

# OVER DE SCHUTTING

Eindrapport

**Cliëntgestuurd Netwerk**

2009-2011

*Cliëntgestuurd Netwerk is een samenwerkingsproject van Emergis, Allévo, SMWO, Klaverblad Zeeland, en woningcorporaties en gemeenten in de Oosterschelderegio*



# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	4
1.1. Doelstellingen	4
1.2. Projectorganisatie	5
<b>2. Cliënten van het Cliënt Gestuurd Netwerk (CGN)</b>	6
2.1. Uitgangspunten voor de hulpverlening	6
2.2. Hulpverleningstrajecten	7
2.3. Registratiegegevens	7
2.4. Tevredenheid van cliënten	11
2.5. Samenvatting	12
<b>3. Een intake</b>	13
3.1. Inleiding	13
3.2. Het intakeformulier	13
3.3. De implementatie	13
3.3.1 Een afgebakende doelgroep	13
3.3.2 Afspraken tussen instellingen	14
3.4. Gemeentelijk beleid	14
3.5. Samenvatting	14
<b>4. Methodisch handelen en competenties van de CGN-medewerker</b>	15
4.1. Aanleiding	15
4.2. 9 fasen van hulpverlening	15
4.3. Methoden en technieken	16
4.4. Competenties	17
4.5. Samenvatting	18
<b>5. Sociale netwerkkaart</b>	19
5.1. Inleiding	19
5.2. Een overzicht van netwerken in de Oosterschelderegio	19
5.3. Samenvatting	20
<b>6. Inzet van vrijwilligers</b>	21
6.1. Inleiding	21
6.2. Actieve vrijwilligers in Goes	21
6.3. Inzet van vrijwilligers door het CGN	22
6.4. Een maatschappelijk steunsysteem	22
6.5. Samenvatting	22

<b>7. Projectfinanciering</b>	23
7.1. Inleiding	23
7.2. Resultaatsubsidie CGN	23
7.3. Samenvatting	24
<b>8. Conclusie en aanbevelingen</b>	25
8.1. Terugblik op de doelstellingen	25
8.2. Conclusies en aanbevelingen per doelstelling	25
8.2.1 Intake	25
8.2.2 Methodiek	26
8.2.3 Sociale Netwerkaart	26
8.2.4 Inzet van vrijwilligers	27
8.3. Convenant	27
<b>Bijlagen:</b>	
1. Intakeformulier	
A. Aanmelding	28
B. Intake	29
C. Voorbeeld checklist	31
D. Voorbeeld verklaring geen bezwaar	34
2. Overzicht organisaties	35
3. Sociale netwerkaart	36
4. Deelnemers Project CGN	37

# 1. Inleiding

In mei 2009 is het project Cliënt Gestuurd Netwerk (CGN) van start gegaan voor een periode van twee jaar. Het project is geïnitieerd door Allévo en SMWO, en gedurende de projectperiode aangestuurd door SMWO in nauwe samenwerking met Emergis, Allévo, Klaverblad, woningcorporaties en gemeenten in de Oosterschelderegio. De Provincie Zeeland en de woningcorporaties in de Oosterschelderegio hebben gezamenlijk twee derde van de projectkosten gefinancierd. Het resterende deel is door de uitvoerende samenwerkingspartners bekostigd.

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is het wettelijk kader waarbinnen het project is uitgevoerd. Uitgangspunt van de Wmo is dat iedere burger kan deelnemen aan de maatschappij. Er bestaat echter een groep mensen voor wie het niet eenvoudig is om aan de samenleving deel te nemen; ze dreigen “buiten de boot te vallen” omdat ze problemen hebben op verschillende levensgebieden. De hulp aan deze doelgroep is sterk gefragmenteerd, ondermeer gevoed door verschillende financieringsstromen en indicatiecriteria. Samenwerking tussen organisaties verloopt daardoor vaak niet optimaal. Toch geldt ook voor deze specifieke groep cliënten de vraag hoe zij het beste geholpen kunnen worden, opdat ook zij weer optimaal aan de maatschappij kunnen deelnemen. Deze vraag ligt aan de basis van het project CGN.

Om op deze vraag een antwoord te krijgen is een multidisciplinair team geformeerd. Dit team is, al werkende met cliënten uit de doelgroep, op zoek gegaan naar passende manieren om integrale hulp te verlenen aan bovengenoemde doelgroep. In deze rapportage wordt verslag gedaan van de opgedane ervaringen en bevindingen, uiteraard in relatie tot de doelstellingen van het project.

## 1.1 Doelstellingen

De hulpverleners uit het projectteam stellen integrale hulpverleningstrajecten op voor mensen met meervoudige problematiek. Het betreft mensen die zelf de weg binnen de zorg- of dienstverlening niet kennen, mensen die de regie over hun eigen leven kwijt zijn, of mensen die zorgmijddend zijn. Een integraal trajectplan betekent dat in het hulpverleningsplan rekening wordt gehouden met de problemen zoals die zich voordoen op de verschillende levensgebieden, zoals wonen, zorg, werk en welzijn. Naast het verlenen van hulp is het de bedoeling om opgedane kennis en ervaringen over te dragen aan andere belanghebbende partijen. Daartoe zijn de volgende vier doelstellingen geformuleerd:

1. Het ontwikkelen van een eenduidig organisatie overstijgend intake-model;
2. Het ontwikkelen van een werkmethode, afgestemd op de doelgroep;
3. Het samenstellen van een (overdraagbare) sociale kaart van alle netwerken in de Oosterschelderegio;
4. Het formuleren van een visie op het werven en inzetten van vrijwilligers bij de doelgroep.

## 1.2 Projectorganisatie

De projectorganisatie bestaat uit een projectteam en een stuurgroep.

### *Het projectteam*

Integraal werken is alleen mogelijk als er door verschillende disciplines goed met elkaar wordt samengewerkt. Vanuit dat gegeven is er een multidisciplinair team geformeerd.

Het projectteam van het CGN is als volgt samengesteld:

1,5 fte maatschappelijk werker

1,0 fte ambulante verpleegkundige/begeleider

0,5 fte thuisbegeleider

0,5 fte coördinator vrijwilligerswerk

0,5 fte administratieve ondersteuning

0,3 fte projectleiding

### *De wijkbeheerders*

De wijkbeheerders van de woningcorporaties maken geen deel uit van het projectteam. Er is echter wel frequent overleg tussen het projectteam en de wijkbeheerders. Veel van de voorkomende problematiek wordt namelijk in de wijk gesignaleerd. Zij zijn daarmee ook een belangrijke partner in het project.

### *De stuurgroep*

De samenstelling van de stuurgroep is in de loop van de projectperiode gewijzigd. Bij aanvang van het project waren alle gemeenten in de Oosterschelderegio vertegenwoordigd in de stuurgroep door de secretaris van het Samenwerkingsverband Welzijnzorg Oosterschelderegio. Op een later moment is besloten om het werkgebied van het CGN te beperken tot de gemeente Goes.

De volgende organisaties zijn in de stuurgroep vertegenwoordigd:

Allévo,

Emergis,

Gemeente Goes,

Klaverblad Zeeland,

RWS (namens de woningcorporaties in de Oosterschelderegio).

SMWO,

## 2. De cliënten van het Cliënt Gestuurd Netwerk

### 2.1 Uitgangspunten van de hulpverlening

De doelgroep waar het CGN projectteam zich op richt blijkt in de praktijk niet gemakkelijk te helpen. Het gaat om mensen

- Met meervoudige problemen;
- Die de weg binnen de zorg- en hulpverlening niet kennen;
- Met dermate "afstotend" gedrag dat ze niet worden opgenomen in de maatschappij;
- Die tijdelijk de regie over het eigen leven kwijt zijn;
- Met zorgmijndend gedrag.

Het project CGN heeft zich als doel gesteld om zich te onderscheiden van het reguliere hulp- en zorgaanbod door het ontwikkelen van een "aanvullend" aanbod voor bovengenoemde doelgroep. In dit kader was het belangrijk om te weten welke obstakels werkers tegenkomen in het verlenen van hulp aan deze groep cliënten en welke knelpunten zich voordoen gedurende het hulpverleningsproces. Deze vraag is door het CGN projectteam nader onderzocht. Aan medewerkers van diverse instanties is gevraagd de knelpunten te benoemen die ze ondervinden in de hulpverlening aan deze specifieke groep cliënten en mogelijke oplossingen hiervoor aan te dragen.

Als reactie op de genoemde knelpunten heeft het CGN projectteam de volgende uitgangspunten gehanteerd in de uitvoering van de hulpverlening:

- CGN heeft voldoende tijd om cliënten intensief te begeleiden;
- CGN heeft geen wachtlijst;
- CGN kan outreachend handelen, zonder awbz of CIZ indicatie;
- CGN is toegankelijk voor alle inwoners van de gemeente Goes die aan de criteria voldoen;
- CGN ontwikkelt een overstijgend intakeformulier zodat de cliënt niet bij iedere organisatie opnieuw zijn verhaal hoeft te doen;
- CGN is een multidisciplinair team, hierdoor zijn de lijnen kort tussen SMWO, Emergis, Allévo en RWS;
- CGN is bekend met de privacy regelingen die van toepassing zijn om samen te kunnen werken voor deze doelgroep en kan deze kennis overdragen;
- CGN werkt systeemgericht, alle gezinsleden worden bij het hulpverleningsproces betrokken;
- CGN investeert veel tijd en energie in samenwerken, het in beeld brengen van de hulpverleners die al betrokken zijn bij het systeem, het verbinden van zorg- en hulpverleners met elkaar en vervolgens het coördineren en volgen van het proces;
- CGN hanteert een outreachende werkwijze om cliënten te bereiken en een traject te starten dat aansluit bij de behoefte van de cliënt.

## **2.2 De hulpverleningstrajecten**

In totaal hebben 52 cliënten een hulpverleningstraject gekregen via het CGN projectteam. Bij problemen op 3 of meer levensterreinen wordt gesproken van multi-problematiek. In alle gevallen was sprake van multi-problematiek.

Niet alle 52 cliënten hebben via het CGN dezelfde soort hulp ontvangen. Bij iets meer dan de helft van de cliënten hebben de medewerkers projectteam zowel de hulpverlening als het casemanagement uitgevoerd. Bij de overige cliënten is de hulpverlening uitgevoerd door andere organisaties in samenwerking met het CGN; de rol van het CGN was daarin adviserend en coördinerend van aard.

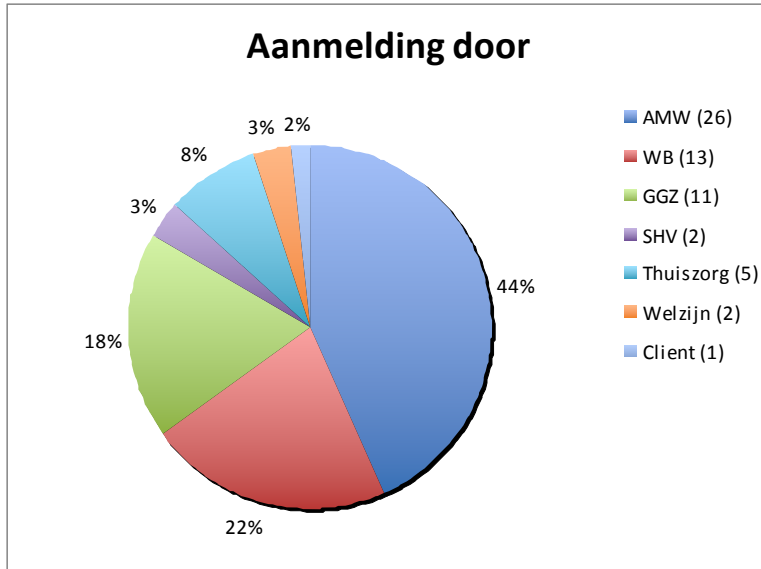
In 14 cliëntsituaties is besloten om de casus nog niet te sluiten na overdracht aan de reguliere hulpverlening. Het CGN projectteam is deze situaties nog geruime tijd blijven volgen omdat het risico op afhaken als hoog werd ingeschat. In 7 gevallen is de overdracht naar de reguliere hulpverlening niet effectief gebleken en heeft het CGN projectteam als vangnet gefungeerd en de casus weer opgepakt.

In de hernieuwde contacten blijkt dat;

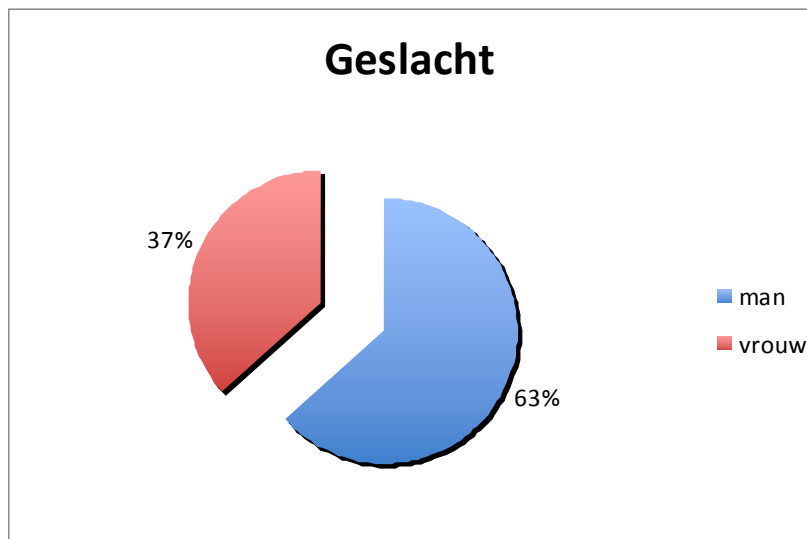
- cliënt opnieuw wordt blootgesteld aan de 'organisatie eigen' (intake)procedures en de hulpvraag(en) zelf opnieuw dient te formuleren,
- opnieuw een groot beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt wordt gedaan om contact op te nemen voor de voortzetting van de betreffende hulp,
- de mogelijkheden om outreachend te werken en de cliënt bijvoorbeeld thuis te bezoeken beperkt zijn of niet worden ingezet,
- adviezen die bij de overdracht worden meegegeven in de bejeging van deze cliëntgroep niet altijd even serieus genomen danwel opgevolgd worden.

## **2.3 Registratiegegevens**

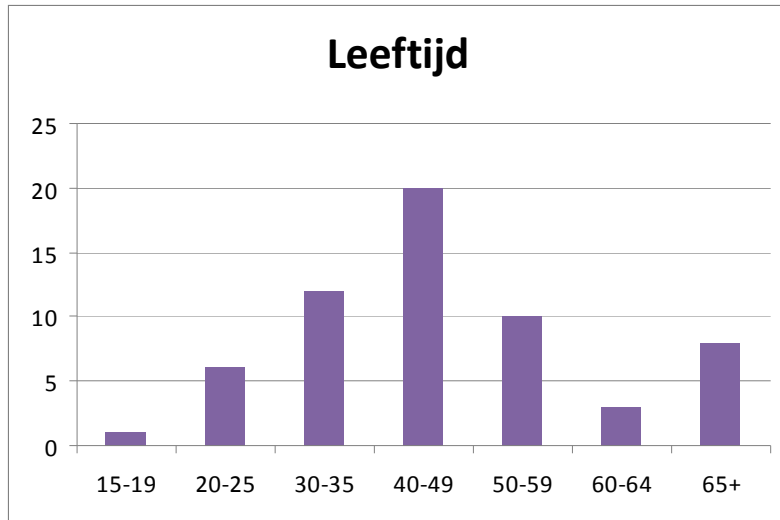
Uit de registratiegegevens blijkt dat de multi-problematiek niet samenhangt met leeftijd of gezinssamenstelling. De cliënten die bij het CGN zijn aangemeld behoren tot uiteenlopende leeftijdscategorieën. Het betreft zowel twee oudergezinnen, nieuw samengestelde gezinnen en één persoonshuishoudens. Naar verhouding worden alleenstaande mannen het vaakst aangemeld, opvallend is dat een groot deel van deze alleenstaande mannen inwonend is bij moeder.



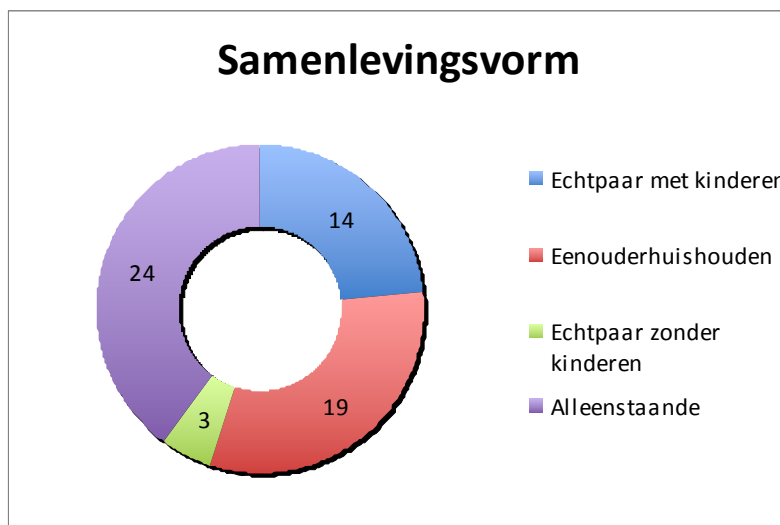
De meeste cliënten zijn, zoals u ziet, aangemeld door het Algemeen Maatschappelijk Werk (26), de Woningbouwvereniging (13 via de wijkbeheerders) en de GGZ (11). Zij worden gevolgd door de Thuiszorg (5), Welzijnwerkers SMWO (2) en het meldpunt schuldhulpverlening van de gemeente Goes (2). De cliënt die hier genoemd wordt is een cliënt die zichzelf, na een niet effectieve verwijzing, opnieuw bij het CGN heeft gemeld. Nb: bij deze aanmeldingen zitten nog 8 (onterechte) aanmeldingen die geen traject hebben gekregen.



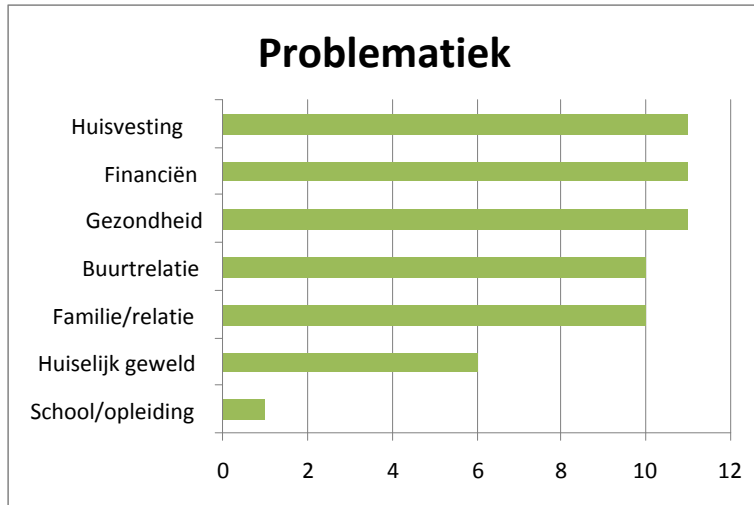
Hierboven ziet u de verhouding tussen het aantal mannen (63%) en het aantal vrouwen (37%) dat is aangemeld bij het CGN gedurende de projectperiode.



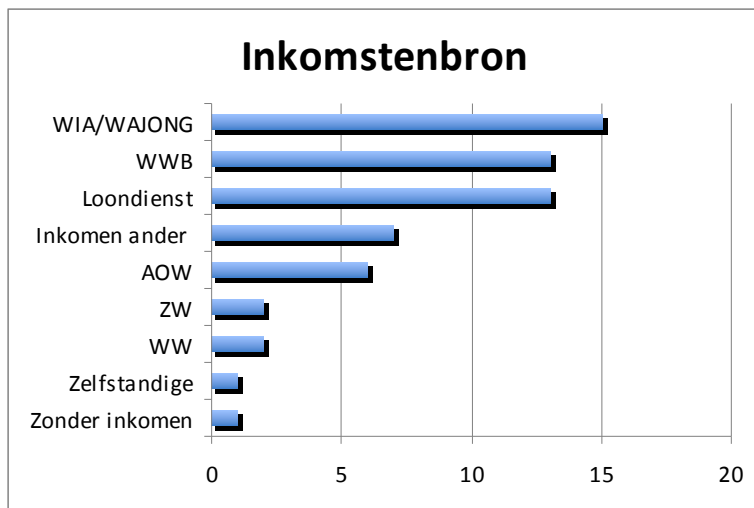
De leeftijd van de cliënten is zeer gevarieerd. De meeste cliënten bevinden zich in de categorie 40-49 (20 personen), 30-35 (12 personen) 50-59 (10 personen). Gevolgd door de dertigers (12 personen), 65+ (8 personen), zestigers (3 personen), twintigers (6 personen), en de adolescenten (1 persoon).



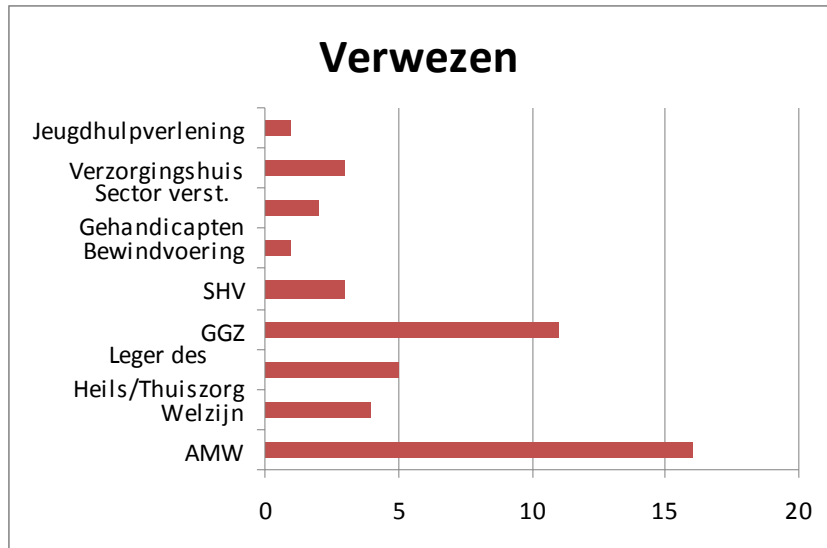
In het bovenstaand figuur ziet u dat het aantal alleenstaanden (voornamelijk mannen) het meest vertegenwoordigd is (24). Gevolgd door eenoudergezinnen (19), echtparen met kinderen (14), en echtparen zonder kinderen (3)



De cliënten hebben allen te maken met een veelheid aan problematiek. In bovenstaand figuur kunt u zien op welke gebieden de problemen zich met name tegelijkertijd manifesteren.



De meeste cliënten leven van een WIA/Wajong uitkering (15), een WBB uitkering (13), of van inkomen uit loondienst (13). Gevolgd door cliënten die leven van het inkomen van een ander (7), een AOW- (6), of ZW- (2), of WW (2) uitkering ontvangen. 1 cliënt leefde zonder inkomen en 1 cliënt was zelfstandige.



75% van de cliënten is tijdens de projectfase verwezen naar de reguliere hulpverlening. AMW (16 personen), GGZ (11 personen), Leger des Heils (5 personen). Daarnaast zijn mensen verwezen naar de afdeling welzijn van SMWO (4 personen), een verzorgingshuis (3 personen), het meldpunt schuldhulpverlening (3 personen), of naar een bewindvoerder (1 persoon) en de jeugdhulpverlening (1 persoon). De andere 25% is, na samenwerking met en bemoeienis van medewerkers CGN, bij de reguliere hulpverlening gebleven. Tot slot dient te worden opgemerkt dat 1 cliënt gedurende de projectfase helaas is overleden.

#### 2.4 De tevredenheid van de cliënten

In het tweede jaar van het project is besloten tot het uitvoeren van een klanttevredenheidsonderzoek. Dit onderzoek is uitgevoerd door een stagiaire van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, werkzaam op een andere afdeling bij SMWO en niet verbonden aan het project Cliënt Gestuurd Netwerk.

Aan 19 cliënten is gevraagd mee te werken aan het onderzoek. 9 Personen daarvan hebben de vragenlijst, in een persoonlijk gesprek met de betreffende stagiaire, ingevuld. In het onderzoek zijn onder andere vragen gesteld over de contactlegging, begeleiding en de resultaten van de hulp.

Opmerkelijk is dat 3 respondenten aangeven dat het contact met CGN op eigen initiatief is ontstaan; alle aanmeldingen bij het CGN zijn immers door een derde partij gedaan. Verder tonen de respondenten zich zeer tevreden over de ontvangen hulp; deze wordt beoordeeld met het rapportcijfer 8,5.

Ook wat betreft het resultaat van de hulp worden er hoge scores toegekend. Aan de respondenten is gevraagd om per leefgebied aan te geven welk cijfer zij hun leven op dit leefgebied waard vonden vóórdat ze hulp via CGN kregen en welk cijfer nadat ze hulp hadden gekregen.

In onderstaande tabel is per leefgebied het gemiddelde cijfer aangegeven dat respondenten er aan hebben toegekend.

<b>Leefgebied</b>	<b>Gemiddelde cijfer voor ontvangen van hulp</b>	<b>Gemiddelde cijfer na ontvangen van hulp</b>
Kwaliteit van leven	5,1	7,1
Huisvesting (3xn.v.t. ingevuld)	3,3	7
Financiële situatie (1xn.v.t. ingevuld)	6	8,2*
Sociaal functioneren	7,2	8,4
Psychisch functioneren	6	8
Lichamelijk functioneren	5,2	6,4
Praktisch functioneren	5,8	7
Dagbesteding/werk	5,5	7

\* Opgemerkt moet worden dat alle respondenten aangeven dat hun situatie is verbeterd, met uitzondering van 1 persoon. Eén persoon geeft aan dat de financiële situatie juist verslechterd is door de hulp.

## **2.5 Samenvatting**

CGN heeft in haar projectperiode 52 cliënten geholpen die op één of andere manier buiten de boot dreigden te vallen. Bij allen is sprake van meervoudige problematiek, teleurstelling en/of vastlopen van een eerder hulpverleningstraject, en een bepaalde mate van zorgmijndend gedrag.

De multidisciplinaire aanpak en het delen van vakkennis (ook buiten de projectorganisaties) is van cruciaal belang geweest om de juiste zorg te kunnen aanbieden. De multiproblematiek blijkt niet samen te hangen met leeftijd of gezinssamenstelling. De cliënten die zijn aangemeld behoren tot uiteenlopende leeftijdscategorieën. Naar verhouding blijken alleenstaande mannen, al dan niet inwonend bij moeder, het vaakst aangemeld en de voornaamste doelgroep van CGN.

In 7 gevallen is de overdracht naar de reguliere hulpverlening niet effectief gebleken en heeft het CGN (opnieuw) als vangnet gefungeerd.

Uit het klanttevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten zeer tevreden zijn over de ontvangen hulp en het gemiddelde cijfer per leefgebied voor en na de hulp van CGN is verbeterd.

## **3. Eén Intake**

### **3.1 Aanleiding**

Iedere hulpverlenende instantie hanteert richtlijnen voor de intake van een potentiële cliënt; deze richtlijnen zijn gebaseerd op wet- en regelgeving. In een intake wordt de vraag of zorgbehoefte van de cliënt geïnventariseerd. Dit gebeurt op systematische wijze, volgens een vragenformulier. De wijze waarop een intake wordt uitgevoerd hangt samen met de werkprocessen en systemen van de organisatie en heeft daarnaast ook een directe relatie met het eigen zorg- of hulpverleningsaanbod.

De doelgroep waar het CGN zich op richt kenmerkt zich door meervoudige problematiek. Voor de cliënt zou het wenselijk zijn als in één intake alle voorkomende problemen op de verschillende levensgebieden aan bod komen. Het levert de cliënt een nog groter voordeel op als er op basis van deze ene intake hulp verkregen kan worden bij verschillende instanties. Met andere woorden: Eén overstijgende intake levert alleen voordeel op als betrokken instanties bereid zijn hun eigen intake-model hieraan ondergeschikt te maken.

### **3.2 Het intakeformulier**

Er is door het CGN een intakeformulier ontwikkeld; een zogenaamde "organisatie overstijgende intake" die door meerdere organisaties te gebruiken is. De bedoeling hiervan is dat in één uitgebreid gesprek de zorgbehoefte van de cliënt in beeld wordt gebracht. Dit intakeformulier heeft betrekking op 8 verschillende leefgebieden en is ontwikkeld in samenwerking met andere zorgaanbieders.

In eerste instantie is contact gezocht met met een keur aan mensen op sleutelposities in (netwerk)organisaties<sup>1</sup> en zijn de intakeformulieren van verschillende organisaties met elkaar vergeleken. Op basis daarvan is een nieuw, uitgebreid concept opgesteld. Dit concept is uitgetoetst, becommentarieerd en vervolgens bijgesteld. Op deze manier is een bruikbaar instrument ontwikkeld om de zorgbehoefte van de doelgroep op één centrale plaats in beeld te brengen (bijlage 2).

### **3.3. De implementatie**

Gedurende de uitvoering van het project blijkt het instrument door verschillende zorgaanbieders wel als bruikbaar beschouwd te worden, maar nog geen enkele organisatie is bereid gebleken om deze intake te gaan gebruiken ter vervanging van het "eigen" formulier. Voor de implementatie is meer nodig dan alleen het ontwikkelen van een intakeformulier.

---

<sup>1</sup> Een overzicht van betrokken organisaties vindt u in bijlage 1

### **3.3.1 Een afgebakende doelgroep**

Er moet sprake zijn van een duidelijk afgebakende doelgroep. De “organisatie overstijgende intake” is een instrument om de zorgbehoefte van een bepaalde cliëntengroep in beeld te brengen.

Iedere organisatie heeft duidelijkheid nodig over de vraag wanneer de “overstijgende intake” wordt gebruikt en in welke situaties kan worden volstaan met de “eigen intake” van de organisatie.

### **3.3.2 Afspraken tussen instellingen**

Daarnaast zijn bindende afspraken nodig tussen de deelnemende organisaties. Er zijn niet alleen afspraken nodig over het gebruik van de “overstijgende intake”, maar ook over de hulpverleningsprocessen die met de intake samenhangen, zoals de aanmelding en de zorgtoewijzing met daarbij de verschillende indicatiestellingen.

### **3.4 Het gemeentelijke beleid**

In 2006 zijn de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) gestart met het inrichten van een centraal meldpunt voor de doelgroep dak- en thuislozen. In deze centrale meldpunten wordt op basis van één intake bekeken welke zorg een cliënt nodig heeft en hoe deze zorg het beste kan worden gerealiseerd. In het Zeeuws Kompas hebben de gemeenten vastgelegd dat ze een dergelijke centrale toegangsfunctie ook in Zeeland willen implementeren. Het CZW bureau heeft hiertoe inmiddels een werkgroep ingesteld. Deze werkgroep heeft geadviseerd om de centrale toegangsfunctie in eerste instantie te richten op de groep dak- en thuislozen en zwerfjongeren. Het is de bedoeling dat de centrale toegangsfunctie op een later moment ook gebruikt gaat worden voor een bredere (OGGz) doelgroep.

### **3.5 Samenvatting**

Het CGN heeft in samenwerking met verschillende organisaties gezocht naar mogelijkheden tot het ontwikkelen van een éénduidig en overdraagbaar intake-model. De bereidheid hierover mee te denken en de meerwaarde voor de cliënt wordt gezien en gedragen. Echter geen enkele organisatie is op dit moment bereid de eigen instrumenten en systemen te veranderen, de basis hiervoor is te vinden in de afbakening van professies en samenhangende hulpverleningsprocessen zoals de aanmelding, indicatie en zorgtoewijzingen. Om draagvlak te creëren zullen nadere afspraken gemaakt moeten worden over wanneer en voor welke doelgroep deze overstijgende intake zou kunnen worden ingezet. In het kader van de ontwikkelingen in het gemeentelijk beleid om te komen tot een centrale toegangsfunctie voor dak- en thuislozen en zwerfjongeren, is een verbinding met het Zeeuws Kompas een mogelijk startpunt.

## **4. Methodisch handelen van de CGN medewerker**

### **4.1. Aanleiding**

Eén van de doelstellingen van het CGN is het ontwikkelen van een werkmethode, toegespitst op de doelgroep van het CGN. Terugkijkend naar de 52 verschillende cliëntsituaties en de hulpverleningstrajecten die voor deze mensen zijn uitgezet en uitgevoerd, blijken er veel overeenkomsten te bestaan tussen de handelingswijze van de CGN projectmedewerkers. Deze overeenkomsten hebben betrekking op de fasering van het hulpverleningsproces en op de methoden en technieken die door de werkers worden gebruikt.

### **4.2 Negen fasen van hulpverlening**

Op basis van de ervaringen in het project blijkt elk hulpverleningstraject te bestaan uit de volgende negen fasen:

1. Signalering
2. Aanmelding
3. Informatie verzamelen bij netwerkpartners
4. Contact leggen met de cliënt
5. Vertrouwensrelatie opbouwen
6. Hulpverleningstraject uitzetten
7. Uitvoeren en/of coördineren van het traject
8. Warme overdracht aan reguliere zorg
9. Nazorg/monitoring.

De fasen 1 tot en met 5 blijken essentieel voor het welslagen van de hulpverlening. Vanaf het eerste moment dat een cliënt wordt aangemeld door derden dient men zich bewust te zijn van de kwetsbaarheid van de situatie. Een gedegen vooronderzoek naar (bestaande) zorgen en informatie over de cliënt en zijn of haar situatie is van groot belang om een goede start te kunnen maken. Hierbij is een belangrijke taak weggelegd voor bijvoorbeeld welzijnsmedewerkers en wijkbeheerders van een woningbouwvereniging. Zij zijn immers de "ogen en oren" in een wijk en zijn vaak als eerste op de hoogte van bepaalde omstandigheden. Tevens worden deze functionarissen als makkelijk toegankelijk en laagdrempelig ervaren. Wanneer een gedegen onderzoek heeft plaatsgevonden zal er contact worden gelegd met de client zelf en/of het systeem. Deze stap vraagt van de werker zich bewust te zijn van de manier waarop dit vorm gegeven kan worden. Op welke manier ga je het contact aan. Bel je de cliënt op of ga je direct op huisbezoek? Wat ga je zeggen als je de cliënt spreekt? Wat doe je als je niet direct wordt binnen gelaten? Kortom; hoe leg je het contact en hoe zorg je ervoor dat de cliënt je zal toelaten in zijn of haar leefwereld?

Uit ervaring blijkt, zoals eerder gezegd, dat dit proces zeer cruciaal is voor het slagen van eventuele verdere hulpverlening. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie dient daarbij niet te worden onderschat. Hierbij moet u denken aan de interacties tussen cliënt en hulpverlener, maar eveneens aan het zoeken naar een ingang om iets te mogen doen met de zorgen en problemen die worden gesignaleerd, maar mogelijk nog niet door de cliënt zelf als zodanig worden ervaren. Daarbij dient men zich ook terdege bewust te zijn van de weerstand die een cliënt kan hebben ten aanzien van de gehele hulpverlening. Mogelijk heeft een cliënt eerdere teleurstellingen opgelopen, of heeft nog nooit met enige bemoeienis van een hulpverlenende instantie te maken gehad (of is zelfs zorgmijddend geweest).

De fasen 5 tot en met 9 hebben, zoals u zult begrijpen, te maken met de manier waarop de hulp wordt ingezet en hoe aan de vraag van de cliënt zo goed mogelijk tegemoet gekomen wordt.

In deze fasen is het uiterst belangrijk het contact met de cliënt vast te houden, aan te sluiten bij de vraag van de cliënt (hoewel je mogelijk als hulpverlener allerlei andere problemen signaleert) en de juiste deskundigheid in te zetten. Dit betekent niet dat een cliënt overspoeld moet worden met een aantal verschillende hulpverleners, maar dat deze juist met elkaar een plan maken de benodigde deskundigheid zo goed mogelijk in te zetten. Ook als dit betekent dat degene die het contact en vertrouwen van de cliënt heeft vooralsnog de enige is die binnen mag komen. Tevens dient men zich bewust af te vragen of de inzet van vrijwilligers een meerwaarde kan betekenen. Tot slot zal iemand "de kar moeten trekken", de verantwoordelijkheid op zich dienen te nemen anderen te betrekken en het contact te onderhouden. Dit geldt voor zowel het persoonlijk netwerk als het professionele netwerk van het cliëntensysteem.

#### **4.3 Methoden en technieken**

Er wordt door de CGN medewerkers gebruik gemaakt van verschillende, bestaande hulpverleningsmethoden. De keuze van werkers voor bepaalde methoden hangt uiteraard samen met de cliëntsituatie, maar wordt mede bepaald door de opleiding, specifieke deskundigheid en ervaring van de werker.

De volgende vier methoden en technieken van hulpverlening zijn door alle werkers in elke cliëntsituatie toegepast.

##### ***Outreachinge hulp***

Omdat het niet de cliënten zelf zijn die om hulp vragen, wordt de hulp op outreachende wijze geboden. Outreachinge hulp wordt toegepast om mensen te bereiken die in eerste instantie geen zorg lijken te willen accepteren, maar daar wel voor in aanmerking komen. De zorg om de cliënt kan zowel door het eigen netwerk als door het professionele netwerk worden gemeld.

Het doel van de outreachende hulp is om cliënten te motiveren tot het accepteren van hulp. Outreachende hulpverlening wordt met name toegepast in de fase van het contact maken en behouden. Daarnaast kenmerkt het zich door het creatief en “out of de box” denken en handelen.

### ***Presentie***

De presentiebenadering wordt door hulpverleners met name gebruikt om een vertrouwensrelatie met een cliënt op te bouwen. Presentie is meer dan zomaar een hulpverleningstechniek; het toepassen van presentie heeft alles te maken met de attitude van de hulpverlener. Presentie betekent dat de hulpverlener er “is” voor de cliënt, aandacht heeft voor het verhaal van de cliënt en luistert zonder te oordelen.

### ***Concrete, praktische dienstverlening***

Praktische hulp wordt om verschillende redenen geboden. Veel cliënten hebben teleurstellende ervaringen met eerdere hulpverlening. De hulpverlener kan het bieden van praktische hulp, bijvoorbeeld het ordenen van de administratie, gebruiken om het vertrouwen van de cliënt te winnen.

Praktische hulp wordt ook geboden om de draaglast van de cliënt te verminderen. Het helpen opruimen van de tuin kan er bijvoorbeeld toe leiden dat klachten uit de buurt afnemen en met het oplossen van financiële problemen kan de dreiging van een huisuitzetting worden weggenomen.

### ***Casemanagement***

Omdat alle cliënten van het CGN problemen hebben op meerdere levensterreinen is het belangrijk dat taken en verantwoordelijkheden van betrokken hulpverleners en van het sociaal netwerk van de cliënt zelf, op elkaar worden afgestemd. Voor deze noodzakelijke afstemming wordt gebruik gemaakt van casemanagement. De CGN medewerker kijkt samen met de cliënt naar de behoefte aan hulp of zorg, legt contact met andere zorgaanbieders en coördineert de hulp. Indien nodig worden alle professionals bijeen geroepen voor overleg. Casemanagement wordt toegepast vanaf fase 5 bij het opzetten en uitvoeren van het hulpverleningstraject.

## **4.4 Competenties**

Naast de genoemde overeenkomsten, bestaan er ook veel verschillen tussen de hulpverleningstrajecten. Alle cliënten hebben met elkaar gemeen dat ze problemen hebben op meerdere levensterreinen, maar qua aard, omvang en samenstelling van de problematiek is iedere situatie uniek te noemen. Zoals eerder benoemd bij de verschillende methoden wordt, uitgaande van de presentiebenadering, alles gekoppeld aan de attitude van de hulpverlener.

Daarom is het belangrijk gebleken dat de CGN medewerker, naast kennis en vaardigheden op het gebied van methodisch handelen, ook beschikt over:

- Creativiteit
- Flexibiliteit
- Geduld
- Verbindende kwaliteiten
- Affiniteit met de doelgroep
- Passie voor het vak.

In de methodiek is het essentieel dat er niet gewerkt wordt vanuit het aanbod, maar dat er juist gewerkt wordt vanuit het intrinsieke vermogen, c.q. motivatie van de cliënt. Daarbij is het zeer belangrijk dat de werker zich bewust is van de eigen attitude en de bejegening van de cliënt. Je bent als hulpverlener immers je eigen gereedschap, bewust van de eigen kwaliteiten, mogelijkheden en beperkingen en durft deze ook te onderkennen. Dat vormt de basis voor het zoeken naar geschikte samenwerkingspartners en inzet van de juiste professie en deskundigheid. Je kunt het niet alleen, je hebt elkaar nodig. Dat betekent dat je als werker jezelf, over de grenzen van je eigen organisatie en mogelijkheden heen zou moeten kunnen zetten en collega's, ook werkend bij een andere zorgaanbieder, niet te zien als concurrent, maar juist van essentieel belang om een multidisciplinair en integraal hulp aanbod te kunnen doen. Op deze manier wordt het mogelijk een aanbod op maat te realiseren.

#### **4.5 Samenvatting**

Op basis van de ervaringen binnen het project CGN blijkt dat voor deze doelgroep geen specifieke nieuwe methodiek bedacht hoeft te worden maar bestaande methodieken, die hun meerwaarde hebben bewezen, bewust ingezet moeten worden. Belangrijke uitgangspunten daarbij zijn samen te vatten als "er zijn", outreachend, pro-actief en verbindend werken. Het is eveneens van essentieel belang de situatie en de problematiek van de cliënt als uitgangspunt te nemen en het contact in fasen te laten verlopen. Het leggen van contact en het opbouwen van een vertrouwensrelatie is hierbij de basis voor het verdere verloop en slagen van de hulpverlening.

Niet vakkennis, methoden en technieken van de betreffende werker zijn doorslaggevend voor het welslagen van de hulpverlening, maar de bewust ingezette attitude van de werker. Deze dient bovenal bereid te zijn om samen te werken buiten de grenzen van de eigen mogelijkheden en buiten de mogelijkheden en grenzen van de eigen organisatie.

## **5. Sociale kaart van netwerken in de Oosterschelderegio**

### **5.1. Inleiding**

De afgelopen tien jaar zijn er binnen gemeenten overlegorganen ontstaan van organisaties die zich richten op hulp- en dienstverlening aan kwetsbare personen en risicogroepen. Het overleg is gericht op het tijdig signaleren en aanpakken van multi probleemsituaties. Deze netwerken ontstaan meestal op initiatief van uitvoerende werkers; de noodzaak wordt gevoeld om dit soort multi probleemsituaties gezamenlijk en integraal op te pakken.

Na invoering van de Wmo in 2007 is het aantal zorgnetwerken snel uitgebreid. Veel van deze netwerken zijn met een praktische inslag ontwikkeld. Er is daardoor een grote verscheidenheid aan netwerken ontstaan. Een sterke lokale eigenheid en samenwerking is nodig om de problematiek effectief te kunnen aanpakken. Een nadeel van de grote verscheidenheid aan netwerken is dat ze onderling moeilijk te vergelijken zijn en er zodoende weinig kennis wordt verzameld over effectieve werkwijzen.

In 2009 heeft Movisie onderzoek gedaan naar lokale OGGz netwerkpraktijken. Drie praktijken zijn met elkaar vergeleken op werkwijze, werkzame ingrediënten en knelpunten. Uit de vergelijking blijkt dat er tussen de drie praktijken duidelijk meer overeenkomsten dan verschillen bestaan, terwijl de drie praktijken los van elkaar ontwikkeld zijn en een verschillende ontstaansgeschiedenis kennen. In de publicatie "Prachtige Praktijken van Lokale OGGz-Netwerken" (Movisie, 2009) staan deze overeenkomsten genoemd, evenals de werkzame bestanddelen en aanbevelingen voor verdere verbeteringen van de samenwerking in de netwerken.

### **5.2. Een overzicht van netwerken in de Oosterschelderegio**

Bij de start van CGN is door gemeenten de wens geuit het samenstellen van een (overdraagbare) sociale netwerkkaart tot doelstelling te formuleren. Op basis hiervan heeft het CGN voor de gemeenten in de Oosterschelderegio het aantal samenwerkingsverbanden en lokale netwerken inzichtelijk gemaakt. Het is een zeer uitgebreid overzicht van formele en informele samenwerkingsverbanden op het terrein van jeugd, onderwijs, zorg, welzijn, veiligheid en sociale zaken geworden. De samenstelling van dit document heeft veel aandacht en tijd gevraagd. De medewerkers hebben veel collega's van andere zorgaanbieders gesproken om dit overzicht te kunnen maken. Daarbij werd duidelijk dat de behoefte aan dit inzicht onder de professionals groot is en gevraagd wordt naar het uitbrengen van dit overzicht (zie bijlage 3).

Uit gesprekken met collega professionals is gebleken dat inzicht verkrijgen in sociale netwerken een behoefte is die duidelijk leeft. Men is geneigd soms alleen het bekende, eigen netwerk te gebruiken en daardoor wordt de kans om kennis en ervaring te delen verkleind.

Dit kan ook betekenen dat er weer opnieuw een netwerk wordt samengesteld, waarbij de mogelijkheid van dubbelingen ontstaat. Netwerken ontstaan immers veelal op initiatief van uitvoerend werkers; de noodzaak wordt gevoeld om dit soort multi-probleemsituaties gezamenlijk en integraal op te pakken. Er dient opgemerkt te worden dat een sociale netwerkkaart onderhevig is aan veranderingen, het samenstellen alleen is niet voldoende gebleken.

Het overzicht is echter primair opgesteld voor de gemeenten in de Oosterschelderegio. Er is eigenlijk geen duidelijkheid geweest over de precieze doelstelling en doelgroep van gebruikers. Daardoor is er geen extra aandacht besteed aan bijvoorbeeld het “up te date” houden van de gegevens bij mutaties.

In combinatie met de beschikbare kennis over samenwerking in netwerken kan het overzicht de gemeenten helpen bij het uitvoeren van hun regisserende taken.

### **5.3. Samenvatting.**

Het samenstellen van een (overdraagbare) sociale kaart van alle netwerken in de Oosterschelderegio is een tijdsinvesterende activiteit geweest van het projectteam. Een sociale netwerkkaart is dynamisch en daardoor onderhevig aan veranderingen. Het samenstellen alleen is niet voldoende gebleken. De sociale netwerkkaart moet ook onderhouden worden.

## **6. De inzet van vrijwilligers**

### **6.1 Inleiding**

Eén van de doelstellingen van het CGN betreft het ontwikkelen van een visie op het werven en inzetten van vrijwilligers bij de doelgroep. In het kader van de Wmo worden burgers gestimuleerd om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven deelnemen aan de samenleving. Het is belangrijk dat mensen elkaar weer gaan vinden in de buurt en samenwerken aan een prettige woonomgeving; een positief gevolg daarvan kan zijn dat burgers meer oog voor elkaar krijgen en er een grotere bereidheid ontstaat om elkaar te helpen. Vanuit die gedachte is het belangrijk te weten of de inzet van vrijwilligers een meerwaarde heeft voor de doelgroep waar het CGN zich op richt.

### **6.2 Actieve vrijwilligers in Goes**

Er zijn in Goes verschillende hulpverlenende organisaties die vrijwilligers inzetten, bijvoorbeeld Homestart, MEE Zeeland, SMWO, Emergis en Leger des Heils. Bij het Steunpunt Vrijwilligerswerk en Mantelzorg, onderdeel van SMWO, is een grote verscheidenheid aan vrijwilligers actief. Ook binnen de Ruilwinkel en andere welzijnsactiviteiten van SMWO wordt veel gewerkt met vrijwilligers.

SMWO constateert dat er een groeiende behoefte is aan vrijwillige hulp, zeer waarschijnlijk het gevolg van de bezuinigingen in de awbz. Het aanbod blijft echter achter bij de vraag. Een grote groep van de bevolking heeft weinig tijd om vrijwilligerswerk te doen; de voorkeur gaat daarom uit naar 'het doen van korte klussen' in plaats van zich te verbinden aan een project of voorziening voor een langere periode.

### **6.3 Inzet van vrijwilligers door het CGN**

Alle cliënten van het CGN hebben meervoudige en complexe problemen; een groot aantal daarvan heeft teleurstellende ervaringen met eerdere hulpverlening. Veel tijd en specifieke deskundigheid zijn nodig om het vertrouwen te winnen en de cliënt te motiveren tot het accepteren van hulp. Pas na deze eerste, intensieve fase uit het hulpverleningsproces kan ingeschat worden of de inzet van een vrijwilliger een toegevoegde waarde heeft. Vervolgens is het van belang dat de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn voordat een vrijwilliger aan de slag kan gaan; de situatie moet veilig zijn en de cliënt moet gemotiveerd zijn om de hulp van de vrijwilliger te ontvangen. Het werken met cliënten van het CGN vraagt veel competenties van vrijwilligers. Gebleken is dat een vrijwilliger tenminste moet beschikken over:

- Affiniteit met psychisch kwetsbare mensen;
- Geduld en goede luistervaardigheden;
- Het vermogen tot het stellen van grenzen;
- Het vermogen om vasthoudend en trouw te zijn in het contact met cliënten;
- Voldoende tijd om zich voor een langere periode in te zetten.

Gedurende de projectperiode hebben de projectmedewerkers CGN wel gebruik gemaakt van vrijwilligers, onder andere via de Klussendienst van Emergis, de Vriendendienst van SMWO, het Steunpunt Vrijwilligerswerk en Mantelzorg van SMWO en Homestart. De vrijwilligers hebben met name praktische hulp geboden zoals bijvoorbeeld het opruimen van de tuin, de zolder, hulp bij verhuizing, het opknappen van het huis en vervoer voor bezoek aan een dokter.

#### **6.4 Een maatschappelijk steunsysteem**

Uitgangspunt van het huidige sociaal beleid is dat iedereen burger, ook mensen met een beperking, moeten kunnen meedoen in de samenleving. De doelgroep van het CGN is een psychisch kwetsbare groep mensen voor wie het niet vanzelfsprekend is om volwaardig mee te doen in de maatschappij. Nadat een hulpverleningstraject is afgerond en de ergste problemen zijn opgelost of onder controle, ligt de weg naar maatschappelijk herstel in principe weer open.

Er ontstaan andere wensen en behoeften, met name op het gebied van sociale contacten, dagbesteding, werk en zingeving. Vrijwilligers kunnen een belangrijke rol spelen om deze groep kwetsbare burgers te helpen met weer maatschappelijk actief worden en om terugval te voorkomen. Het persoonlijke netwerk van psychisch kwetsbare mensen is vaak klein of zelfs geheel afwezig. Een maatschappelijk steunsysteem kan helpen om weer een persoonlijk netwerk op te bouwen of te versterken.

#### **6.5 Samenvatting**

SMWO constateert een groeiende behoefte aan inzet van vrijwillige hulp, zeer waarschijnlijk het gevolg van de bezuinigingen in de awbz. Het aanbod blijft echter achter bij de vraag. Alle cliënten van het CGN hebben meervoudige en complexe problemen; een groot aantal daarvan heeft teleurstellende ervaringen met eerdere hulpverlening. Veel tijd en specifieke deskundigheid zijn nodig om het vertrouwen te winnen en de cliënt te motiveren tot het accepteren van hulp. Pas na deze eerste, intensieve fase uit het hulpverleningsproces kan ingeschat worden of en hoe de inzet van een vrijwilliger een toegevoegde waarde heeft. Het werken met cliënten van het CGN vraagt naast organisatorische randvoorwaarden veel competenties van vrijwilligers.

## 7. Projectfinanciering

### 7.1 Inleiding

SMWO en de andere samenwerkingspartners hebben gemeend met het project "Cliënt Gestuurd Netwerk" een bijdrage te kunnen leveren aan de realisering van het provinciaal beleid in het kader van de Sociale Zorg. Hiertoe is een subsidieaanvraag ingediend. Deze aanvraag is, na toetsing van de provinciale doelstellingen in het kader van het programma "Ideeënnetwerk" van de beleidsprogrammering Sociale Zorg, positief beantwoord en gestimuleerd. Er is tevens een aanvraag om innovatiebudget ingediend bij de woningcorporaties in de Oosterschelderegio. De corporaties hebben positief besloten. De uitvoerend projectpartners hebben uit eigen middelen geïnvesteerd.

### 7.2 Resultaatsubsidie CGN

De aanvraag voor het project CGN heeft geresulteerd in de toekenning van een resultaatsubsidie van 279.358 euro door de provincie Zeeland en 93.119 euro door de woningcorporaties in de Oosterschelderegio. De uitvoerende organisaties hebben 186.238 euro geïnvesteerd.

De provinciale subsidie is vertaald in een aantal prestatieafspraken, die onderschreven zijn door de corporaties;

- Het realiseren van samenwerkingsketen met coördinatiepunt;
- Een overdraagbare netwerkmethodiek ontwikkelen;
- Afstemming met bestaande loketten.

Als prestatiebewijzen voor bovengenoemde prestatieafspraken gelden:

- Een door de betrokken partijen in de keten ondertekende samenwerkingsovereenkomst.
- Een inventarisatie van de netwerken in de Oosterschelderegio die aan het project raken.
- Het ontwikkelde nieuwe intakeformulier, tot stand gekomen door afstemming met o.m. de CJG's in de Oosterschelderegio (waaronder het INA-project Schouwen-Duiveland)
- Provinciale presentatie op het provinciehuis.

In de uitvoering van het project zijn deze prestatie afspraken en bewijzen leidend geweest in het realiseren van de geformuleerde doelstelling. In de eerdere hoofdstukken is uitéén gezet wat de resultaten van het project zijn geweest. De toegekende subsidie is toereikend geweest om verschillende activiteiten te organiseren en hulp te bieden aan cliënten binnen de bestaande projectfase. Echter een aantal doelstellingen, zullen op basis van deze ervaringen een vervolg dienen te krijgen. Hiertoe zijn verschillende aanbevelingen geformuleerd. In hoofdstuk 8 leest u hier meer over.

De presentatie zal niet, zoals eerder afgesproken, plaats vinden op het provinciehuis, maar op een andere locatie worden gehouden. Hiervoor is in overleg met alle betrokken partijen gekozen voor de Theaterzaal van Emergis in Kloetinge.

Er wordt een samenwerkingsovereenkomst getekend door de projectpartners. In deze overeenkomst spreken betrokken partijen uit zich blijvend in te zetten voor deze kwetsbare doelgroep en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen om de genoemde knelpunten op te lossen de gedane aanbevelingen verder te concretiseren.

Er wordt gezorgd voor een financiële verantwoording over de projectperiode, inclusief accountantsverklaring.

### **7.3. Samenvatting**

SMWO en de andere ketenpartners hebben gemeend met het project "Cliënt Gestuurd Netwerk" een bijdrage te kunnen leveren aan de realisering van het provinciaal beleid in het kader van de Sociale Zorg. Zij heeft hiertoe bij de Provincie Zeeland een subsidieaanvraag ingediend en gekregen. Tevens is een inovatiesubsidie bij de woningcorporaties in de Oosterschelderegio ingediend en gekregen. Daarnaast hebben de uitvoerend partners geïnvesteerd uit eigen middelen.

De toegekende subsidie is toereikend geweest om verschillende activiteiten te organiseren en hulp te bieden aan cliënten binnen de bestaande projectfase.

## **8. Conclusies en Aanbevelingen**

### **8.1 Terugblik op de doelstellingen**

In mei 2009 is het project Cliënt Gestuurd Netwerk van start gegaan. Geïnitieerd door Allévo en SMWO en aangestuurd door SMWO is, in nauwe samenwerking met Emergis, Allévo, Klaverblad Zeeland, woningcorporaties en gemeenten in de Oosterschelderegio, twee jaar ervaring opgedaan met de vraag; hoe je een specifieke groep cliënten die buiten de boot valt kunt helpen om (weer) optimaal deel te nemen aan de samenleving. Een multidisciplinair team is enerzijds op zoek gegaan naar passende manieren om integrale hulp te verlenen en anderzijds op zoek gegaan naar mogelijkheden deze opgedane kennis en ervaring te delen en over te dragen naar andere belanghebbende partijen. Daartoe zijn vier doelstellingen geformuleerd:

1. Het ontwikkelen van een eenduidig organisatie overstijgend intake-model;
2. Het ontwikkelen van een werkmethode, afgestemd op de doelgroep;
3. Het samenstellen van een (overdraagbare) sociale kaart van alle netwerken in de Oosterschelderegio;
4. Het formuleren van een visie op het werven en inzetten van vrijwilligers bij de doelgroep.

In voorgaande hoofdstukken heeft u kennis kunnen nemen van de resultaten. In onderstaande paragraaf zal per doelstelling de conclusie en aanbevelingen worden geformuleerd.

### **8.2 Conclusies en aanbevelingen**

#### **8.2.1 Intake**

De doelgroep is gebaat bij één overstijgende intake. Zorgaanbieders onderschrijven dit. Er is tijdens het CGN project een bruikbaar instrument ontwikkeld. Echter meer inzet en tijd is nodig om het instrument binnen de afzonderlijke organisaties te implementeren.

*Aanbeveling* is om hier een vervolg aan te geven door het opstellen van een implementatieplan en dit in de vorm van een 'implementatieproject' in de praktijk te brengen.

Omdat in het kader van het gemeentelijk beleid binnen het Zeeuws Kompas ook ontwikkelingen op dit gebied gaande zijn, zal hiermee afstemming en samenwerking worden gezocht.

### **8.2.2 Methodiek**

Eén van de doelstellingen van het CGN project is het ontwikkelen van een werkmethode, toegespitst op de doelgroep van het CGN. De doelgroep waar het CGN zich op richt blijkt in de praktijk niet makkelijk te helpen. Het gaat om mensen

- Met meervoudige problemen;
- Die de weg binnen de zorg- en hulpverlening niet kennen;
- Met dermate “afstotend” gedrag dat ze niet worden opgenomen in de maatschappij;
- Die tijdelijk de regie over het eigen leven kwijt zijn;
- Met zorgmijdend gedrag.

Een multidisciplinair team is twee jaar lang in staat gesteld om te experimenteren in het bieden van integrale hulp aan bovengenoemde groep cliënten.

Gebleken is dat het vermogen van de professional om contact te leggen met de cliënt het meest essentiële element is van de methode. Dit betekent dat werkers in staat moeten zijn outreachende hulpverleningstechnieken toe te passen en uitgangspunten van de presentiebenadering in te praktijk te brengen. Daarnaast is gebleken dat professionals, ook van andere zorgaanbieders, over voldoende vakinhoudelijke kennis beschikken. Het gevaar is aanwezig dat werkers, na afloop van het project CGN, onvoldoende tijd en ruimte zullen vinden om deze doelgroep goed te kunnen (blijven) helpen.

#### *Aanbeveling.*

Om de bereikte resultaten te kunnen borgen en nog verder te optimaliseren wordt aanbevolen een ‘proeftuin’ in te richten binnen de regio, waarin een aantal cliënten geholpen gaan worden met inzet van reguliere middelen van de samenwerkingspartners. Deze proeftuin dient zo ingericht te worden dat bestaande schotten tussen de drie financieringsstromen (Wmo, Zorgverzekeringswet en Awbz) worden weggenomen. Door het opheffen van deze scheidslijnen tussen de verschillende domeinen is het mogelijk een situatie te creëren waarin concreet, op basis van één budget (zogenoemde Block-finance), trajectplannen worden opgezet en uitgevoerd. Het beoogde resultaat hiervan is dat werkers niet belemmerd worden door bureaucratische structuren en dat er met dezelfde middelen meer cliënten geholpen kunnen worden.

### **8.2.3 Sociale Netwerkaart**

De sociale netwerkaart is samengesteld op verzoek van de gemeenten in de Oosterschelderegio.

Tijdens de projectfase is door het CGN een overzicht gemaakt dat door gemeenten, maar ook door professionals kan worden geraadpleegd. Het overzicht laat een veelheid aan samenwerkingsverbanden zien op de terreinen van jeugd, onderwijs, zorg, welzijn, veiligheid en sociale zaken.

### *Aanbeveling*

Het is van belang dat gemeenten een visie ontwikkelen op de netwerkaanpak voor verschillende cliëntgroepen, hier regie op voeren en de netwerkaanpak faciliteren. Daarbij dient te worden opgemerkt dat onderlinge consultatie de verantwoordelijkheid is van de professionals zelf.

Het samenstellen van een sociale netwerkkaart is een moment opname is. Het veld is dynamisch, de sociale netwerkkaart is aan constante veranderingen onderhevig. Om de sociale netwerkkaart op de langere termijn te kunnen blijven gebruiken zijn extra middelen nodig voor up-to-date houden en het ontsluiten van de informatie. Voorgesteld wordt dit te laten doen door een organisatie die hierin gespecialiseerd is. Een goede technische inrichting en beheer van een dergelijke kaart biedt waarschijnlijk meer mogelijkheden het model in de toekomst overdraagbaar te maken c.q te behouden.

#### **8.2.4 Inzet van vrijwilligers**

Een vrijwilliger kan geen taken van de professional overnemen. Er zijn echter zeker mogelijkheden om vrijwilligers aanvullend op de professional in te zetten. Uit de ervaringen binnen het CGN blijken deze mogelijkheden zich met name voor te doen aan het einde van het hulpverleningstraject. Vrijwilligers kunnen voornamelijk een belangrijke rol spelen in het voorkomen van (mogelijke) terugval in problematiek en het stabiliseren van de situatie van cliënten.

### *Aanbeveling*

Aanbevolen wordt om vrijwilligers organisaties te (blijven) faciliteren en de rol van de vrijwilliger tot onderdeel te maken van het individuele hulpverleningstraject. Dit betekent dat vrijwilligers- en welzijnsorganisaties belangrijke netwerkwerkpartners zijn en als zodanig dienen te worden gezien en betrokken bij de ontwikkeling van een integraal hulpverleningsaanbod.

#### **8.3 Samenwerkingsconvenant**

Naast de geformuleerde doelstellingen van het project heeft de provincie in de prestatieafspraken rondom de financiering ook een nieuw samenwerkingsconvenant opgenomen. Tijdens de projectfase zijn ook in dit kader activiteiten ondernomen om tot zo'n nieuw convenant te komen.

In dit convenant zullen betrokken partijen zich commiteren en zich blijvend inzetten voor deze kwetsbare doelgroep. Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen en de genoemde knelpunten van een antwoord voorzien en aanbevelingen concreet om zetten in een verdere ontwikkeling binnen het kader van de integrale hulpverlening.

## Bijlage 1:

### A. Formulier Aanmelding

Datum aanmelding	:	
Medewerker	:	
Organisatie	:	
<b><u>NAW /GBA check:</u></b>		
Achternaam cliënt	:	
Voornamen	:	
Geboortedatum	:	
Geslacht	:	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Adres	:	
Postcode	:	
Woonplaats	:	
Tel.nr cliënt	:	
ID	:	
BSN	:	
Polisnummer	:	
Huisarts	:	
<b><u>Check eerdere hulpverlening</u></b>		
<input type="checkbox"/> Zo ja bij wie, welke organisatie en wanneer?		
<input type="checkbox"/> Neen		
<b>Toestemmingsverklaring/Verklaring geen bezwaar:</b> (Toestemming opvragen relevante informatie bij andere instellingen, laten ondertekenen)		

#### **Aanleiding tot aanmelding:**

(Wat is de reden dat cliënt juist hier hulp vraagt)

#### **Urgentie?**

Ja, redenen aangeven

Nee

#### **Vervolg op aanmelding:**

##### **Intake:**

Ja, Datum Intake:

Locatie Intake:

Medewerker intake:

Neen

#### **Doorverwijzing?**

Ja, naar (gegevens andere hulpverlening/instantie)

Neen

## B. Formulier Intake

**Naam Cliënt** :  
**Adresgegevens** :  
**PC / Woonplaats** :  
**BSN** :  
**Geboortedatum** :  
**Telefoon** :  
**Email** :  
  
**Datum Intake** :  
**Naam Intaker** :

### **Algemeen:**

(Hoe ziet het leven er van de cliënt nu uit? Wat houdt hem/haar bezig? Wat maakt dat cliënt nu komt. Van wie heeft de cliënt in de afgelopen periode steun ervaren? Welke personen zijn echt belangrijk voor hem? Op wie kan hij vertrouwen? Hoe is zijn/haar zelfredzaamheid? Hoe is de mate van eigenwaarde? Inkomen? Gehuwd/ongehuwd etc?)

### **Systeem/voorgeschiedenis:**

(Welke belangrijke aandachtsgebieden, knelpunten? Gezin/land van herkomst, sociale anamnese, opleiding, hoeveelste in gezin, biografie op hoofdlijnen. Hoe ziet sociaal netwerk eruit? Eventuele eerdere hulpverlening/zorgverlening en zo ja bij welke organisatie en welke contactpersonen?)

### **Krachten en Kwaliteiten:**

(Waar is cliënt zelf goed in? Wat heeft hem vroeger goed geholpen? )

### **Hulpvraag gericht op de volgende leefgebieden/domeinen:**

(Wat brengt cliënt hier? Hoe is dit een probleem voor cliënt? Waar wenst hij/zij hulp/begeleiding bij? Zijn er al veranderingen ten aanzien van het aanmeldverhaal? Op welk terrein wil cliënt de meeste verbetering zien? Wat wil cliënt minimaal bereiken?)

**Huisvesting / Woonomgeving / Woonvaardigheden:**

(Is er dreigende uithuiszetting? Waar heeft cliënt hulp bij nodig?)

**Inkomen / Financiën / Bestedingspatroon / Schulden:**

(Is er inkomen? Zijn er schulden? Heeft cliënt overzicht over zijn financiën? Waar wil cliënt bij geholpen worden? Wat kan hij zelf en wat moet overgenomen worden?)

**Lichamelijk e/o Psychiatrische Zorg / Medicatie:**

(Hoe is de gezondheid van cliënt? Zijn er aandachtspunten en zo ja, waar wil cliënt bij geholpen worden?)

**Dagbesteding/ Werk/ Hobby's:**

(Hoe brengt cliënt zijn dag door? Waar heeft cliënt het meeste last van en waar wil hij Bij geholpen worden?)

**Verslaving/ Alcohol / Drugs / Gokken / Andere:**

(Is er een probleem op dit gebied en zo ja hoe ervaart cliënt zelf dit? Waar heeft hij het meeste last van en waarbij wil hij geholpen worden?)

**Relatie met Justitie / Reclassering / Jeugdzorg:**  
(Zijn er hier zorgen? Waar heeft cliënt het meest last van en hoe wil hij geholpen worden?)

**Psychosociaal functioneren / Sociale vaardigheden / Sociaal netwerk / Mantelzorgers / vrijwilligers:**  
(Hoe ziet het netwerk er uit? Hoe vindt de cliënt dat hij functioneert? Waar heeft hij het meeste last van en waar wil hij bij geholpen worden? Wat heeft hem eerder al goed geholpen en waar kan hij meer van doen om het probleem te verlichten/op te lossen?)

**Zingeving / Motivatie:**  
(Hoe gemotiveerd is cliënt om aan zijn probleem zelf te willen werken? Waar wil hij naar toe werken en hoe ziet hij dit zelf voor ogen? En welke hulp heeft hij hierbij nodig?)

**Zorgen:**

(Waar heeft cliënt last van? Hoeveel last ervaart cliënt op de schaal van 10 tot 0? Hoe lost cliënt problemen doorgaans op? Is dit effectief gebleken? Waar hoopt cliënt op? Welk verschil zou dat maken? Wat werkt al in de goede richting? Wat zou de volgende stap kunnen zijn?)

**Verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening:**

(Wat wil/kan cliënt er zelf aan doen om de verandering te bewerkstelligen? Waar heeft cliënt begeleiding bij nodig en hoe ziet deze er voor de cliënt zelf uit? Waar moeten we rekening mee houden? Hoe wil cliënt benaderd worden? Wat heeft cliënt of systeem nodig? Welke vaardigheden, omstandigheden of personen dragen bij aan (eerdere) successen van de cliënt? Wat is er nu anders?)

**Werkdiagnose / Probleemdefinitie:**

(Waar heeft de cliënt het meeste last van? Wat zijn de belangrijkste kenmerken hiervan? Waar gaat aan gewerkt worden?)

**Resultaat Intakebespreking:**

(Na een zorgvuldige afweging van de hulpvragen, de mogelijkheden en de bepaalde doelstellingen komen tot passende hulpverlening. Dit kan bij verschillende organisaties plaats vinden.)

**Gemaakte Afspraken:**

(Terugkoppeling gemaakte afspraken en advies. Hoe en in welk tijdsbestek wordt hulpvraag van cliënt aangepakt? Wie worden er ingeschakeld om het doel van de hulpvraag te bereiken? Welke methoden, middelen worden ingezet?)

## C. Voorbeeld Checklist

*Voor meervoudige- en complexe problematiek  
die bij een intake gebruikt kan worden om gegevens meer inzichtelijk te krijgen.*

### Persoonsgegevens

Naam :  
 Adres :  
 Postcode :  
 Woonplaats :  
 Geslacht :  
 Geboortedatum :  
 BSN :  
 Telefoonnummer :  
 Email :  
 Huisarts :  
 Ziektekosten verzekering :

<b>Cliëntsysteem:</b>				
Gezinssamenstelling	Samenwonend/gehuwd/gescheiden/alleenstaande met kinderen/alleenstaand/ Lat-relatie			
Naam (ex)Partner Geboortedatum Adres Pc woonplaats telefoonnummer				
<b>(stief)Kinderen</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>Kind</b>	<b>kind</b>
Naam Geboortedatum				
Onderlingerelaties partners, familie en kinderen				
Hoe gaat de opvoeding				
<b>Scholen, kinderopvang, consultatiebureau etc</b>	<b>kind</b>	<b>kind</b>	<b>kind</b>	<b>kind</b>
Naamorganisatie Contactpersoon Telefoonnummer				
Verblijft cliënt of één van de gezinsleden tijdelijk elders				
<b>Is er hulpverlening op dit gebied geweest of aanwezig</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer			
<b>Indicatie ja/nee</b>				

<b>Lichamelijke gezondheid</b>	
Ziekte Beperkingen Klachten	
Gebruikt men medicatie	
<b>Is er hulpverlening op dit gebied aanwezig of geweest.</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer
<b>Indicatieja/nee</b>	

<b>Geestelijke gezondheid</b>	
Ziekte Beperkingen Klachten	
Verslavingen alcohol, drugs of gokken	
Trauma, rouw of verlies	
Gebruikt men medicatie	
<b>Is er hulpverlening op dit gebied aanwezig of geweest</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer
<b>Indicatieja/nee</b>	

<b>SociaalMaatschappelijk functioneren:</b>	
Werk/vrijwilligerswerk	
Hobby's/vrijtijdsbesteding	
Contacten met familie, vrienden, buren, mantelzorg, Vrijwilligers. Naam Organisatie Functie	
Kerk/levensovertuiging	Actiefja/nee
<b>Is er hulpverlening op dit gebied aanwezig of geweest</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer
<b>Indicatieja/nee</b>	

<b>Wonen</b>	
Soortwoning	Huur/koop. Naamverhuurder:
Woongenot	
woonomgeving	
<b>Is er hulpverlening op dit gebied aanwezig of geweest</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer
<b>Indicatie ja/nee</b>	

<b>Financiële situatie</b>	
Soort inkomen/uitkering	Vast/tijdelijk dienstverband of uitkering Uitkering tot In dienst tot
Inkomens – en uitgavenpatroon	
Zijnerschulden, kredieten, aflossingen en/of achterstanden	
<b>Is er hulpverlening op dit gebied geweest of aanwezig</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer
<b>Indicatie ja/nee</b>	

<b>Juridische zaken en Justitie</b>	
Is er een bijzondere juridische status	
Overtredingen. lopend rechtszaken	
<b>Is er hulpverlening op dit gebied aanwezig of geweest</b>	Naamcontactpersoon Organisatie Functie telefoonnummer
<b>Indicatie ja/nee</b>	

In het kader van de gewenste afstemming en overleg verklaar ik hierbij toestemming te geven om informatie in te winnen en uit te wisselen met derden:

*(Zo nodig hier namen vermelden met wie wel en wie niet).*

1. ....
2. ....
3. ....

Datum en plaats:

Handtekening:

---

**Voorbeeld D.****VERKLARING GEEN BEZWAAR**

Ondergetekende:

Naam	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Geboortedatum	
Adres	
PC / Woonplaats	

Verklaart hiermee toestemming te geven aan:

Medewerker	
------------	--

Akkoord te gaan met het uitwisselen van informatie met de huisarts en/of betrokken instanties, die van belang zijn voor de begeleiding/behandeling ten aanzien van uw situatie.

Eventuele bijzonderheden:

--

Plaats	
Datum	
Handtekening	

## **Bijlage 2.**

- Allevo, thuisbegeleiding	mevr.M. Leijnse
- Emergis	dhr. T. van Meel dhr. A. Verstijnen dhr. R. Gillisen
- Bemoeizorg	mevr. P. van den hoek mevr. E. de Blok mevr. M. de Smit
- SMWO, IP	mevr. S. Zuijnderduin.
- Leger des Heils	mevr. L. Peeters dhr. E. Geerse.
- Mee Zeeland	dhr. A. Vermue mevr. E. Haaij
- Gemeente Goes/ Achter de voordeur	mevr. B. Lievens mevr. M. Nieuwenhuizen dhr. J. Duinker
- CJG Goes	mevr. I. Baars mevr. A. Hoogesteger
- Agathos	mevr. A. van de Maas
- Reclassering, afdeling taakstraffen	dhr. M. Christiaanse mevr.L. Verhijen.
- Porthos	mevr. P. de Visser mevr. K. Bartels
- Gemeente Schouwen Duiveland/ CJG	dhr. Th. van Damme dhr. E. van Brummelen
- Gemeente Kapelle/ Reimerswaal/ CJG	mevr. A. Baron mevr. H. Hendrikse mevr. A. van Dijk
- Gemeente Terneuzen/CJG	mevr. J. de Regt
- SWVO	mevr. K.Jonker mevr. M. Plugge dhr. H. de Miranda
- RWS wijkbeheer	
- BJZ	mevr. J. Wennekes
- Veiligheidshuis	dhr. B. Vanassche
- SVRZ-Ter Valcke	dhr. R. Buijs
- Ouderenzorg Kapelle	mevr. B.v.d. Berge-v.d. Waart

### **Bijlage 3. Sociale netwerkkaart.**

Het overzicht dat is samengesteld tijdens de projectperiode is **vanaf juli 2011** terug te vinden en te raadplegen op de verschillende websites van de kernpartners.

Voor de volledigheid zetten wij ze nog even op een rij:

[www.smwo.nl](http://www.smwo.nl)

[www.emergis.nl](http://www.emergis.nl)

[www.allevo.nl](http://www.allevo.nl)

[www.klaverbladzeeland.nl](http://www.klaverbladzeeland.nl)

[www.rwsgoes.nl](http://www.rwsgoes.nl)

[www.gemeentegoes.nl](http://www.gemeentegoes.nl)

## **Bijlage 4. Deelnemers Cliëntgestuurd Netwerk.**

### **Kernpartners & stuurgroep:**

Het Cliëntgestuurd Netwerk is een samenwerkingsproject van een zestal kernpartners die zitting hebben genomen in de stuurgroep. Deze stuurgroep bestaat uit:

Allévo:	Mevrouw P. van de Wisselingh.
Emergis:	De heer J. Elenbaas.
Klaverblad Zeeland:	De heer P. van de Berge en Mevrouw M. Baltus.
Gemeente Goes:	De heer P. Paardekooper.
Corporaties Oosterschelderegio:	Mevrouw D. van Ewijk (RWS).
SMWO:	Mevrouw R. De Bruyckere-Snoeck. Mevrouw A. Ton.

### **Multidisciplinair projectteam:**

Het projectteam heeft in haar tweejarig bestaan een aantal personele wisselingen gekend. Alle betrokken medewerkers zijn hieronder genoemd.

Psychiatrisch verpleegkundigen/ Ambulant begeleiders Emergis:	Mevrouw H. Tissink. Mevrouw E. Janse. De heer P. Baan.
Thuisbegeleider Allévo:	Mevrouw M. de Haan.
Wijkbeheerders RWS:	De heer H. de Miranda (Niet vertegenwoordigd in het team maar zeer nauw betrokken bij de samenwerking.)
Maatschappelijk werkers:	De heer F. Numeijer. De heer B. Bruijnes.
Coördinator vrijwilligerswerk:	Mevrouw. M. van Genderen-Maljaars.
Stagiaire MWD:	Mevrouw I. Oosthoek.
Stagiaire MWD, AMW voor het cliënttevredenheidsonderzoek:	Mevrouw I. Afassi.
Projectcoördinator:	Mevrouw. A.H. Ton.