiek, futureplanning etc.

Ambulant begeleiders hebben een driedubbelslag gemaakt, ze hebben elkaar leren kennen (LVB organisaties), ze hebben de collectieve voorzieningen en informele zorg in het stadsdeel leren kennen en ze hebben leren werken met de instrumenten en uitgangspunten van wijkzorg.

Welke aanbevelingen zijn er voor de toekomst?

De groep is kwetsbaar in de wijk. Er is een kwetsbaar evenwicht tussen onveilige en sociale aspecten in de wijk. Zuid is veiliger, maar minder toegankelijk en Nieuw West is toegankelijker maar meer risicovol voor de kwetsbare groep. Dit vraagt aandacht bij de keuzes rondom huisvesting, en geeft ook aan dat de ambulant

begeleider, die voor cliënten als steunpilaar in de ingewikkelde samenleving fungeert, een belangrijke rol vervult in het zelfstandig blijven functioneren van de LVB cliënten in de maatschappij.

Andere aanbevelingen die naar voren zijn gekomen uit de drie evaluaties:

1. Toegankelijke en beschikbare informele zorg.

De mogelijkheden om te kantelen worden vergroot als in de "informele zorg & welzijn" een open houding is om kennis te maken met de LVB doelgroep. We hebben gemerkt in de ontmoetingen met huizen van de wijk dat de doelgroep relatief onbekend is en niet als vanzelf welkom is. De begeleiders kunnen hun kennis overbrengen naar de medewerkers van welzijn. Welzijn staat hier voor open. Dit geldt ook voor vrijwilligers, niet iedereen weet hoe hij met de doelgroep om moet gaan. Zoals een cliënt het verwoordt: iedereen moet eigenlijk een snelcursus "omgaan met LVB" volgen. Met dit doel is een workshop *Niet zichtbare beperkingen* beschikbaar vanuit de Sigra.

Het 'invragen' van de LVB doelgroep in onder meer huizen van de wijk en buurthuis kamers, zal naar verwachting van zowel de begeleiders als de cliënten langzaam verlopen. De begeleider fungeert hierin als een wegbereider. Daarnaast geven cliënten aan dat zij niet altijd willen mengen, zij vinden het fijn om in een groep te zitten met mensen van hun eigen "niveau". Het is dus goed om cliënten te betrekken bij het (her)ontwikkelen van aanbod voor huizen in de wijk.

Zowel bij cliënten als bij begeleiders is er soms een drempel om naar een huis van de wijk te gaan of om een (professionele) vrijwilliger van bijvoorbeeld de Regenbooggroep in te zetten. Kan het wel, is het wel veilig, hoe zit het dan met mijn taken? Het vraagt om inzet op het ontwikkelen van een werkwijze tussen professionals, cliënten en vrijwilligers. Het is belangrijk dat er over en weer afstemming is tussen begeleider en vrijwilliger en dat ieder vanuit zijn eigen rol een bijdrage kan leveren. Dit onderdeel van het anders doen vraagt nog om doorontwikkeling. Cliënten geven aan dat als zij een goede ervaring hebben met vrijwilligers, zij er meer open voor staan, dat geldt ook voor begeleiders. De stap naar informele zorg en welzijn gaat niet vanzelf, hier moeten partijen gezamenlijk op sturen en in optrekken. Verbinding tussen de ontwikkeling van informele zorg en welzijn in de stad (stadsdelen) en het AKAD team is belangrijk.

2. Kennis delen en kennis halen.

We hebben gemerkt dat het belangrijk is om good practices met elkaar te delen in de pilotteams. In het onderzoek "een andere kijk op de zaak" worden maar liefst 46 succeservaringen genoemd. Goede ervaringen zijn een inspiratiebron voor anderen, het maakt dat anderen het ook gaan proberen. In de pilots is onderzocht hoe kennis van de LVB doelgroep kan worden gedeeld met bijvoorbeeld huizen van de wijk. In West is door een groep geïnterviewd welk aanbod er in West is op gebied van o.a. ondersteuning financiën. Het beleid van het stadsdeel is om financiële salons te ontwikkelen voor alle doelgroepen. In samenspraak met ABC in West is in huis van de wijk de Havelaar een financiële salon ontwikkeld speciaal gericht op de doelgroep LVB. In Nieuw West wordt geëxperimenteerd met het ontwikkelen van inloopsprekuren voor LVB cliënten in huizen van de wijk. Daar merkt men ook dat wederzijdse kennisuitwisseling over doelgroep enerzijds en activiteiten in het huis van de wijk anderzijds oplevert dat je gezamenlijk momenten uitzoekt waarop een inloopsprekuren kan plaatsvinden. Door fysiek aanwezig te zijn in een huis van de wijk leren partijen elkaar kennen en kunnen ook andere (LVB) buurtbewoners van kennis en ervaring van ambulant begeleiders gebruik maken. Voor beide initiatieven geldt dat ze in de praktijk in samenwerking tussen partijen verder ontwikkeld moeten worden.

3. Empowerment cliënten.

Uit het cliëntenonderzoek komt naar voren dat de cliënten nog geen eigenaarschap voelen mbt bijvoorbeeld hun eigen ondersteuningsplan. Zij hebben alle vertrouwen in de ambulante begeleider en vinden het prima als hij het ondersteuningsplan invult. In het onderzoek onder ambulante begeleiders wordt het onderwerp "versterkt eigen kracht en zelfregie" niet vaak genoemd. De cliënten merken nog niet veel van de veranderingen (aantal uren blijft gelijk, geen keukentafelgesprek), maar maken zich wel zorgen over of hun vaste ambulante begeleider blijft. De ambulante begeleider is voor veel cliënten de schakel met de buitenwereld. Zij zorgen voor het overzicht en de samenhang op alle ZRM gebieden.

Het empoweren van cliënten om ze te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van eigen kracht en in hun netwerk is een aandachtspunt. In het begin van de pilot is er gesproken om methodieken tbv netwerkversterking te onderzoeken, maar dat is niet verder opgepakt. Het versterken van professionals in de manier waarop zij met cliënten in gesprek gaan vraagt aandacht. Wat een idee zou kunnen zijn ter ondersteuning voor zowel cliënt als ambulante begeleider is als een aantal ondersteuningsplangesprekken samen met MEE AZ (cliëntondersteuners) wordt gevoerd. Zoals cliëntondersteuners van MEE AZ aangeven hebben zij de kanteling een paar jaar geleden al gemaakt en herkennen zij bij de ambulante begeleiders dezelfde houding als zij drie jaar geleden hadden. Zij hebben aangegeven hierbij te willen ondersteunen om ambulante begeleiders in een meer coachende/regisserende rol te krijgen. Niet de vraag; wat kan IK voor u doen moet centraal staan maar de vraag; wie kan je helpen je vragen op te lossen. Empowerment en "beloning" van cliënten kan ook versterkt worden door ze bij elkaar te brengen rondom belangenbehartiging. Tijdens de bespreking van het cliëntenonderzoek is ook geopperd om per stadsdeel een LVB cliëntenpanel in te stellen die mee kan denken met de plannen in dat stadsdeel. Deze suggestie is opgepakt door de trekkers van de stadsdeelteams.

4. Afname van uren

Het aantal uren professionele begeleiding is afgenomen met 22% in de pilotgroep. De compensatiematrix bleek een concreet handvat om als ambulante begeleider samen met andere partijen bewust te kijken naar wat je anders kunt doen. De vraag die nog niet beantwoord is, is hoe cliënten de afname van de uren individuele begeleiding ervaren. Is hun leven "rijker" geworden in die zin dat zij meer deel zijn gaan uitmaken van de samenleving, dat zij minder belemmeringen ervaren om naar een huis van de buurt te gaan, aan een vriendenkring deel te nemen, met een sportmaatje te sporten? Om een goed beeld hiervan te krijgen is het aan te bevelen om het cliëntenonderzoek nogmaals uit te voeren bij cliënten bij wie het aantal uren ambulante ondersteuning is afgenomen. Gemeente Amsterdam heeft hier inmiddels opdracht voor gegeven aan de VU.

5. Vertrouwde begeleider met verstand van zaken op wie cliënt kan terugvallen

Zowel cliënten als ambulante begeleiders geven aan dat het van belang is dat er een vertrouwde begeleider is waarop de cliënt kan terugvallen en met wie cliënt contact op kan nemen als het nodig is. Beide groepen geven aan dat de doelgroep kwetsbaar is en soms te goed van vertrouwen. De ambulante begeleider fungeert als steunpilaar voor cliënt in de voor hen vaak ingewikkelde samenleving. Het contact kan variëren van vinger aan de pols contact tot maatwerk begeleiding. Het is de expertise van de ambulante begeleider en de manier waarop hij zijn nieuwe rol invult om aan te geven wat de best passende ondersteuning is/zou moeten zijn. Het vraagt nadere uitwerking hoe de professional in deze afhankelijke context in het nieuwe

werken richting eigen kracht en netwerk ondersteund moet worden. Een brede vernieuwende blik op competenties is gewenst.

6. AKAD is manier om "specialistisch binnen wijkzorg" te werken

Na de start van wijkzorg is de vraag naar voren gekomen vanuit partijen of het wenselijk is om een apart LVB team per stadsdeel te hebben naast wijkzorg. Dit levert dan weer een specialistisch aanbod op, terwijl de inzet van wijkzorg is, dat er in principe ontschot gewerkt wordt. Dit punt is een aantal keer besproken met kwartiermakers wijkzorg, maar ook met welzijn en met informele zorg als Regenbooggroep. Eigenlijk erkennen alle partijen dat het belangrijk is dat men de LVB doelgroep leert kennen. Dat kan enerzijds via de ambulante begeleiders, maar ook bijvoorbeeld via workshops die door Sigra, MEE AZ en het expertisenetwerk LVB zijn ontwikkeld. Het is belangrijk dat welzijn en informele zorg goed aansluiten bij de LVB doelgroep zodat zij zich welkom en gezien voelen.

Met wijkzorg is afgesproken dat er vanuit het stadsdeelteam een afgevaardigde deelneemt aan de wijktafels in het stadsdeel, dat zorgt voor verbinding en ook voor inbreng van casuïstiek vanuit de LVB doelgroep.

Het AKAD team zorgt voor versnelling en samenwerking door het efficiënt in kaart brengen en geschikt maken van het aanbod voor de doelgroep, het stimuleren van het leren van elkaar als ook gezamenlijk leren, door bijvoorbeeld spreekuren in huizen van de wijk te bemensen.

Cliënten geven zelf aan dat zij graag "iemand met verstand van LVB" willen, ook bij vrijwilligers en in huizen van de wijk. Daarnaast geven zij ook aan dat zij niet altijd willen mengen, maar ook met elkaar activiteiten willen ondernemen. Het ontwikkelen naar een ontschot aanbod vraagt dus om zorgvuldigheid. Het is niet de bedoeling dat wijkzorg wordt ervaren als *verplicht mengen* en dat er een verbod is om als doelgroep bij elkaar te zijn.

7. Ondersteunen professionals

In de interviews wordt duidelijk dat op een aantal competenties hoog wordt gescoord terwijl anderen nog onderbelicht blijven. En dat er naast successen ook veel risico's worden gezien. Empowerment van cliënten en ondersteuning bij netwerkontwikkeling lopen het risico onderbelicht te blijven. Er zijn veel verschillende methodieken beschikbaar zoals bijvoorbeeld futureplanning, Sociale Netwerk Strategie, de kunst van het gespreksvoeren. Het is goed om samen met de ambulante begeleiders te onderzoeken wat zij nodig hebben aan scholing, intervisie bij het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn om zich verder te kunnen ontwikkelen in hun nieuwe rol. Wat hebben zij nodig om de kanteling -nog beter- te kunnen maken? Waardering en facilitering van de professionals is ook een aanbeveling vanuit het focus onderzoek. De kanteling valt of staat immers voor een groot deel door de manier waarop de begeleiders cliënten ondersteunen en begeleiden naar andere ondersteuning. Zij moeten dus verder ondersteund worden om steviger in hun nieuwe rol te komen zitten. Onderzocht kan worden of er nog middelen beschikbaar zijn vanuit de zgn Asschergelden die kunnen worden ingezet om hierop een scholing, intervisie te ontwikkelen voor de stadsdeelteams. Sigra heeft bevestigd dat hier nog mogelijkheden zijn.

7. Tot slot

AKAD heeft versnelling aangebracht in het kantelen. In ieder geval in het anders kijken en anders doen. Zoals een begeleider het verwoordde; er gaat een wereld voor je open als je inzoomt op wijkniveau. Samen met de partijen uit de dragende samenleving is kennis gedeeld en nieuwe kennis ontwikkeld. Naast meer

contacten met nieuwe partijen, waardoor nieuwe mogelijkheden voor cliënten zijn ontstaan, is ook het aantal uren begeleiding individueel per cliënt per maand gemiddeld met 22% gedaald. De compensatiematrix is daarbij een geschikt handvat gebleken om (met alle partijen samen) bewust te kijken naar wat je anders kunt doen. Zowel cliënten als begeleiders geven aan dat het voor de LVB doelgroep van belang is dat er een vertrouwde begeleider is (blijft) met “verstand van zaken” waarop cliënten kunnen terugvallen.

De conclusies en aanbevelingen zijn herkenbaar en sluiten aan bij de werkagenda GZ die door de stuurgroep gehandicaptenzorg is opgesteld.

De pilot heeft zich in redelijk “rustig vaarwater” kunnen ontwikkelen. Vanaf 1 januari 2015 is wijkzorg ingegaan, hebben veel organisaties hun teams anders (stadsdeelgericht) georganiseerd, wat tot gevolg had dat de AKAD pilotteams van samenstelling zijn veranderd, en er zijn ook nog vier AKAD teams bijgekomen die de anders kijken anders doen beweging aan het maken zijn. De inzet van een kwartiermaker is een belangrijke randvoorwaarde geweest in de ontwikkeling van de werkwijze binnen de teams. De vraag die de afgelopen tijd naar boven is gekomen is hoe de AKAD teams in de toekomst te organiseren. Hiervoor is een “borgingsvoorstel” geschreven. Het is aan de zorgorganisaties om te besluiten of en hoe ze hun samenwerking voortzetten. De uitkomsten van de evaluaties van de pilot geven hier heldere aanknopingspunten voor!

Bijlagen

Te downloaden via:

<https://drive.google.com/folderview?id=0BxxHQPMVzTwXfnpJNHgyUHdoYjFhcmIJTDIObEVtcmVZMUoxSE5NRy1vc05GU2RzTDdWSU0&usp=sharing>

Bijlage 1: Goede zorg in de wijk; B. Groot, M.Vink, S. Duijs, T. Abma, Centrum voor cliëntervaringen

Bijlage 2: Ervaringen professionals GGZ en VB; L. Kohler, gemeente Amsterdam

Bijlage 3: Samenvatting een andere kijk op de zaak; E. de Jong