

**Zorg voor beter – Langdurige GGZ**

**Inventarisatie 'Goede voorbeelden'**

# **Bemoeizorg**

**Drs. Simone M. van de Lindt**  
**November 2006**



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	3
1.1 Opdracht .....	3
1.2 Doelstelling .....	3
1.3 Opzet van de inventarisatie .....	3
2. Bemoeizorgpraktijken in Nederland .....	4
2.1 Overzicht van teams in Nederland die bemoeizorg bieden .....	4
2.2 Achtergrond van bemoeizorgpraktijken .....	4
2.3 Bemoeizorgteams in regionale OGGZ-keten .....	6
2.4 Kwaliteitsverbetering van bemoeizorgpraktijken .....	7
3. Resultaten van de quickscan .....	11
3.1 Meerwaarde .....	11
3.2 Verbeteracties op het terrein van bemoeizorg .....	12
3.3 Randvoorwaarden .....	13
4. Conclusies en aanbevelingen .....	14
Bijlage 1 Vragenlijst 'good practices' bemoeizorg	
Bijlage 2 Mail bij vragenlijst	
Bijlage 3 Criteria 'good practices' van Zonmw	

# 1. Inleiding

## 1.1 Opdracht

In 2005 krijgt ZonMw de opdracht van VWS om een landelijk actieplan op te zetten ter verbetering van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Hiermee voegt het ministerie een nieuwe loot toe aan de reeds bestaande kwaliteitsverbeteringsprogramma's. Voor wat betreft de GGZ kiest het Ministerie niet voor één nieuw verbeterprogramma, maar voor uitbreidingen van Zorg voor Beter voor de langdurige GGZ (care) en Sneller Beter (met het nieuwe programma LAK GGZ / verslavingszorg) voor de kortdurende GGZ (cure)<sup>1</sup>.

Het programma Zorg voor beter is opgezet om een extra kwaliteitsimpuls te geven aan de thuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ. Consultatie bij beroeps- en cliëntorganisaties, een aantal zorginstellingen, de brancheorganisatie GGZ Nederland en het Trimbos Instituut leverde een lijst op van vier onderwerpen die relevant zijn voor de Langdurige GGZ waaronder het onderhavige thema: bemoeizorg (Bron: [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)).

Het Trimbos-instituut is gevraagd een voorstudie (quickscan) te doen op het gebied van bemoeizorg om zo overzicht te verkrijgen van de (innovatieve) bemoeizorgpraktijken in Nederland. Vervolgens bekijkt ZonMw of deze voorbeeldpraktijken zich lenen voor het opzetten van nieuwe verbetertrajecten. Deze publicatie is een rapportage van deze inventarisatie naar bemoeizorgpraktijken, uitgevoerd door het Trimbos instituut.

## 1.2 Doelstelling

Het uiteindelijke doel van het programma Zorg voor beter op het terrein van de bemoeizorg is het versneld invoeren van concrete kwaliteitsverbeteringen in de GGZ/verslavingszorg en de samenwerkende instellingen die in OGGZ-verband bemoeizorg uitvoeren. De quickscan is bedoeld om enerzijds een overzicht te verkrijgen van bemoeizorgpraktijken in Nederland, anderzijds om informatie te krijgen over de 'good practices' van bemoeizorg en de aspecten van deze zorg die verbetering behoeven.

## 1.3 Opzet van de inventarisatie

De quickscan richt zich op alle bemoeizorgpraktijken in Nederland. Er is een vragenlijst met een begeleidende brief (zie bijlage 1 en 2) opgesteld die per e-mail zijn toegestuurd naar ruim 200 sleutelfiguren. De instellingen zijn:

- GGZ-instellingen (behandelafdelingen)
- Verslavingszorg
- RIBW's
- GGD-en
- Maatschappelijke opvang

---

<sup>1</sup> LAK cure richt zich onder meer op Depressie, Schizofrenie, Dubbeldiagnose; LAK Care richt zich op verbeteringen in de sector Verpleging en Verzorging. Naast Bemoeizorg zijn de thema's: Eenzaamheid, Langdurende zorg op gesloten afdelingen en Patiënten met , zowel psychische, als somatische problematiek.  
Samengebracht voor het project LAK-Borging door het Trimbos-instituut; [www.trimbos.nl/verbeterdezorg](http://www.trimbos.nl/verbeterdezorg)

## 2. Bemoeizorgpraktijken in Nederland

### 2.1 Overzicht van teams in Nederland die bemoeizorg bieden

In totaal hebben sleutelfiguren van 88 teams positief gereageerd op een enquête over hun bemoeizorgteam. Naar schatting telt Nederland meer dan 100 teams die bemoeizorg bieden. De respons op de vragenlijst is negatief beïnvloed door het tijdstip van de dataverzameling. Deze viel tegelijkertijd met de herfstvakantie in Nederland. Verder vermeldden teams dat er meerdere, soortgelijke teams in de instelling bemoeizorg bieden. GGZ-instellingen hebben soms 2 tot 6 ACT-teams, waarvan slechts 1 gezamenlijk inventarisatieformulier is binnengekomen.

De 88 teams die reageerden zijn onderverdeeld in één van de volgende typen:

**Tabel 1: Aantal bemoeizorgteams naar organisatietype**

<b>Organisatietypen</b>	<b>Aantal teams</b>
Zorgoverleggen/signaleringsoverleggen	5
Vangnet/adviesteams	29
ACT teams en (F) ACT teams	29
Bemoeizorgteam vanuit één instelling	16
Bemoeizorgteam vanuit meerdere instellingen	6
Jeugdbemoeizorgteam	1
Anders: een dagcentrum voor verslaafden, team 'stop huiselijk geweld'	2
<b>Totaal</b>	<b>88</b>

### 2.2 Achtergrond van bemoeizorgpraktijken

Om inzicht te krijgen in de bemoeizorgpraktijken in Nederland is het van belang om een korte schets te geven van de ontwikkeling van bemoeizorg.

Eind jaren-90 zijn GGZ-instellingen, GGD-en en andere instellingen gestart met bemoeizorgteams. Veelal betrof het projecten die met behulp van OGGZ-subsidies een bepaalde levensduur hadden. Inmiddels is in alle regio's (gekoppeld aan de regio-indeling van de 43 centrumgemeenten) een OGGZ-samenwerkingsverband actief om sociaal kwetsbare mensen te signaleren en via een meldpunt toe te leiden naar een bemoeizorger.

Er zijn dikwijls meerdere bemoeizorgteams werkzaam in één regio, dikwijls verschillende typen teams. De meerderheid van de teams bestaat meer dan 3 jaar; de teams van het eerste uur bestaan ongeveer 10 jaar. Hoewel de projectstatus van de meeste teams voorbij is, is er onzekerheid over de financiële middelen voor de toekomst bij circa 53 teams.

De bemoeizorgteams hebben zowel grote overeenkomsten, als grote verschillen. Er zijn grofweg vijf typen bemoeizorgteams te onderscheiden:

#### 1. Vangnet- en adviesteams

Een vangnet- en adviesteam is een team bestaande uit hulpverleners die werkzaam zijn bij verschillende zorgaanbieders (o.a. GGZ, verslavingszorg, maatschappelijk werk, RIBW en GGD) en 'uitgeleend' of gedetacheerd zijn in het vangnetteam, meestal onder regie van de GGD in de regio. Sommige GGD-en hebben een eigen vangnetteam, dat wil zeggen met

medewerkers in dienst van de GGD. Een vangnetteam krijgt meldingen via een meldpunt en/of via de aangesloten partners van het OGGZ-samenwerkingsverband. In de meeste regio's hebben de vangnetmedewerkers ook taken in zogeheten zorgoverleggen, die in wijken van de stad of in kleine gemeenten en dorpen signalering, overleg en afstemming regelen. Via het zorgoverleg worden ook cliënten aangemeld voor de bemoeizorg van het vangnetteam. Veel vangnetteams gaan cliënten opzoeken op vindplaatsen, leggen contact met hen en bieden bemoeizorg met veel praktische hulp op levensgebieden waarop de cliënt problemen heeft gekregen, zoals wonen, administratie en financiën, sociale netwerk. Een vangnetteam heeft de opdracht de cliënt, indien mogelijk, toe te leiden naar de reguliere zorg. Dat kan variëren van een bemoeizorgtraject tussen de 3 en 24 maanden.

## **2. Zorgoverleggen of signaleringsoverleggen**

De zorgoverleggen zijn eveneens ingesteld vanuit een samenwerkingsverband tussen verschillende aanbieders van zorg, gemeentelijke diensten en meestal ook politie en woningbouwcorporaties. Een zorgoverleg vergadert ongeveer eens per 4 tot 6 weken of op afroep en bespreekt dan de 'problematische cliënten' die tussen wal en schip dreigen te vallen. Ook een zorgoverleg richt zich op de toeleiding van cliënten naar de reguliere zorg. Een zorgoverleg kan soms ook zelf bemoeizorg aanbieden. Dan beperkt het overleg zich niet alleen tot overleg over (nieuwe) meldingen, planning van activiteiten en afstemming hierover, maar wordt door de participanten tot uitvoering van zorg en diensten overgegaan.

## **3. Teams voor (Functie) Assertive Community Treatment**

ACT-teams of teams die de functie ACT (FACT) bieden zijn doorgaans teams vanuit GGZ-instellingen. Soms bestaat het team uit hulpverleners van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg én verslavingszorg. De teams werken volgens de criteria en uitgangspunten van Assertive Community Treatment, een wetenschappelijk beproefde methode en al dertig jaar toegepast in de Verenigde Staten, Canada en Engeland. ACT is gebaseerd op een teamaanpak, met als doel cliënten in zorg te krijgen (outreachinge bemoeizorg) en continue hulp te bieden op meerdere levensterreinen. Daarnaast is ACT ontwikkeld om het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. ACT-teams zijn multidisciplinair van samenstelling (maatschappelijk werkers, SPV en B-verpleegkundigen, artsen, psychiaters) en dragen zorg voor een groep chronisch psychiatrische cliënten. Denk hierbij aan diensten zoals: bemoeizorg, begeleiding, behandeling, casemanagement, ondersteuning van de familie, voorlichting over het gebruik van alcohol en drugs en andere diensten en ondersteuning welke noodzakelijk zijn om als individu succesvol te (over)leven in de maatschappij. ACT-teams bieden voor onbepaalde tijd (bemoei)zorg aan cliënten. Sommige instellingen hebben meerdere ACT-teams, soms ook een ACT-team dat zich richt op cliënten met een dubbele diagnose.

## **4. Bemoeizorgteams vanuit één instelling**

Niet alle bemoeizorgteams werken volgens de ACT-benadering of in het kader van een samenwerkingsverband. De bemoeizorgteams van het eerste uur zijn veelal teams ontstaan omdat een GGZ-instelling, een GGD of instelling voor verslavingszorg startte met een intensief outreachend bemoeizorgproject. Dikwijls hebben de bemoeizorgteams vanuit één instelling een doelgroep van psychiatrische patiënten al dan niet gecombineerd met

verslavingsproblemen. De samenstelling van het team bestaat voornamelijk uit SPV-en en een psychiater. Soms is er een hulpverlener met deskundigheid op het gebied van de verslavingszorg aan toegevoegd. De bemoeizorg van deze teams is meestal langdurend van aard, hoewel toeleiding naar de reguliere zorg ook tot opdracht behoort. Van een aantal teams is bekend dat zij zich ontwikkelden tot een ACT-team.

## **5. Bemoeizorgteams vanuit meerdere instellingen**

In deze bemoeizorgteams heeft de samenwerking tussen twee of meerdere instellingen geleid tot een multidisciplinaire vorm van bemoeizorg, zonder de kenmerken van een vangnetteam of ACT. De verschillen zijn terug te voeren tot de samenstelling van het team, de doelgroep en de aard van de bemoeizorg. De bemoeizorgteams vanuit meerdere instellingen zijn specifiek gericht op mensen met een psychiatrische problematiek en verslavingen. De bemoeizorg kan langdurend van aard zijn, indien dat voor de cliënten noodzakelijk is.

## **6. Overige bemoeizorgteams**

Uit de inventarisatie blijkt dat er nog een paar andere teams zijn die bemoeizorg bieden. Het zijn een team specifiek gericht op jeugdigen en gezinnen. Dit type teams zijn in ontwikkeling, veelal vanuit de jeugdgezondheidszorg van GGD-en met behulp van de Impuls-financiering. Op dit moment wordt deze vorm van bemoeizorg in projectteams uitgevoerd, onder meer in Deventer en Roosendaal.

Nog een andere vorm van bemoeizorg vindt plaats in een team Stop Huiselijk Geweld, een samenwerkingsproject tussen de maatschappelijke dienstverlening en de GGZ.

Een derde vorm van bemoeizorg wordt geboden in een dagvoorziening voor dubbele diagnose cliënten. De cliënten, die weliswaar naar een locatie toekomen, worden benaderd om hulpverlening op meerdere levensgebieden op gang te brengen. De begeleiders gebruiken daarvoor methodieken van bemoeizorg. Deze vorm van bemoeizorg in dagopvang (Maatschappelijke Opvang) of in dagcentra (Verslavingszorg) wordt vaak niet gezien als bemoeizorg in engere zin, maar in brede zin.

Anders dan het aantal respondenten doet vermoeden zijn sommige bemoeizorgteams sterk in ontwikkeling, zoals teams Huiselijk Geweld en bemoeizorg voor Multiprobleemgezinnen/jeugdigen via de Impuls-gelden. Er is een toename van deze teams te verwachten.

### **2.3 Bemoeizorgteams in regionale OGGZ-keten**

De meeste bemoeizorgteams vormen, tezamen met andere zorg- en dienstverleners een schakel in de regionale OGGZ-keten. In Nederland zijn vele regionale OGGZ-samenwerkingsverbanden opgericht om de doelgroep van sociaal kwetsbare mensen op een adequate manier te signaleren, op te sporen, bemoeizorg in te zetten, (praktische) hulp en diensten te realiseren en mensen die dat nodig hebben langdurend te begeleiden (met bemoeizorg) of toe te leiden naar reguliere hulpverlening en (speciale) woonvoorzieningen.

Elke regio heeft een uniek karakter, want de aanwezige aanbieders van zorg en diensten hebben met de gemeente(n) in de regio, eigen afspraken gemaakt met daaraan verbonden financiering van de bemoeizorg. Deze afspraken, de financiële mogelijkheden, maar ook de vanouds gegroeide zorg vormen de basis voor de manier waarop bemoeizorgteams in de regio uitvoering geven aan deze zorg.

*Samengebracht voor het project LAK-Borging door het Trimbos-instituut; [www.trimbos.nl/verbeterdezorg](http://www.trimbos.nl/verbeterdezorg)*

## Voorbeeld

In regio A is een vangnetteam, samengesteld uit medewerkers van de RIBW, GGZ, verslavingszorg en de GGD. In die regio krijgt het team meldingen binnen via een meldpunt. Zij hebben de taak om cliënten te helpen met een aantal praktische problemen op het gebied van wonen, inkomen, administratie en verzekeringen, sociaal netwerk en dan zo snel mogelijk toe te leiden naar één van de partners. Dus het vangnetteam fungeert als voorportaal voor de reguliere zorg, waar de cliënt verder begeleid wordt, bijvoorbeeld in het ACT-team van de GGZ-instelling.

In regio B zijn lokale zorgoverleggen, samengesteld uit medewerkers uit de lokaal werkzame instellingen. Naast het overleg over nieuwe meldingen bieden zij zelf bemoeizorg aan de aangemelde cliënten. Cliënten krijgen dus direct zorg van één van de participanten van het overleg. Er is ook een vangnetteam, dat regionaal opereert, samengesteld uit medewerkers van de diverse instellingen, maar zij heeft de taak om alleen aan het werk te gaan als de regionale zorgoverleggen onvoldoende toegang krijgen tot de cliënten, zij fungeren als een expertteam.

Bemoeizorgteams kunnen in de OGGZ-keten een functie hebben aan het begin van de keten, met taken gericht op melding, casefinding en hulpverlening op gang brengen (bijvoorbeeld de vangnetteams en zorgoverleggen). Echter er zijn ook bemoeizorgteams die juist de zorg in het midden of achterin de keten hun diensten inzetten. (F)ACT-teams zijn daar een voorbeeld van. (alhoewel ACT-teams zich ook kunnen richten op casefinding).

## **2.4 Kwaliteitsverbetering van bemoeizorgpraktijken**

Er zijn momenteel meerdere ontwikkelingen die de kwaliteit van bemoeizorg een stevige impuls moeten geven. GGZ-Nederland heeft het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een voorlopige richtlijn Bemoeizorg. Een werkgroep is bezig om op basis van literatuurstudie en praktijkkennis een handreiking (voorlopige richtlijn) te maken voor bemoeizorgteams. De handreiking bevat (evidence en practice based) kennis, criteria, en instrumenten. Deze handreiking beoogt een kwaliteitsverbetering van de bemoeizorg in Nederland.

Daarnaast zijn de GGD-en bezig met de certificering (HKZ) van de OGGZ-taken, ondermeer de certificering van bemoeizorg door vangnetteams.

**Tabel 2: Vijf praktijkvoorbeelden van bemoeizorg**

	<b>Project</b>	<b>Organisatie</b>	<b>Beschreven methodiek</b>	<b>Implementatie</b>	<b>Samenwerking</b>	<b>Doelen en Resultaten</b>
1	Vangnetteam	GGD Groningen	ja	Bestaat ongeveer 5 jaar	Met regionale aanbieders van hulp en diensten	Melding en casefinding, toeleiding naar de reguliere zorg. Daarnaast (kortdurende) begeleiding op meerdere levensgebieden. Beëindigen van kommervolle omstandigheden, Aanspreekpunt voor omgeving, Vermindering overlast.

	<b>Project</b>	<b>Organisatie</b>	<b>Beschreven methodiek</b>	<b>Implementatie</b>	<b>Samenwerking</b>	<b>Doelen en Resultaten</b>
2	Zorgoverleg	GGD Rotterdam	ja	In acht plaatsen in Rotterdam, bestaat meer dan 5 jaar	GGZ, RIBW, DAC, gemeente, Bureau Jeugdzorg, MEE en andere dienstverleners	Melding, planning van zorg, overleg en bemoeizorg aan zorgwekkende zorgmijders Soms ook: Praktische hulp bij problemen op het gebied van inkomen, wonen, sociale netwerk, juridische zaken, administratie etc.
3	(F) ACT team	GGZ Europoort Istia	ja	Geïmplementeerd in zes ACT-teams en bovendien op diverse plaatsen in Nederland bij GGZ en verslavingszorg	Met diverse aanbieders van zorg, diensten en woonvoorzieningen	Effectmetingen bekend door onderzoek in de VS en Engeland. Resultaten zijn ook: vinden en binden van cliënten, huisvesting, verbeteringen op het gebied van kwaliteit van leven.
4	Bemoeizorg vanuit 1 instelling	GG&GD Amsterdam, Poliklinieken MGGZ	ja	In Amsterdam geïmplementeerd, bestaat nu meer dan 7 jaar	Samenwerking met alle stedelijke hulporganisaties	Stabilisatie op 5 domeinen: wonen, dagbesteding, medische zorg, financieën en middelengebruik.

	<b>Project</b>	<b>Organisatie</b>	<b>Beschreven methodiek</b>	<b>Implementatie</b>	<b>Samenwerking</b>	<b>Doelen en Resultaten</b>
5	Bemoeizorgteam vanuit meerdere instellingen	GGD en GGZ Eindhoven	ja	In Eindhoven, bestaat meer dan 6 jaar	Samenwerking met politie, GGZ, GGD, Verslavingszorg en ander aanbieders van zorg, diensten en voorzieningen	Snelle, laagdrempelige actieve outreach, praktisch hulp op diverse levensgebieden, bemiddelen bij instanties Regelen van bewindvoering, curatele en mentorschap.
6	Andere bemoeizorgteams	Hulpverleningsdienst Kennemerland: Mobiel team Jeugd	ja	Verdere implementatie onzeker: financiering Impulsgelden is nog niet structureel	Bureau Jeugdzorg AMK GGZ-jeugd Huisartsen School	Ondersteuning gezinnen, leerkrachten, voorkoming van verwaarlozing, mishandeling van kinderen.

### **3. Resultaten van de quickscan**

#### **3.1 Meerwaarde**

In tabel 2 wordt een voorbeeld gegeven van elk type bemoeizorgteam. Desondanks moet rekening gehouden worden met een grote (organisatorische) diversiteit tussen de projecten die tot één type gerekend worden. Zoals eerder aangegeven zijn er ook veel gelijkenissen in doelstellingen. Dat blijkt ook als we de bemoeizorgprojecten 'meten' aan de criteria die zijn opgesteld voor het LAK-care programma voor de selectie van 'good practices' (zie bijlage 3). Hieronder wordt aangegeven hoe de bemoeizorgpraktijken in algemene zin scoren op deze criteria. In wezen geldt het onderstaande voor alle 88 projecten die we geïnventariseerd hebben.

#### **1. Meerwaarde algemeen**

Deze meerwaarde is in de bemoeizorg 'practice based' bewezen door tevredenheid van cliënten en tevredenheid van de omgeving. Voor de ACT-benadering is veel buitenlands en Nederlands onderzoek beschikbaar voor wat betreft de meerwaarde boven een standaard behandeling van de doelgroep. Sommige teams in Nederland doen onderzoek naar bereik en resultaten bij de doelgroep. Er bestaan wetenschappelijk geaccepteerde criteria voor ACT-teams (Dartmouth Assessment Community Treatment Scale).

#### **1.a Meerwaarde cliëntniveau**

Bemoeizorg is bij uitstek een benadering die direct ten goede komt aan de patiëntenpopulatie. De zorg verbetert de gezondheid van cliënten, beperkt de gezondheidsrisico's of de verslechtering van de gezondheid en verbetert zichtbaar de praktische levensomstandigheden voor cliënten (woning, zorg, (medicamenteuze) behandeling, financiën, etc).

#### **1.b Meerwaarde kwaliteit van leven**

Bemoeizorg heeft tot doel de kwaliteit van leven van individuele patiënten te verbeteren. Door de praktische aanpak, gericht op alle basale levensgebieden, kan gesteld worden dat de persoonlijke en gezondheidsituatie van cliënten aanmerkelijk verbetert indien er aanhoudende zorg wordt geboden.

#### **2. Registratie**

In toenemende mate worden de effecten van bemoeizorg gemeten, of is een continue registratie en monitoring van de cliënten die in zorg zijn.

De registratie is lang niet altijd consequent doorgevoerd. Op dit punt is winst te behalen in een verbetertraject.

#### **3. Cliëntenparticipatie**

In toenemende mate worden ervaringsdeskundige cliënten ingezet in bemoeizorgteams. Het betreft dan vooral de ACT-teams of teams die zich richten op cliënten met een dubbele diagnose.

#### **4. Kosteneffectief**

Er zijn geen harde aanwijzingen voor kosteneffectiviteit. Er wordt op verschillende plaatsen al wel onderzoek gedaan naar kosteneffectiviteit. Verwacht mag worden dat bemoeizorgpraktijken een preventieve functie vervullen in de zin van minder huisuitzettingen, minder opnames, minder drop out van cliënten of draaideurcliënten. Dit zou kostenbesparend kunnen werken.

#### **5. Praktijktoeepassing**

Bemoeizorg wordt op grote schaal toegepast. De meeste praktijken zijn de projectstatus al lang voorbij en maken onderdeel uit van het reguliere aanbod. Sommige teams bestaan meer dan 10 jaar.

#### **6a. Overdraagbaar inhoudelijk**

De bemoeizorgmethodiek is inhoudelijk beschreven in diverse publicaties (o.a. Van de Lindt). Er is een opleiding Bemoeizorg en er zijn diverse cursussen voor hulpverleners beschikbaar. Tevens is in instellingen ruime expertise beschikbaar om de methodieken van bemoeizorg over te dragen.

#### **6b. Overdraagbaar veranderkundig**

Er zijn diverse projectbeschrijvingen waarin aandacht is besteed aan de organisatorische consequenties van bemoeizorg. Overigens is er niet één exclusief organisatie-model, er zijn meerdere modellen voorhanden welke goed overdraagbaar zijn. De uiteindelijke organisatie wordt sterk beïnvloed door de regionale of lokale krachten in het veld.

#### **7. Toepasbaarheid elders**

Bemoeizorg is zeker toepasbaar elders, maar zoals ook blijkt uit deze quickscan is de implementatie van bemoeizorg al vrij ver gevorderd in Nederland (meer dan 100 teams).

#### **8. Structurele inbedding**

Bemoeizorg is over het algemeen structureel ingebed in de organisatie en opgenomen in het kwaliteitsbeleid van de instelling.

### **3.2 Verbeteracties op het terrein van bemoeizorg**

De respondenten zijn gevraagd om aan te geven welke verbeteracties naar hun idee wenselijk zijn op het terrein van bemoeizorg. De verbeteracties die genoemd worden door de 88 teams die meededen aan de quickscan zijn in te delen in zeven categorieën:

- A. Verbetering van de samenwerking met instanties die belangrijke diensten (kunnen) regelen voor cliënten, zoals sociale diensten, nutsbedrijven, gemeentelijke diensten (UWV,), justitie en het CIZ.
- B. Doorstroom en toegang van bemoeizorgcliënten naar reguliere zorg en voorzieningen, zoals GGZ/verslavingszorg en woonvoorzieningen (MO/RIBW), zogeheten ketenzorg.
- C. Handreikingen voor bemoeizorg met criteria voor resultaten van bemoeizorg

- D. Handreiking voor een zorgvuldige gegevensuitwisseling tussen bemoeizorgteam en reguliere zorg
- E. Uitwerking van bemoeizorg voor gezinnen en jeugdigen
- F. Uniformering van de registratie van bemoeizorgcliënten (in het kader van de financiering)
- G. Onderzoek naar effecten van bemoeizorg, bereik van 'stille' problematiek.

### **3.3 Randvoorwaarden**

In de randvoorwaarden worden de volgende aandachtspunten genoemd:

- Financiering van de ontwikkelde bemoeizorg vanaf 2007 in de WMO en de AWBZ.
- Geen bureaucratische procedures
- Budget voor cliënten om praktische hulp mogelijk te maken zoals maaltijden vervoer, schoonmaak, medisch onderzoek, etc.
- (24-uurs) opvangvoorzieningen
- Vereenvoudiging en versoepeling van de CIZ indicatieprocedure
- Vereenvoudiging en verduidelijking van privacyregels voor de hulpverlening aan de doelgroep
- Goede afstemming tussen partijen: zorgaanbieders, gemeente, politie

## 4. Conclusies en aanbevelingen

De inventarisatie naar bemoeizorg leverde maar liefst 88 praktijkvoorbeelden op en daarbij kan aangetekend worden dat deze quickscan niet uitputtend is geweest. We hebben de praktijkvoorbeelden onderverdeeld in een aantal typen bezorgpraktijken. Het is onmogelijk om het één als beter te kwalificeren dan het ander. Alle (typen) projecten hebben zo hun eigen oorsprong en ontstaansgeschiedenis, maar alle projecten hebben zo hun waarde in de eigen regio. Het is in het kader van deze quick scan niet mogelijk om deze 88 praktijken te beschrijven aan de hand van de genoemde criteria, bovendien is er weinig onderscheid in de doelen en resultaten van de projecten.

De 88 bemoeizorgpraktijken kunnen alle aangemerkt worden als goede praktijken van bemoeizorg. We signaleren wel een aantal belangrijke knelpunten en verbeterthema's. Op dit moment is GGZ-Nederland, in het kader van het visiedocument 'De krachten gebundeld', bezig met de ontwikkeling van een handreiking (voorlopige richtlijn) voor bemoeizorg. Hierin komen de verbeterthema's ook aan de orde en wordt, op basis van evidence en practice based kennis, een handreiking samengesteld.

Een traject van kwaliteitsverbetering van de bemoeizorg zou de volgende verbeterpunten moeten nastreven:

1. *het formuleren en implementeren van contractvormen/convenanten met sociale diensten, nutsbedrijven, schuldhulpverlening, waardoor snel dit type hulp geleverd kan worden.*

Er zijn in Nederland een paar goede praktijkvoorbeelden die al dergelijke convenanten, afspraken hebben met instanties. De G4 (vier grote steden) hebben voorbeeldcontracten opgesteld die teams kunnen helpen met de eigen afspraken in de regio.

2. *zorgketens voor bemoeizorgcliënten*

Het ontwerpen van zorgketens voor diverse subgroepen die bemoeizorg nodig hebben is een eerste stap op weg naar inzicht en afspraken in de keten (zie punt 3). Sommige regio's zijn al bezig met het ontwerpen van zorgketens, maar in de bemoeizorg staan zorgketens nog in de kinderschoenen.

3. *het betrekken en committeren van instellingen in de keten van bemoeizorg, zodat de doorstroom van cliënten naar de reguliere zorg kan verbeteren*

Veel reguliere instellingen zijn nog onvoldoende voorbereid op hun taak in de zorgketen voor de complexe zorgbehoeften van de bemoeizorgcliënten.

4. *het opstellen van uitkomstindicatoren voor cliënten, bij voorkeur in een praktische checklist.*

De checklist is een instrument dat de standaardisatie van uitkomsten bevordert en maakt het mogelijk om de resultaten voor de doelgroep (en omgeving) vast te stellen en te vergelijken in de tijd. Zo ook zouden er procesindicatoren kunnen worden

vastgesteld in een checklist (modelgetrouwheidsschaal analoog aan de fidelitiescale voor ACT of geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose cliënten)

5. *het opstellen en implementeren van een handreiking (voorlopige) richtlijn op het gebied van bemoeizorg*

De handreiking kan meerdere verbeterthema's omvatten zoals, de checklist van indicatoren voor resultaten van bemoeizorg, beschrijvingen van zorgketens voor bemoeizorgcliënten, modelafspraken met instanties (o.a. modelafspraken voor het tweedekansbeleid van woningcorporaties. De handreiking biedt mogelijkheden voor standaardisatie en uniformiteit op diverse aspecten van bemoeizorg, onder meer voor bemoeizorg bij multiprobleemgezinnen en jeugdigen.

6. *het opzetten van een helpdesk of infopunt voor de OGGZ*

Er is behoefte aan passende informatie en uitwisseling van praktijkkennis voor bemoeizorgteams die in verschillende stadia van ontwikkeling of veranderende omstandigheden (wet en –regelgeving) ondersteuning willen.

De ontwikkelingen in het veld en de resultaten van de quickscan geven aanleiding tot de volgende aanbevelingen over de strategie van kwaliteitsverbetering van de bemoeizorg in Nederland. De eerste stap is de verdere ontwikkeling van de handreiking of voorlopige richtlijn die door de werkgroep van GGZ-Nederland is gestart;

- de handreiking of voorlopige richtlijn dient over alle belangrijke aspecten van bemoeizorg directieven te bevatten en oplossingsrichtingen over de genoemde knelpunten,
- de handreiking moet gevolgd worden door een implementatietraject.

De tweede stap die hieruit voortvloeit is een verbetertraject voor bemoeizorgteams. Dit verbetertraject, op basis van de handreiking bemoeizorg, richt zich op een aantal doelstellingen voor de bemoeizorg, bijvoorbeeld resultaten van bemoeizorg, samenwerking en doorstroom in de keten, contracten met instanties. Hierin zijn de volgende elementen van belang:

- analyse van voorbeeldpraktijken, die oplossingsrichtingen hebben voor de belangrijkste knelpunten.
- een expertteam met deskundigen die in een verbetertraject advies kunnen geven.
- gezamenlijk werken aan kwaliteitsverbeteringen in een leer- werktraject.

## Bijlage 1: Vragenlijst 'good practices' bemoeizorg

Indien u deze vragenlijst invult per computer, schrijf dan uw antwoorden in de ruimte na de vragen of kruist u de tekstblokjes aan. Als u de vragenlijst met de hand invult, denk er dan aan om vóór het uitprinten méér ruimte voor uw antwoorden te creëren met [Enter].

### Algemeen

1. Naam invuller:.....
2. geslacht:
  - man
  - vrouw
3. Naam van de organisatie waar u werkzaam bent:.....  
.....
4. Naam van uw bemoeizorgteam/project of voorziening.....  
.....
5. Hoeveel jaar bestaat uw team/project/voorziening?
  - Minder dan een jaar
  - Tussen de 1 en 3 jaar
  - Tussen de 3 en 6 jaar
  - Langer dan 6 jaar
6. Uit hoeveel personen bestaat uw team?.....
7. Is uw bemoeizorgteam gericht op een van de onderstaande specifieke doelgroepen?
  - Nee, op alle sociaal kwetsbare mensen
  - Ja, de zorg is vooral gericht op de volgende doelgroepen:
    - Mensen met een psychiatrische stoornis
    - Mensen met dubbele diagnose problematiek
    - Mensen met justitiële problemen
    - Mensen die dak- en/of thuisloos zijn
    - Mensen die zwakbegaafd zijn

- Mensen met psychosociale problemen
- Multi problem gezinnen
- (Zwerf)jongeren
- Ouderen
- Anders:.....

### **Organisatie**

8. Heeft uw team voldoende middelen om zich in de komende jaren te handhaven?

- Ja
- Nee
- Onzeker

9. Heeft de organisatie (of hebben de organisaties) het bemoeizorgteam/project of voorziening voldoende verankerd: denk aan voldoende personeel, middelen, adequate bedrijfsvoering, randvoorwaarden en dergelijke.

- Ja
- Nee
- Anders:.....

10. Bestaat uw team uit medewerkers van meerdere instellingen, een samenwerkingsverband?

- Ja
- Nee
- Anders:.....

11. Is uw team:

- Een zorgoverleg/signaleringsoverleg
- Een vangnet/adviesteam
- Een team Assertive Community Treatment (ACT)
- Een team Functie Assertive Community Treatment (FACT)
- Een bemoeizorgteam vanuit één instelling
- Anders:.....

## Werkwijze bemoeizorg

12. Wat zijn de voornaamste sterke of positieve aspecten van uw bemoeizorgaanpak?

- .....
- .....
- .....
- .....

13. Hieronder volgen een aantal kenmerkende taken van bemoeizorg, geef aan welke kenmerken overeenkomen met uw aanpak:

- Outreachend werken
- Assertieve en vasthoudend cliënten benaderen
- Intensieve hulp bieden indien nodig
- Praktische hulp bieden op diverse levensgebieden, zoals wonen, inkomen en administratie, juridische en justitiële zaken, dagbesteding/werk, sociale contacten, (geestelijke) gezondheid
- Begeleiden en ondersteunen op diverse levensgebieden
- Bemiddelen bij instanties
- Zorg van verschillende aanbieders coördineren
- Bewindvoering/mentorschap/curatele regelen
- Medicatie verstrekken en hierbij begeleiding bieden
- Met drang hulpverlening op gang brengen
- Dwangmaatregelen nemen, indien nodig
- Cliënten verwijzen en ondersteunen bij aanmelding voor zorg- en diensten van andere (reguliere) instellingen, woonvoorzieningen enz.
- Cliënten langdurend ondersteunen met bemoeizorgmethodieken, vinger aan de pols benadering:
  - Minder dan een jaar
  - Tussen de 1 en 3 jaar
  - Tussen de 3 en 6 jaar
  - Langer dan 6 jaar

14. Is uw bemoeizorgaanpak gebonden aan tijd, dat wil zeggen dat de zorg in een bepaalde tijdsperiode geboden moet worden?

- Ja
- Nee
- Anders:.....

15. Welke accent in de doelstellingen van bemoeizorg zijn voor uw team van toepassing?

- In korte tijd toeleiden van cliënten naar reguliere zorg- en dienstverlening
- Over een langere periode zorg- en diensten bieden en dan toeleiden naar reguliere instellingen
- Langdurende zorg- en diensten bieden aan cliënten

### **Kwaliteit en meerwaarde van de bemoeizorg**

16. Is er een duidelijke inhoudelijke beschrijving van uw bemoeizorgaanpak, toegankelijk voor anderen? *(Indien mogelijk deze meesturen dan wel verwijzen naar een website)*

- Ja
- Nee
- Anders.....

17. Zijn er over uw bemoeizorgaanpak of over de zorgprocessen, bereik van de doelgroepen en/of de resultaten, (registratie- of onderzoeks)gegevens bekend?

- Ja
- Nee
- Anders.....

18. Is de meerwaarde of het effect van uw bemoeizorgaanpak gemeten of geëvalueerd?

- Ja
- Nee
- Anders.....

19. Wat vindt u zelf de belangrijkste meerwaarde van uw bemoeizorgaanpak (bijvoorbeeld voor cliënten, voor kosten effectiviteit)?

20. Welke uitkomsten of indicatoren daarvan worden in uw bemoeizorgaanpak nagestreefd voor cliënten?

21. Welke uitkomsten of indicatoren daarvan worden in uw bemoeizorgaanpak nagestreefd voor de directe omgeving?

22. Welke uitkomsten of indicatoren daarvan worden in uw bemoeizorgaanpak nagestreefd voor opdrachtgevers?

23. Worden deze uitkomsten systematisch (bijvoorbeeld in een bemoeizorgplan) eventueel met behulp van een cliëntvolgsysteem bijgehouden?

- Ja
- Nee
- Anders.....

24. Maakt u gebruik van kwaliteitsinstrumenten, zoals meetinstrumenten en/of richtlijnen/handleidingen?

- Ja
- Nee
- Anders.....

25. Als het LAK-care programma een verbeteractie op het terrein van de bemoeizorg zou willen bewerkstelligen, welke onderwerpen of knelpunten zouden volgens u aan de orde moeten komen?

- .....
- .....
- .....
- .....

26. Aan welke randvoorwaarden zou volgens u moeten worden voldaan om bemoeizorg landelijk een goede impuls te geven?

27. Zou uw bemoeizorgteam geïnteresseerd zijn in een verbetertraject, waaraan landelijk meerdere bemoeizorgteams aan meedoen? (Denk aan een doorbraakproject of een soortgelijke aanpak?)

- Ja
- Nee

**Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!**

Wij zullen u op de hoogte stellen van verdere ontwikkelingen van het LAK-care programma voor bemoeizorg. Als u geïnteresseerd bent in het LAK-care programma willen wij u graag attent maken op de website: [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)

## Bijlage 2: Mail bij vragenlijst

Geachte mijnheer, mevrouw,

Wij benaderen u met een (bijgesloten)vragenlijst vanwege de voorbereidingen van de Landelijk Actieprogramma Kwaliteit (LAK-care), met als onderwerp **bemoeizorg**. De bewindslieden van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben in 2004 besloten het kwaliteitsbeleid voor de gezondheidszorg een extra stimulans te geven met het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit Innovatie en Doelmatigheid (LAK). Daartoe zijn reeds verschillende kwaliteitsverbeterings-programma's in gang gezet, zowel in de preventieve en curatieve zorg als in de care sector (Sneller Beter, Zorg voor Beter).

U bent door ons benaderd, omdat wij hopen dat u of een betrokken collega onze vragen kan beantwoorden over de bemoeizorg binnen uw instelling of bemoeizorg waar uw instelling in een samenwerkingsverband aan meewerkt. Soms hebben we meerdere mensen uit uw instelling benaderd, omdat zij als contactpersoon voor bemoeizorg op onze lijst voorkomen. Echter **één ingevulde vragenlijst per bemoeizorgteam of project** is natuurlijk voldoende. In deze voorbereidingsfase gaat het om een eerste inventarisatie van aantal bemoeizorgteams in Nederland, de werkwijze van deze teams en kwaliteitsaspecten van de aanpak. Op deze manier verkrijgen we een 'up-to-date' overzicht van goede voorbeelden van bemoeizorg. Bovendien willen wij een beeld krijgen van onderwerpen die in aanmerking komen voor een landelijke verbetertraject en uw belangstelling voor een dergelijk traject.

De uitvoering van de verbetertrajecten is ondergebracht bij het Trimbos-instituut in samenwerking met het NIZW. Naar aanleiding van dit onderzoek zal het Trimbos-instituut de hoofdthema's voor het verbetertraject de komende tijd uitwerken in een concreet werkplan. In dit geheel vervult ZonMw de rol van regisseur.

Uw medewerking aan dit inventarisatie-onderzoek wordt zeer op prijs gesteld en verplicht u verder tot niets. Over de concrete plannen wordt u tijdig op de hoogte gesteld, waarna u kunt beslissen tot deelname of niet. Over het LAK-care programma kunt u informatie vinden op de website: [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl). U kunt ook contact opnemen met mevrouw Simone M. van de Lindt, projectleider van dit inventarisatie-onderzoek. (telefoon 030-2959391/slindt@trimbos.nl).

**Graag ontvangen wij uw ingevulde vragenlijst vóór vrijdag 20 oktober 2006.**

U kunt deze vragenlijst digitaal retour sturen naar [koskam@trimbos.nl](mailto:koskam@trimbos.nl) of per fax naar het Trimbos instituut: 030-2971111 t.n.v. Kathy Oskam of per post naar:

Trimbos instituut  
t.a.v. mevrouw K.Oskam  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht

## **Bijlage 3 Criteria 'good practices' van Zonmw**

### **1. Meerwaarde algemeen**

Komt ten goede aan de zorg (organisatie / patiënt / populatie patiënten). Deze meerwaarde moet bewezen zijn ten minste door een klein kwalitatief onderzoek of de meerwaarde moet erkend worden door patiënten of de beroepsgroep of gebaseerd zijn op erkende innovaties zoals richtlijnen.

### **2.a Meerwaarde cliëntniveau**

Komt direct ten goede aan een patiënten populatie door een verbetering in de gezondheid, een beperking in de gezondheidsrisico's, een beperking in de verslechtering van de gezondheid, of een zichtbare verbetering voor cliënten in de aangeboden zorg.

### **2.b Meerwaarde kwaliteit van leven**

Het moet aannemelijk zijn dat de kwaliteit van leven voor individuele patiënten niet wordt verslechterd als gevolg van het toepassen van de innovatie of het project, daarbij moet het aannemelijk zijn de kwaliteit van leven worden verbeterd voor de patiënten populatie.

### **3. Registratie**

Het effect van de innovatie wordt gemeten, of is een continue registratie en monitoring van van de cliënten die gebruik maken van de innovatie, en/of een continue registratie van de cases waarvan verwacht wordt dat de innovatie of het project er invloed op heeft.

### **4. Cliëntenparticipatie**

Cliënten zijn betrokken in de totstandkoming van het project of hebben inbreng in de uitvoering van de zorg in de praktijk.

### **5. Kosteneffectief**

Het is aannemelijk dat de kosten voor het invoeren en structureel uitvoeren van de innovatie lager zijn dan de (gezondheids)winst die ermee wordt bereikt.

### **6. Praktijktoepassing**

Het project moet ten minste uitgevoerd zijn als een succesvolle pilot met een geslaagde (tijdelijke) invoering.

### **7a. Overdraagbaar inhoudelijk**

De innovatie staat inhoudelijk beschreven op een manier dat deze door andere instellingen of organisaties inhoudelijk begrijpbaar is, en/of er is expertise beschikbaar om dit duidelijk te maken.

### **7b. Overdraagbaar veranderkundig**

Er is expertise beschikbaar op schrift en/of door middel van raadpleging over op welke manier de innovatie het beste te implementeren is.

### **8. Toepasbaarheid elders**

Past binnen het beleid van de instelling en van de overheid op het gebied van kwalitatieve zorg en is maatschappelijk relevant. Het is mogelijk om de innovatie uit te voeren gegeven bestaande randvoorwaarden, zoals financieringsstructuur, organisatiestructuur en personeelsfuncties.

### **9. Structurele inbedding**

De innovatie wordt structureel uitgevoerd en is opgenomen in het kwaliteitsbeleid van de instelling.