



Methodebeschrijving Wijk en Psychiatrie

Databank Effectieve sociale interventies



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling





Deze methodebeschrijving is gemaakt door:

Simona Karbouniaris
Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
088 481 9220
simona.karbouniaris@hu.nl

Simona Karbouniaris is docent-onderzoeker van het Lectoraat Participatie Zorg en Ondersteuning van het Kenniscentrum Sociale Innovatie.
Tevens (mede) onderzoeker van de methode.

april 2013

Voor meer methodebeschrijvingen en eventuele vragen en/of reacties kun je terecht bij:
www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies.

Deze methodebeschrijving is mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Het werkblad dat gebruikt is voor het maken van deze methodebeschrijving, is deels gebaseerd op het Werkblad beschrijving interventie van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het RIVM.





Inhoudsopgave

Inleiding: leeswijzer	04
Samenvatting	06
1. Beschrijving methode	09
1.1 Probleemomschrijving	09
1.2 Doel van de methode	10
1.3 Doelgroep van de methode	11
1.4 Indicaties en contra-indicaties	11
1.5 Aanpak	10
1.6 Materiaal	15
1.7 Uitvoerende organisaties	15
1.8 Benodigde competenties van de uitvoerder	16
1.9 Overige randvoorwaarden	17
1.10 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies	18
1.11 Contactgegevens ontwikkelaar	20
2. Onderbouwing	21
2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode	21
2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak	23
3. Onderzoek naar praktijkervaringen	27
3.1 Praktijkervaringen van de uitvoerder	28
3.2 Praktijkervaringen van de cliënt/burger	31
3.3 Praktijkvoorbeeld	33
4. Effectonderzoek	35
4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit	35
4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit	35
5. Conclusies	36
5.1 Samenvatting werkzame elementen	36
5.2 Samenvatting effectonderzoek	36
6. Verantwoording	37
6.1 Zoeken en selecteren van literatuur	37
6.2 Literatuur	38
 Bijlage 1: Toelichting effectonderzoek	41
Bijlage 2: Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken	43
Bijlage 3: Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken	45





Inleiding: leeswijzer

Professionals en burgers worden in de sociale sector geconfronteerd met een wirwar aan informatie waar ze een weg in moeten vinden. Die informatie is vaak versnipperd en daardoor weinig toegankelijk. In de *Databank Effectieve sociale Interventies* brengen wij methoden waarmee in de sociale sector gewerkt wordt, bij elkaar. De methodebeschrijvingen geven een zo volledig mogelijk beeld van alle beschikbare informatie over een methode. Als hulpverlener, actief burger of vrijwilliger kunt u hiermee vaststellen of de methode geschikt is voor de situatie waarin u of uw organisatie iets wil doen. Als gemeente kunt u zich op de hoogte stellen van de methoden die er zijn en wat er bekend is over de effectiviteit. Op basis daarvan kunt u met organisaties in uw gemeente in gesprek gaan over de inzet van deze methoden. Indien u besluit om met de methode aan de slag te gaan, verwijzen we u naar de ontwikkelaar voor het handboek en eventuele andere beschikbare materialen.

De methodebeschrijving is opgebouwd langs vier lijnen. Onderdeel 1 van dit document beschrijft de methode zelf, zoals de doelen, de doelgroep en de aanpak. Onderdeel 2 laat de onderbouwing van de methode zien: de visies, theorieën en wetenschappelijke onderzoeken die de ontwikkelaar heeft gebruikt bij het ontwikkelen van de methode. Onderdeel 3 geeft zicht op de praktijkervaringen van de uitvoerder en de cliënt/burger met de methode. Onderdeel 4 geeft inzicht in wat er wetenschappelijk bekend is over de effectiviteit van de methode.

De methodebeschrijving is in nauwe samenwerking met de ontwikkelaar van de methode tot stand gekomen. Zo levert de ontwikkelaar informatie aan en geeft deze *feedback* op het concept en toestemming voor publicatie. Soms schrijft de ontwikkelaar zelf de methodebeschrijving, dan biedt MOVISIE begeleiding en geeft zij feedback. De methode wordt uitgebreid in kaart gebracht. Dit kan de ontwikkelaar op zijn beurt een impuls geven voor verdere ontwikkeling van de methode. Een methode staat dus niet stil, de methodebeschrijvingen zullen dan ook regelmatig worden herzien.

De methodebeschrijving is gebaseerd op een systematische zoektocht naar informatie. Bij die zoektocht werken de medewerker die de methodebeschrijving maakt en een informatiespecialist van de afdeling kennisstromen van MOVISIE intensief samen. Bij het zoeken van informatie over methoden zijn doorgaans de volgende zoekstrategieën toegepast: het inwinnen van informatie bij de ontwikkelaar, uitvoerende instanties en/of eventuele onderzoekers van de methode, het doorzoeken van Nederlandse en/of internationale databanken, het checken van referenties van reeds gevonden informatiemateriaal en een internet *deskresearch*. De verantwoording van de toegepaste zoekstrategieën is in beknopte zin terug te vinden in onderdeel 6.1. De zoekgeschiedenis is in uitgebreidere vorm vastgelegd in een hiertoe ontwikkelde *flowchart*, die is opgenomen in het archief van MOVISIE. Het relevante gevonden materiaal is terug te vinden in het literatuuroverzicht in onderdeel 6.2.

Bij het effectonderzoek (onderdeel 4) wordt onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit. Een toelichting op dit onderscheid vindt u in bijlage 1. Om de tekst in de methodebeschrijving zelf laagdrempelig te houden, worden de belangrijkste onderzoekskenmerken en resultaten zoveel mogelijk in woorden beschreven. De achterliggende cijfers vindt u in bijlage 3 en verder.





Wij wensen u veel inspiratie bij het lezen van deze methodebeschrijving. Wij hopen dat u zich hiermee een goed beeld kunt vormen van wat deze methode u te bieden heeft.





Samenvatting

1. Beschrijving methode

Doel

De methode Wijk en Psychiatrie beoogt de maatschappelijke aansluiting van mensen met psychische beperkingen in de wijk te bevorderen en daarmee eenzaamheid te verminderen of te voorkomen door het vergroten van het sociale netwerk en het verbeteren van deelname aan activiteiten.

Doelgroep

Wijk en Psychiatrie is primair bedoeld voor mensen met psychische beperkingen, maar kan ook toegepast worden bij andere doelgroepen, zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Aanpak

De methode bestaat uit een aanpak langs twee sporen. Het eerste spoor betreft het creëren van een infrastructuur van ontmoetingsplekken op wijkniveau. Dit zijn plekken waar mensen op een laagdrempelige wijze anderen kunnen ontmoeten en waar activiteiten kunnen plaatsvinden. Het tweede spoor betreft het creëren van contact tussen mensen uit de doelgroep en tussen mensen van de doelgroep en andere wijkbewoners. Dit spoor bestaat uit drie elementen: toeleiding, het maken van verbinding en ondersteuning van deelnemers bij contacten en activiteiten.

Materiaal

Handleiding Wijk en Psychiatrie, geschreven door A. Tuk, S. Karbouniaris, J.P. Wilken & C. van Slagmaat, uitgegeven in 2013 door Stichting Welzijn Amersfoort in Amersfoort en Kenniscentrum Sociale Innovatie in Utrecht.

Uitvoerende organisaties

De methode wordt uitgevoerd door een samenwerkend netwerk van welzijnsorganisaties, zorgorganisaties en vrijwilligersorganisaties.

Ontwikkelaar

WELZIN

werkt voor mensen

Drentsestraat 14

3812 EH Amersfoort

www.welzin.nl

www.wijkenpsychiatrie.nl

Contactpersoon

Anne Tuk





033 469 2469

anne.tuk@welzin.nl

Kenniscentrum Sociale Innovatie - Hogeschool Utrecht

www.socialeinnovatie.hu.nl

Contactpersonen

S. Karbouniaris (simona.karbouniaris@hu.nl en 088 481 92 20)

J.P. Wilken (jean-pierre.wilken@hu.nl en 088 481 98 31)

2. Onderbouwing

De ontwikkelaars hebben voor de theoretische onderbouwing van de methode gebruik gemaakt van principes uit het Kwartiermaken (Kal, 2001; Kal, Post & Scholtens, 2012), de Presentietheorie (Baart, 2001) en de theorieën over rehabilitatie en maatschappelijke steunsystemen (MSS) (zie o.a. Van Weeghel & Droes, 1999; Wilken & Den Hollander, 1999) en *empowerment* (Van Regenmortel, 2008). Kwartiermaken kenmerkt zich doordat het sterk tweezijdig gericht is: zowel op de persoon die vanwege beperkingen niet zo gemakkelijk deel uitmaakt van de samenleving als op de omgeving waar die persoon mee zou willen doen. De Presentiebenadering benadrukt dat aansluiting met kwetsbare personen die zich niet (meer) in tel voelen, vraagt om een zorgvuldige bejegening waarbij de professional niet zijn eigen agenda op de voorgrond stelt, maar de percepties van de ander. Kwartiermaken en presentie zijn sterk gelieerd aan de rehabilitatiebenadering, waarbij het erom gaat mensen met psychosociale beperkingen te ondersteunen bij het vergroten van hun kwaliteit van leven en het vervullen van sociale rollen. Een MSS is een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen waarvan kwetsbare mensen zelf deel uitmaken en dat hen – en eventueel aanwezige mantelzorgers – op vele manieren ondersteunt bij het participeren in de samenleving. In de visie op empowerment van Van Regenmortel (2008) gaat het om het ontwikkelen van 'trekkracht' (of 'pull') in de samenleving, voor mensen die 'anders' zijn, naast de 'push' uit de reguliere voorzieningen.

3. Onderzoek naar praktijkervaringen

Er zijn twee interne evaluatieonderzoeken gedaan naar de praktijkervaringen met de methode Wijk en Psychiatrie (Brettschneider et al., 2007; Karbouniaris & Wilken, 2012). De professionals die de methode uitvoeren zijn positief over het werken ermee en de behaalde resultaten. Professionals zijn enthousiast over de activiteiten die zijn gericht op beïnvloeding van beeldvorming. Wijk en Psychiatrie draagt volgens de professionals niet alleen bij aan een betere participatie van de doelgroep in de buurt, maar ook aan de betekenis van het welzijnswerk voor een doelgroep die voorheen niet zo in beeld was. Ook de deelnemers zijn positief over Wijk en Psychiatrie. De meeste geïnterviewde deelnemers doen (nieuwe) contacten op tijdens de activiteiten en samenkomsten van WeP. Dit helpt hen om niet (verder) in een sociaal isolement te verkeren. Echter, deelnemers hebben ook te





kennen gegeven dat de uitwisseling primair met situatiegenoten plaatsvindt en dat slechts op enkele plekken sprake is van integratie met andere buurtbewoners. Verder ervaren de deelnemers dat WeP een positieve bijdrage levert aan het vinden van zinvolle tijdbesteding.

4. Effectonderzoek

Er is een intern monitoringonderzoek beschikbaar naar WeP (Karbouniaris & Wilken, 2012). Hieruit blijkt dat 15 van de 34 geïnterviewde deelnemers iets actiefs doen in de buurt. Ook komt uit dit onderzoek naar voren dat 15 geïnterviewde deelnemers geen leegte (meer) om zich heen ervaren, tegenover acht die dit wel ervaren. Ondanks dat een aantal deelnemers een leegte om zich heen ervaart, hebben 26 deelnemers van Wijk en Psychiatrie het gevoel er (weer) bij te horen in de samenleving.

5. Samenvatting werkzame elementen

- Samenwerking tussen zorg- en welzijnsaanbieders in een maatschappelijk steunsysteem op wijkniveau, gericht op mensen met een psychische beperking in een achtergestelde positie.
- Toeleiding van cliënten van zorgorganisaties naar algemene (welzijns)voorzieningen in de wijk.
- De inzet van professionals die als consulent, intermediair en kwartiermaker fungeren en op een outreachende, presentiegerichte wijze werken.
- Signalering van sociaal isolement en het bieden van bijbehorende ondersteuning van deze specifieke doelgroep door welzijnsprofessionals en vrijwilligers.
- Het organiseren van passende activiteiten voor de doelgroep, die tevens een brugfunctie kunnen vervullen naar andere activiteiten en (vrijwilligers)werk.
- De actieve inzet van de doelgroep zelf bij de activiteiten (empowerment).
- Een combinatie van uitgangspunten en werkwijzen gebaseerd op rehabilitatie, kwartiermaken, presentie en empowermentgericht werken.





1. Beschrijving methode

De beschrijving van de methode is mede gebaseerd op het volgende handboek:

Handleiding Wijk en Psychiatrie, geschreven door A. Tuk, S. Karbouniaris, J.P. Wilken & Van C. Slagmaat, C., uitgegeven in 2013 door Stichting Welzijn Amersfoort in Amersfoort en Kenniscentrum Sociale Innovatie in Utrecht.

1.1 Probleemomschrijving

Door de vermaatschappelijking van de zorg en de eigen wens een volwaardig leven te kunnen leiden, worden steeds meer mensen die (langdurig) opgenomen zijn geweest in een psychiatrische instelling, gestimuleerd om buiten de instelling te gaan wonen. Een breed gedragen hedendaagse visie binnen de hulpverlening is dat het de voorkeur heeft om mensen met een psychiatrische beperking 'te laten re-integreren' in de maatschappij. Deze vermaatschappelijking wordt momenteel, in de 21ste eeuw, gecontinueerd. Mensen met een psychiatrische beperking wonen steeds meer onder de mensen, in eigen woningen, in doorsnee wijken, in doorsnee steden. Vermaatschappelijking van de zorg en de tendens van 'samenwonen en leven in de wijk' leiden niet als vanzelfsprekend tot participatie van bepaalde kwetsbare doelgroepen, zoals mensen met een psychiatrische beperking.

De hedendaagse samenleving is niet (altijd) voorbereid op het samenleven, wonen en werken met burgers die, om wat voor reden dan ook, een andersoortige achtergrond hebben. Daarnaast zijn vele hulpverleners betrokken bij één en dezelfde persoon, soms zonder dit van elkaar te weten. Instellingen redeneren veelal vanuit de doelstellingen en belangen van de eigen organisatie en niet primair vanuit de problematiek van het individu of de doelgroep. Zo dreigt het gevaar dat institutionele belangen boven individuele belangen van burgers worden geplaatst. Veelal is er een overlap van klantgroepen, maar men was weinig op de hoogte van elkaars werkzaamheden. Het effect op cliënten kan zijn dat ze van het kastje naar de muur gestuurd worden en het vertrouwen in de hulpverlening verliezen (Wilken & Dankers, 2010). De focus op het optimaliseren van de leefomgeving van een persoon en diens systeem, ook in het kader van de Civil Society, vereist een aparte aanpak.

Om mensen met een (ex-)psychiatrische achtergrond in de maatschappij te laten participeren, blijkt meer nodig dan alleen het aanbieden van een woning in de stad. Uit onderzoek blijkt steeds meer dat mensen met een psychiatrische beperking vereenzamen (RMO, 2001; Machielse, 2003; Hortulanus, Machielse & Meeuwesen, 2003; Kwekkeboom, 2006). Dit blijkt ook uit de dagelijkse ervaringen van hulp- en dienstverleners. Deels heeft dit te maken met een beperkt sociaal netwerk of sociaal kapitaal of met beperkingen in sociale vaardigheden. Tevens blijkt dat buurtbewoners op hun beurt niet goed weten hoe met deze doelgroep om te gaan.





Onbekendheid met, in dit geval psychiatrische, problematiek en onwetendheid roept angst op bij buurtbewoners, waardoor vermijding- en uitstotingmechanismen in werking treden. Het gevolg hiervan is dat veel mensen met een psychiatrische achtergrond weinig nieuwe contacten opdoen en geïsoleerd raken. Deze factoren zijn niet bevorderend voor het persoonlijke herstelproces.

1.2 Doel van de methode

Wijk en Psychiatrie beoogt de maatschappelijke aansluiting van mensen met psychische beperkingen in de wijk te bevorderen en eenzaamheid te verminderen en voorkomen door het vergroten van het sociale netwerk.

De concrete beoogde resultaten zijn per doelgroep uitgewerkt, dus zowel op niveau van de burger en de wijk als van de betrokken organisaties.

Op de eerste plaats wordt met WeP beoogd dat de cliënt/inwoner:

- een groter sociaal netwerk opbouwt
- een zinvolle dagbesteding (in de eigen buurt) heeft
- een positieve rol in wijkactiviteiten vervult, dat wil zeggen als actieve deelnemer of gastheer/vrouw.

Op het niveau van de wijk beoogt de methode de volgende resultaten.

- Het (waar nodig) verstrekken van informatie aan wijkbewoners over (achtergronden van de) problematiek van de doelgroep.
- Het bevorderen van sociale contacten van wijkbewoners met de doelgroep.
- Het aanreiken van vaardigheden aan wijkbewoners om de doelgroep sociale steun te bieden.
- Het bieden van een plek waar wijkbewoners deskundigen specifieke vragen kunnen stellen.

Op het niveau van organisaties wordt gestreefd naar het bevorderen van een outreachende werkwijze en het versterken van de buurtgerichte samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties. De beoogde resultaten zijn:

- de organisaties kennen elkaars activiteiten en aanbod
- het aanbod van de instellingen is op elkaar afgestemd
- er zijn afspraken gemaakt over ieders inzet voor integratie en participatie van de doelgroep in de wijk.

Specifiek voor het wijk- of buurtcentrum wordt ernaar gestreefd dat medewerkers van dit centrum in staat zijn om een aanbod te creëren voor alle buurtbewoners, ook voor mensen met een psychiatrische problematiek. Ook is het streven dat het wijkcentrum een uitnodigende en actief gastvrije houding heeft naar de doelgroep.

De concrete beoogde resultaten voor het wijkcentrum zijn:

- wijkwelzijnsactiviteiten staan open voor de doelgroep





- kennis en vaardigheden om de doelgroep te ontvangen en te begeleiden zijn aanwezig
- er is een protocol/ vastgelegde handelwijze voor deelname van de doelgroep aan wijkactiviteiten.

1.3 Doelgroep van de methode

De primaire doelgroep van WeP bestaat uit kwetsbare wijkbewoners. De methode is gericht op mensen met psychiatrische (bijvoorbeeld schizofrenie, chronische depressiviteit of een persoonlijkheidsstoornis) of psychosociale problemen, al dan niet in combinatie met een lichte verstandelijke beperking of niet-aangeboren hersenletsel, die:

- moeite hebben met zelfstandig functioneren in de maatschappij
- weinig aansluiting vinden bij reguliere voorzieningen
- dikwijls met eenzaamheid kampen.

De weerbare wijkbewoners en de zorg- en welzijnsorganisaties die kwetsbare mensen in de wijk ondersteunen zijn twee secundaire doelgroepen.

Selectie doelgroep

Als er een melding is gemaakt door bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of een andere hulpverlener, dan worden mensen via huisbezoeken actief uitgenodigd.

1.4 Indicaties en contra-indicaties

Er zijn geen specifieke contra-indicatiecriteria. Uiteraard dient er geen sprake zijn van een ernstige psychiatrische conditie of onhandelbaar gedrag, zoals agressie of ernstige wanen.

1.5 Aanpak

Uitgangspunten

Wijk en Psychiatrie berust op de volgende drie uitgangspunten.

1. WeP gaat uit van participatie als groundbegrip: iedereen is in staat (in zekere mate) mee te doen in de samenleving en daar een plek te hebben. Dit impliceert ook contacten met andere wijkbewoners en burgers in de samenleving.
2. WeP beoogt mechanismen van isolement en uitsluiting tegen te gaan, door het creëren van ontmoetingsplekken en door de drempel naar activiteiten in werk en vrije tijd te verlagen.





3. WeP brengt professionals uit zorg en welzijn samen om op wijkniveau de handen ineen te slaan en aan een gedeelde doelstelling te werken. Er wordt gewerkt vanuit een visie die gebaseerd is op de rehabilitatiebenadering, de presentietheorie, empowerment en kwartiermaken (zie 2.2).

Met WeP wordt beoogd op lokaal niveau sociale samenhang en actief burgerschap te ondersteunen en te vergroten. Uitgangspunt is bij kwetsbare bewoners te onderzoeken waar behoefte ligt aan ondersteuning of zorg bij het vergroten van de persoonlijke redzaamheid. Dit wordt echter altijd bekeken in relatie tot sociale participatie en inclusie: iedereen kan meedoen en telt mee. Door middel van empowerment wordt beoogd de kracht van individuen en groepen te vergroten. Om het bovenstaande te bereiken wil WeP ook een verbindende en stimulerende rol vervullen bij het ontwikkelen en in stand houden van netwerken in de wijk. Hierbij gaat het om het bevorderen van samenhang tussen netwerken, voorzieningen en projecten, met als doel om een maximum rendement te halen uit alles wat in een wijk aanwezig is. Hierbij bestaat geen strikt onderscheid tussen zorg en welzijn. Zorg draagt bij aan welzijn en andersom. Bij zorg gaat de primaire aandacht uit naar de lichamelijke en geestelijke gezondheid van een persoon. De ondersteuning staat echter ook in het teken van het persoonlijk en sociaal functioneren en de kwaliteit van leven van betrokkene.

Organisatie

WeP dient beschouwd te worden als onderdeel van een breder maatschappelijk steunsysteem (zie 2.2). Het gaat om een samenwerkingsnetwerk tussen welzijnswerk, zorg, vrijwilligersorganisaties en cliëntenorganisaties. De opzet en ontwikkeling vereisen het nodige aan voorbereiding en afstemming tussen organisaties. Het is belangrijk dat er een initiatiefnemer is, een organisatie of instelling die het initiatief neemt om iets te doen aan de problemen die (ex)psychiatrische patiënt als bewoners in de stad hebben. De welzijnsorganisatie heeft een centrale rol. Zij neemt hiermee verantwoordelijkheid voor de groep kwetsbare burgers met een psychiatrische achtergrond.

De welzijnsorganisatie heeft een leidende rol in de volgende betekenissen.

- De welzijnsorganisatie biedt faciliteiten.
- De teamleider/manager neemt deel aan de begeleidingsgroep.
- Welzijnswerkers in de buurt- en wijkcentra hebben in het bijzonder aandacht voor en handelen proactief naar de doelgroep. Tevens zijn de betrokken welzijnsmedewerkers bereid tot deskundigheidsbevordering en deelname aan netwerkoverleg.
- Bestaande activiteiten in de welzijnscentra worden opengesteld en waar nodig en mogelijk bijgesteld voor de doelgroep.
- Van de betrokken ggz-instellingen wordt een actieve bijdrage verwacht. Een vertegenwoordiger van de ggz-organisaties neemt deel aan de begeleidingsgroep en er is een afgevaardigde in het WeP-wijknetwerk. Daarmee vervult de laatste ook een rol als contactpersoon naar de eigen organisatie/achterban.
- De begeleiders van de betreffende instellingen stimuleren de doelgroep in de wijk deel te nemen aan activiteiten.
- Waar nodig kunnen de ggz-organisaties advies en consult geven aan WeP-werkers of wijkbewoners.





Met de vrijwilligersorganisatie zijn de volgende afspraken gemaakt.

- Een lid van het managementteam neemt deel aan de begeleidingsgroep.
- Vrijwillige begeleiders van de doelgroep stimuleren deelname aan WeP-activiteiten.
- De organisatie geeft op verzoek informatie en advies en voorziet in eventuele vrijwilligersbemiddeling.
- Een uitvoerende kracht neemt deel aan het WeP-netwerk.

Werkwijze

WeP bestaat uit een voorbereidingsfase (1) en een implementatiefase (2). Uiteraard dient daarna de aanpak geborgd te worden. In fase 1 wordt een infrastructuur op wijkniveau gecreëerd. Hier ligt dus de nadruk op organisatie, zoals hierboven beschreven. In fase 2 wordt vanuit deze infrastructuur contact gelegd met (kwetsbare en weerbaardere) burgers om hen te helpen deelname door kwetsbare bewoners aan het maatschappelijk leven in de buurt mogelijk te maken. Deze fase bestaat uit toeleiding, verbinding maken en het bieden van de benodigde ondersteuning.

In de voorbereidingsfase wordt het samenwerkingsnetwerk van de convenantpartners ontwikkeld en de voorzieningen en activiteiten waarover zij beschikken in de wijk worden in kaart gebracht. Voor de integratie en participatie van de doelgroep is een effectief en dynamisch samenwerkingsproces tussen de zorg- en welzijnssector onmisbaar. De bijbehorende aanpak bestaat uit het creëren van ontmoetingen en uitwisselen over bestaande praktijken in netwerkbijeenkomsten enerzijds en het maken van afspraken en te behalen resultaten op zowel het niveau van de begeleidingsgroep als op wijkniveau anderzijds. Deze aspecten wisselen elkaar af en moeten leiden tot effectieve samenwerking.

Om WeP te starten dienen de volgende acties ondernomen te worden. In een initiatiefgroep participeren alle organisaties. De taken van deze groep zijn: het schrijven van een plan van aanpak (inclusief pr-plan), het accorderen van dit plan door de directies van de betrokken organisaties en het aanvragen van financiering. De meewerkende instellingen en organisaties stellen een convenant op, waarin alle samenwerkingsafspraken staan. Er wordt een coördinator-coach aangesteld. Er worden een implementatieplan, een pr-plan en een evaluatieplan uitgewerkt om de implementatie goed te laten verlopen. De initiatiefgroep kan vervolgens overgaan in een begeleidingsgroep of coördinatiegroep.

Gedurende deze fase van het project dragen de volgende activiteiten bij aan het implementeren van WeP.

1. Een sociale kaart van de wijk maken; een overzicht van geschikt aanbod vanuit diverse organisaties/instellingen inclusief professionals die in de wijk werken.
2. Een wijkstartbijeenkomst organiseren; de verschillende netwerken van professionals en vrijwilligers bij elkaar brengen om toe te werken naar concrete samenwerkingsafspraken.
3. Potentiële deelnemers / cliënten in beeld brengen.
4. Een overzicht maken van geschikte wijkactiviteiten voor de doelgroep.
5. In potentie geschikte wijkactiviteiten aanpassen zodat deze optimaal toegankelijk worden voor de doelgroep.
6. Kennismakings-/voorlichtingsbijeenkomsten organiseren. Er zijn draaiboeken beschikbaar





voor kennismakings-/voorlichtingsavonden voor buurtbewoners, voor professionals en voor vrijwilligers.

7. Het trainen van professionals en eventueel vrijwilligers (zie 1.8).

In de implementatiefase hebben professionals met een sociaalagogische beroepsopleiding die in de wijk werken specifiek de taak om te zorgen voor toeleiding en ondersteuning van mensen uit de doelgroep. Zij gaan ook de functie van intermediair vervullen.

De hoofdtaken van de 'WeP-werker' kunnen als volgt worden omschreven.

- ✓ Bereiken van de doelgroep door middel van persoonlijke contacten.
- ✓ Ondersteunen bij de integratie van de doelgroep in de wijk en het wijkcentrum.
- ✓ Koppelen van mensen aan het bestaande aanbod van activiteiten.
- ✓ Aanbieden van aangepaste activiteiten aan de deelnemers.

De WeP-werkers benaderen actief mensen die via het netwerk gemeld zijn, stellen zich present voor hen, onderzoeken hun wensen en helpen hen aansluiting te vinden bij voorzieningen en activiteiten in de wijk. Tevens werken zij aan de kant van de andere wijkbewoners, in het bijzonder de vrijwilligers en bezoekers van de wijkcentra. Hier gaat het om het geven van informatie, het corrigeren van verkeerde beelden en het aangeven hoe zij 'gastvrij' kunnen zijn voor mensen uit de doelgroep.

Cliënten kunnen op verschillende manieren met een WeP-werker in contact komen. Meestal gebeurt dit via verwijzing door een hulpverlener of een medecliënt. De WeP-werker hanteert een outreachende werkwijze. Hij zoekt contact met de cliënt en spreekt af op een door hem of haar gewenste plek. Hij verdiept zich actief en aandachtig in de situatie van de cliënt en onderzoekt diens wensen en voorkeuren. Vervolgens informeert hij de cliënt over de mogelijkheden en gaan ze samen op pad om de cliënt kennis te laten maken met interessante opties. Op deze wijze komt contact met het wijkcentrum of andere locaties tot stand. De WeP-werker zorgt voor een 'warme toeleiding' en helpt de cliënt bij het uitproberen van activiteiten die passen bij zijn voorkeuren en bij het aangaan van sociale contacten. Hij blijft actief contact onderhouden, totdat de cliënt aangeeft zijn weg verder zelf te kunnen vinden.





1.6 Materiaal

De volgende handleiding is beschikbaar:

Handleiding Wijk en Psychiatrie, geschreven door A. Tuk, S. Karbouniaris, J.P. Wilken & C. van Slagmaat, uitgegeven in 2013 door Stichting Welzijn Amersfoort in Amersfoort en Kenniscentrum Sociale Innovatie in Utrecht.

Deze handleiding is een geactualiseerde versie van de handleiding uit 2007 en is bedoeld om de implementatie van Wijk en Psychiatrie op nieuwe locaties te ondersteunen.

Daarnaast is er ondersteunend materiaal ontwikkeld voor een startbijeenkomst en het werken in groepen. De materialen zijn op te vragen bij de coördinator van Wijk en Psychiatrie en bij het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht (zie 1.11).

Stichting Welzijn Amersfoort en Hogeschool Utrecht kunnen training en coaching verzorgen in de WeP-benadering.

1.7 Uitvoerende organisaties

Kenmerkend voor WeP is dat er een samenwerkend netwerk gevormd wordt dat bestaat uit welzijnsorganisaties, zorgorganisaties en vrijwilligersorganisaties. Al deze instellingen hebben een rol in de samenwerking en de toeleiding van de doelgroep naar het project Wijk en Psychiatrie. Bij zorgorganisaties gaat het om ggz-instellingen, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, RIBW en RIAGG, maar ook thuiszorgorganisaties en eerstelijnspraktijken kunnen hierbij betrokken worden.

Daarnaast kunnen er nog verschillende andere instellingen betrokken worden bij WeP, zoals woningcorporaties en maatschappelijke dienstverlening. Ook deelname van politie aan het netwerkoeverleg is te overwegen, tenzij zij langs andere wegen (soortgelijke netwerken) benaderbaar is. Ter voorkoming van dubbele acties is het raadzaam om afstemming te zoeken met lokale verwante netwerken, bijvoorbeeld een netwerk dat vanuit de GGD is geïnitieerd voor casuïstiekoverleg (in Amersfoort is dit het OGGZ-overleg (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg)).

WeP wordt in Amersfoort uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen de lokale Stichting Welzijn Amersfoort (SWA), vrijwilligersorganisatie Ravelijn en diverse zorgorganisaties, waaronder GGZ Centraal, Kwintessens en RIAGG Amersfoort. Beweging 3.0 wordt bestuurlijk verantwoordelijk voor de welzijnsorganisatie Stichting Welzijn Amersfoort (SWA). Het onderdeel Maatschappelijke Zorg en Dienstverlening van Beweging 3.0 en SWA fuseren.

Daarnaast zijn er nog verschillende andere instellingen betrokken bij het project Wijk en Psychiatrie, zoals woningcorporaties (Woonstichting Portaal Eemland, Woningbouwvereniging De Alliantie Eemvallei), maatschappelijke dienstverlening (Beweging 3.0) en een kleinschalige





inloopvoorziening (Inloophuis Schothorst). Al deze instellingen hebben een rol in de samenwerking en de toeleiding van de doelgroep naar het project Wijk en Psychiatrie.

1.8 Benodigde competenties van de uitvoerder

Coördinator-coach

De coördinator-coach vormt een cruciale schakel in het project. Bij de aanvang van het project is hij/zij degene die (mede)richting geeft aan de opzet ervan. Hij of zij is een aanjager die net zo gemakkelijk aanschuift bij de gemeente als aan de keukentafel van een wijkbewoner. Hij/zij is in staat maatschappelijke ontwikkelingen te volgen en daarop te anticiperen. Er kan voor worden gekozen om de coördinator-coach ook voor een deel in te zetten voor de uitvoering, afhankelijk van de schaalgrootte en reikwijdte waarop WeP wordt ingezet.

De coördinator-coach is aanjager, coach, aanspreekpunt voor zowel het welzijnswerk en ggz-instellingen als voor de burgers, heeft de zintuigen wijd open staan en is vraagbaak voor velen. Hij/zij legt verbindingen tussen mensen en organisaties en kan creatief inspelen op vragen en nieuwe initiatieven stimuleren. Voor de coördinator-coach functie is een hbo-plus opleiding of werk- en denkniveau vereist.

WeP-werker

Op uitvoerend niveau zijn sociaalagogisch werkers actief in de wijk. In het kader van WeP noemen we ze ook wel 'WeP-werkers'. Zij dienen over de volgende competenties te beschikken.

Functieniveau en opleiding:

- ✓ Hbo werk- en denkniveau met relevante werkervaring.
- ✓ Afgeronde hbo-opleiding in relevante studierichting.
- ✓ Affiniteit met de doelgroep.

Kennis en inzicht:

- ✓ Kennis van aspecten van het werken met mensen met een psychiatrische achtergrond.
- ✓ Een bijzonder oog voor (potentieel) kwetsbare burgers.
- ✓ Kennis van de rehabilitatie- en herstelbenadering, presentie, kwartiermaken en outreachend werken.
- ✓ Inzicht in groepsprocessen.
- ✓ In staat zijn tot het zelfstandig uitvoeren van de functie (prioriteiten stellen, problemen oplossen, anticiperen op ontwikkelingen).

Ervaring en vaardigheden:

- ✓ In staat zijn tot samenwerken.
- ✓ Sociaal vaardig; uitstekende communicatieve vaardigheden en gevoel voor verhoudingen.





- ✓ In staat verbandingen te leggen op individueel niveau en op collectief niveau.
- ✓ Vaardigheden om deelnemers en vrijwilligers te begeleiden en te coachen.
- ✓ Analytische vaardigheden.
- ✓ Flexibele, klantgerichte instelling.
- ✓ Resultaatgericht, initiatiefrijk, doorzettingsvermogen, creatief.

Training, coaching en intervisie

Tijdens de uitvoering van WeP is het belangrijk dat er coaching en intervisie plaatsvinden.

Daaraan voorafgaand is het belangrijk de WeP-werkers te scholen in de principes van WeP en hen bekend te maken met specifieke kenmerken van de doelgroep die te maken hebben met de achterliggende problematiek. Professionals dienen te beschikken over kennis van rehabilitatie, presentie en kwartiermaken. Als zij niet beschikken over deze kennis, kan dat deel uitmaken van de training 'Omgang/bejegening van wijkbewoners met een psychiatrische of psychische beperking' georganiseerd door Stichting Welzijn Amersfoort. Het doel is om medewerkers (waaronder sociaal werkers en beheerders van de wijkcentra), maar ook vrijwilligers en stagiaires die werkzaam zijn binnen het welzijnswerk, bekend en vertrouwd te maken met de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden en hen handvatten aan te reiken om met deze doelgroep om te gaan in hun dagelijks werk. De training neemt een dagdeel in beslag en bestaat uit de onderdelen:

- kennismakingsronde
- belangrijke waarden in de bejegening
- het organiseren van een gastvrij onthaal
- de methode Wijk en Psychiatrie (doelstellingen, praktijk, benadering)
- informatie over psychiatrische ziektebeelden
- ervaringen uitwisselen, leermomenten, conclusies en vragen.

1.9 Overige randvoorwaarden

Kwaliteitsbewaking

In het kader van kwaliteitsbewaking is het raadzaam een stuur- of begeleidingsgroep in te stellen die als doel heeft toe te zien op de kwaliteit, randvoorwaarden en ontwikkeling van het project. Bij implementatie in andere wijken/steden is het aan te bevelen om professionals te trainen volgens de principes van Wijk en Psychiatrie en de handleiding te gebruiken (zie 1.8). Omdat participatie van mensen uit de doelgroep centraal staat, is het belangrijk deze van meet af aan erbij te betrekken, niet alleen als deelnemer maar ook in de stuurgroep. Eventueel kan ook een klankbordgroep opgezet worden.

Kosten van de interventie

De kosten bestaan voornamelijk uit personele lasten. Daarnaast is er budget nodig voor training en organisatie- en activiteitenkosten. De inzet van de leden van de begeleidingsgroep wordt door de betrokken organisaties gefinancierd uit reguliere middelen.





De personele kosten zijn afhankelijk van de grootte van een wijk en de omvang van de doelgroepen die met WeP bediend worden. Minimale inzet bij de start is 0,4 fte WeP-werker aangevuld met inzet van een projectleider/coördinator-coach voor 0,2 fte. Als een structuur eenmaal is neergezet in een wijk, zullen de coördinerende werkzaamheden toenemen door de verbreding naar andere wijken, een groter bereik en doorontwikkeling van het initiatief. De tijdsbesteding van de coördinator-coach is dan minimaal 12 uren per week. Daarnaast blijft gemiddeld 6 tot 8 uur inzet van WeP-werkers per wijk nodig. Verder moet men voor training, organisatie- en activiteitenkosten rekenen op een bedrag van ongeveer € 5.000.

Omdat het gaat om ondersteuning bij participatie komt WeP in aanmerking voor financiering via de Wmo. Ook kunnen buurt- of wijkbudgetten gebruikt worden voor het organiseren van activiteiten in de wijk. De gemeente is de belangrijkste financier maar er kunnen ook andere subsidiegevers worden gezocht om activiteiten te financieren. Bijvoorbeeld de Provincie, zorgkantoren en diverse fondsen op het terrein van zorg en welzijn, waaronder het Oranjefonds.

In Amersfoort is de projectstatus sinds 2011 beëindigd en is WeP structureel onderdeel van het aanbod geworden, gefinancierd door de gemeente vanuit de Wmo. Jaarlijks is hier circa € 40.000 voor begroot. Hiermee worden vijf wijken bediend.

1.10 Overeenkomsten en verschillen met andere interventies

Het WeP concept heeft raakpunten met een aantal andere interventies. We bespreken er drie.

Trefpunt De Bilt

Het Trefpunt in De Bilt is sinds 2004 een laagdrempelige ontmoetingsplek voor mensen die tussen wal en schip (dreigen te) vallen (Karbouniaris, 2010, Karbouniaris & Wilken, 2010). Het doel ervan is om het sociaal isolement van deze mensen te verminderen en hun sociale participatie te bevorderen. Het Trefpunt komt in actie tegen mechanismen van sociale uitsluiting in de samenleving. Het gaat hier om zogenoemde 'vergeten mensen' die kampen met sociaal isolement, eenzaamheid, sociale armoede of een lichamelijke of psychische kwetsbaarheid.

Evenals Wijk en Psychiatrie is het concept van Het Trefpunt hoofdzakelijk gebaseerd op de benaderingen kwartiermaken (Kal, 2001) en de presentiebenadering (Baart, 2001). Een duidelijk verschil is echter dat Het Trefpunt ontstaan is vanuit een burgerinitiatief en kritisch staat ten aanzien van de belemmeringen van de vele kokers van reguliere zorg- en welzijnsorganisaties. Het Trefpunt beweegt zich in mindere mate binnen de structuren van zorg en welzijn. Wijk en Psychiatrie onderscheidt zich doordat de methode zowel stevig ingebed is in een samenwerkingsverband van zorg, welzijn en vrijwillige inzet als in het sociale weefsel van de wijk. Door het verschil in aanpak kan effectonderzoek naar Het Trefpunt niet als indirect wetenschappelijk bewijs voor de methode Wijk en Psychiatrie gezien worden.





MSS Eindhoven

In de MSS-projecten van Eindhoven en omgeving wordt sinds 2005 beoogd woonomgevingen geschikt te maken voor kwetsbare mensen zodat ze normaal kunnen leven en zich er ook thuis voelen. Dat kan als de cliënten daar zelf energie in steken, als de wijk voldoende openstaat en er een netwerk is waar ze op kunnen terugvallen. In het zorgvernieuwingsproject Maatschappelijke Steunsystemen (MSS) worden kwartiermaken en de inzet van ervaringsdeskundigen gecombineerd in een wijk/dorpgerichte benadering. Ook wordt gebruik gemaakt van de presentiebenadering (Henkens, 2010).

Het aanbod in het MSS-project bestaat uit vier soorten activiteiten.

- Kwartiermakers en ervaringsdeskundigen leggen en onderhouden laagdrempelig contact met de cliënten via huisbezoeken. Het gaat daarbij om aanwezigheid, er gewoon zijn. Daarnaast gaat het om het organiseren en geven van praktische ondersteuning.
- Het bijeenbrengen van cliënten in een 'bouwgroep': daarin kunnen zij steun vinden bij elkaar en gezamenlijk onderzoeken wat nodig is om zich beter thuis te gaan voelen in de buurt en de samenleving.
- Het organiseren en creëren van participatiemogelijkheden, waaronder een eigen veilige (ontmoetings)plek voor de doelgroep, als thuishonk en springplank.
- Het contact leggen met medewerkers van organisaties en voorzieningen die een bijdrage kunnen leveren aan het persoonlijk steunsysteem.

Het valt op dat de doelstellingen in grote lijnen vergelijkbaar zijn met Wijk en Psychiatrie. De uitwerking verschilt enigszins; MSS Eindhoven kent een uitgebreidere en intensievere inzet. Het gaat om het brengen van thuisbezoeken en de samenwerking met MEE, maatschappelijk werk, de gemeente, woningbouwverenigingen, thuiszorg, politie, Sociale Diensten, Wmo-loketten, het dagbestedingcentrum, beschermd en begeleid wonen, *casemanagement*, bewonersorganisaties, de doelgroep zelf en vrijwilligersorganisaties. MSS Eindhoven opereert vanuit de ggz, terwijl WeP vanuit het welzijnswerk is opgezet. De methode MSS Eindhoven komt voldoende overeen met methode Wijk en Psychiatrie om beschikbaar effectonderzoek als indirect bewijs mee te nemen.

Schakels in de Buurt

Het project 'Schakels in de buurt' experimenteerde in de periode 2008-2010 in drie wijken van Amersfoort met een team professionals die de brugfunctie vervullen tussen zorg en welzijn (Wilken & Dankers, 2010). In dialoog met bewoners van de wijken wordt gezocht naar een passend aanbod van zorg en ondersteuning. In twee van de drie wijken is WeP geïncorporeerd in Schakels in de Buurt. Centraal in Schakels in de Buurt staat een team van professionals uit welzijns- en zorgorganisaties. Deze opereert in en tussen de netwerken die in de wijk rond verschillende groepen bestaan (kinderen, jongeren, ouderen). Het schakelteam beoogt de sociale samenhang en actief burgerschap te ondersteunen en te vergroten. Hierbij staat het eigen initiatief van bewoners centraal. Het team kijkt zowel naar aspecten van persoonlijke redzaamheid als naar aspecten van participatie.

In iedere wijk beweegt het schakelteam zich actief in een netwerk bestaande uit professionals, bewoners en vrijwilligers. De focus van het project ligt op het creëren en verstevigen van maatschappelijke steunsystemen en het vinden van aansluiting met elkaar. Uit het onderzoek van het Kenniscentrum Sociale Innovatie blijkt dat een nieuwe geïntegreerde individuele én





wijkgerichte aanpak succesvol is. Dit is ook zichtbaar in de aanpak van Wijk en Psychiatrie. Binnen een algemene aanpak als Schakels in de Buurt, die bedoeld is voor alle inwoners, is het goed speciale aandacht te besteden aan specifieke doelgroepen, om meer ondersteuning op maat te kunnen bieden. De methode Schakels in de Buurt komt voldoende overeen met methode Wijk en Psychiatrie om beschikbaar effectonderzoek als indirect bewijs mee te nemen.

1.11 Contactgegevens ontwikkelaar

WELZIN

werkt voor mensen

Drentsestraat 14

3812 EH Amersfoort

www.welzin.nl

www.wijkenpsychiatrie.nl

Contactpersoon

A. Tuk

033 469 2469 / 06 4314 2476

anne.tuk@welzin.nl

Kenniscentrum Sociale Innovatie - Hogeschool Utrecht

Heidelberglaan 7

3584 CS Utrecht

Contactpersonen

S. Karbouniaris

simona.karbouniaris@hu.nl

088 481 92 20

J.P. Wilken

jean-pierre.wilken@hu.nl

088 481 98 31

www.socialeinnovatie.hu.nl

www.schakelsindebuurt.nl





2. Onderbouwing

2.1 De ontwikkelgeschiedenis van de methode

Aanleiding Wijk en Psychiatrie

Het initiatief om WeP te ontwikkelen ligt bij vrijwilligerscentrale Ravelijn, die als eerste het signaal gaf dat veel (ex-) psychiatrische patiënten vereenzaamden en dat de integratie niet verliep zoals gewenst. Er bleek een tekort aan maatjes voor deze doelgroep bij het maatjesproject. Dit leidde in 2002 tot het initiatief om projectmogelijkheden te verkennen en een initiatiefgroep in te richten. In deze groep werd de gedeelde problematiek besproken en voor het eerst werd gezamenlijk nagedacht over een mogelijke aanpak. Onder het voorzitterschap van de vrijwilligerscentrale kwam een eerste projectplan tot stand.

De initiatiefgroep kende een brede samenstelling van ggz-instellingen (RIAGG Amersfoort, Kwintessence (voorheen Vindicta) en GGZ Centraal), Stichting Welzijn Amersfoort (SWA) en Stichting Ravelijn. Met deze organisaties zijn op basis van het eerste plan convenantafspraken gemaakt. Stichting Welzijn Amersfoort besloot een trekkersrol te gaan vervullen, omdat zij in veel wijken actief is en buurtvoorzieningen beheert. Er werd een WeP-medewerker en een projectleider aangesteld. Dit was mogelijk door financiële steun van onder andere het Oranje Fonds, Gemeente Amersfoort, Provincie Utrecht en Zorgkantoor Utrecht.

De methode is zowel vanuit de praktijk (inductief) als vanuit theorie (deductief) ontwikkeld. Het onderzoek hielp om theoretische kaders, zoals presentiegericht werken, kwartiermaken en maatschappelijke ondersteuning, steeds beter in te zetten in de praktijk (zie ook 2.2).

Pilot in wijk Schothorst

In 2005 is daadwerkelijk gestart met de uitvoering van Wijk en Psychiatrie in de wijk Schothorst. In 2005 en 2006 hebben de eerste onderzoeksactiviteiten plaatsgevonden vanuit het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht (Brettschneider, 2007). Doel was om door middel van het onderzoek een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de methode en de effectiviteit van de methode in kaart te brengen, zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin. In deze periode heeft procesvolgend onderzoek plaatsgevonden. Daarnaast is ook direct gestart met het volgen van deelnemers. Dit onderzoek bracht de sociale kaart in de wijk Schothorst in beeld en droeg bij aan de ontwikkeling van het profiel van de 'WeP-werker', die gekarakteriseerd kan worden als een presentieachtig werkende intermediair die zowel in de wijk als naar mensen uit de doelgroep kwartier aan het maken is.

Naar aanleiding van de eerste evaluatie in 2006 is de opzet bijgesteld. Zo is ingezet op meer samenspraak met/door deelnemers, zijn enkele activiteiten geschrapt en is een flink aantal nieuwe activiteiten (door)ontwikkeld. Er dienden meerdere interventies te worden ingezet om het sociale netwerk van de deelnemers in de wijk te vergroten.

Een eerste handboek en verbreding naar andere wijken

Vanaf 2007 werd het project uitgerold in andere wijken, in eerste instantie Randenbroek-Schuilenburg. Ook is in 2007 een eerste handboek voor Wijk en Psychiatrie opgesteld





(Kranendonk, Veenstra & Van der Wiel, 2007). Daarnaast is er ondersteunend materiaal ontwikkeld voor een startbijeenkomst en het werken in groepen. Het handboek is voortgekomen uit vervolgonderzoek dat plaatsvond in 2006 en 2007. De resultaten van 2006 en 2007 zijn toen afgezet tegen de doelstellingen van het project. Op die manier is geprobeerd duidelijk te krijgen wat het WeP-project met haar activiteiten, interventies en samenwerking heeft opgeleverd.

De WeP-medewerker kreeg steeds meer de taak om collega's in het welzijnswerk te trainen en voor te bereiden op het werken binnen de structuren van WeP. Er kon worden voortgeborduurd op reeds bestaande contacten, dankzij de investering van de voorgaande twee jaren. De communicatie naar de instellingen werd vlot opgepakt en zodoende was een doorstart snel gemaakt. Naarmate het project breder werd, is de WeP-werker van het eerste uur overgegaan naar een coördinatiefunctie en hebben de sociaal werkers de meeste taken van de WeP-werker op wijkniveau overgenomen. Door deze schaalvergroting is de keuze gemaakt om de inzet van de projectleider te continueren en haar de verantwoordelijkheid te geven voor wijkoverstijgende taken, zoals de ondersteuning van de WeP-werkers in de wijk en de implementatie van de aanpak in nieuwe wijken.

Gaandeweg zijn de genoemde rollen verder uitgekristalliseerd en is op elke nieuwe locatie een WeP-medewerker actief. Deze functie wordt thans vervuld door de sociaal werker in de wijk. Deze heeft een variabel aantal uren voor het werken met 'kwetsbare burgers' (anno 2012 gaat het om vijf beroepskrachten). Het project wordt aangestuurd door een projectleider. Ten slotte zijn ook professionals vanuit het reguliere welzijnswerk en beheerders van de wijkcentra meegenomen in de ontwikkeling en professionalisering van WeP.

Nadat in 2007 ook in Randenbroek gestart was met WeP-activiteiten, besloot men de scope te verbreden en het netwerkoverleg Amersfoort-breed open te stellen voor alle professionals die op enige wijze betrokken raakten bij het project. Aanvankelijk bestond het netwerkoverleg enkel uit WeP-werkers.

Actualisering handboek Wijk en Psychiatrie

Vervolgens is de infrastructuur van WeP verder wetenschappelijk onderbouwd op basis van de bevindingen uit het onderzoek naar het project Schakels in de Buurt dat in de periode 2008-2010 plaatsvond (Wilken & Dankers, 2010). Uit dit onderzoek blijkt vooral dat het direct koppelen van professionals uit het wijkwelzijnswerk aan professionals uit de zorg en het samenwerken op wijkniveau voor mensen uit de doelgroep tot effectievere werkvormen leidt. De intermediaire functie van de WeP-werker, die tot dan toe redelijk solistisch opereerde, krijgt een steviger inbedding. Het Maatschappelijk Steunsysteem wordt erdoor verbeterd. Daarna is op basis van het vervolgonderzoek in 2010 en 2011 het handboek geactualiseerd (Tuk, Karbouniaris, Wilken & Van Slagmaat, 2013).

In 2010 vond, voorafgaand aan het vierde jaar van WeP, een brainstormsessie plaats, waar de professionals de mogelijkheden voor continuering hebben onderzocht. In de bewuste sessie is stilgestaan bij Wijk en Psychiatrie in relatie tot het huidige politieke klimaat en bredere ontwikkelingen in zorg en welzijn. Zowel productieve als contraproductieve factoren in het heersende beleid zijn geïnventariseerd. Van invloed is onder meer de garantstelling voor





financiering van professionele inzet, de focus (*corebusiness*) van de organisaties waar de professionals werkzaam zijn, de mate waarin de wijkcentra betrokken zijn en blijven en de komst van de Wmo. Daarnaast blijkt de vergrijzing en de krappere arbeidsmarkt ook een niet te verwaarlozen rol te spelen. In de gezamenlijke sessie zijn ieders kracht en behoeften in kaart gebracht. Hierbij was het ook van groot belang dat de verschillende betrokkenen een verantwoordelijkheid op zich zouden nemen als aandeelhouder. Naar aanleiding van deze brainstormsessie, zijn de verschillende verantwoordelijkheden en werkzaamheden verder uitgekristalliseerd, zodat er een steeds steviger basis voor de verdere uitbouw en borging van de aanpak ontstond.

Doorontwikkeling WeP

De bedoeling is de WeP-benadering uiteindelijk in alle wijken van Amersfoort aan te bieden. Het uitgangspunt is dat alle inwoners van Amersfoort die behoren tot de doelgroep, een beroep kunnen doen op WeP, ongeacht waar zij wonen.

In 2012 heeft onderzoek (Van Gijzel & Karbouniaris, 2013) plaatsgevonden waaruit blijkt dat de werkwijze van WeP op uitvoerend niveau goed toe te passen is op mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel (NaH). In 2011 ging Stichting Welzijn Amersfoort van start met NaHNU, een project dat zich specifiek richt op mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NaH). Dit idee kwam tot stand vanuit een gezamenlijk initiatief van Stichting Boogh, Paraplu Utrecht en Stichting Welzijn Amersfoort (SWA). Zij constateerden een gebrek aan aansluiting in de wijk voor met name mensen die een licht opgelopen letsel hebben. Dit leidde tot de start van NaHNU binnen het welzijnswerk, waar gebruik wordt gemaakt van de methode WeP. Het onderzoek heeft onder andere aandacht besteed aan de verschillen en overeenkomsten in het methodisch handelen, de mate van maatschappelijke aansluiting van mensen met NaH en belangrijke randvoorwaarden.

Uit dit onderzoek blijkt dat mede door het procesvolgende karakter, een presentiegerichte benadering van de WeP-professional en een houding gericht op empowerment, de aansluiting bij de behoeften en krachten ook bij deze groep individuen duidelijk zichtbaar is. Omdat er gekeken wordt naar het individu, met de nadruk op diens mogelijkheden, lijken specifieke kenmerken van de doelgroep NaH, zoals verminderde concentratie, traumaverwerking en prikkelgevoeligheid, minder relevant. Deelnemers van NaHNU voelen zich gezien als persoon zonder meteen een label te krijgen.

2.2 Onderbouwing van de probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

De ontwikkelaars hebben bij de onderbouwing van de methode WeP mede gebruik gemaakt van verschillende visies en theorieën: Maatschappelijk Steunsysteem (Van Weeghel & Drees, 1999), Kwartiermaken (Kal, 2001), Presentiebenadering (Baart, 2001) en Empowerment (Van Regenmortel, 2008)





Vermaatschappelijking is niet vanzelfsprekend

Om mensen met een (ex-)psychiatrische achtergrond in de maatschappij te laten participeren, blijkt meer nodig dan alleen het aanbieden van een woning in de stad. Een vijfde van de mensen met een beperking geeft aan dat ze graag ondersteuning willen bij gezelschap, vervoer en geschikte activiteiten (SCP, 2010). Deels heeft dit te maken met beperkingen in sociale vaardigheden of een beperkt sociaal netwerk. Voor een deel komt het ook doordat deze mensen langdurig buiten het maatschappelijk leven hebben gestaan vanwege de ziekte en de behandeling (onder andere Kwekkeboom & Van Weert, 2008).

Uit onderzoek van Brettschneider e.a. (2007) naar het beeld dat deelnemers van WeP aan het begin van het project van zichzelf hebben, zegt de helft van de mensen tevreden te zijn over zichzelf. Een kwart van de geïnterviewden is niet tevreden. De overige mensen twijfelen of ze wel of niet tevreden zijn met zichzelf. Vooral bij mensen die langdurig kampen met psychiatrische problematiek wordt slechts een klein netwerk aangetroffen, dat veelal bestaat uit lotgenotencontacten. Van de 27 geïnterviewden wensen 17 aanvullende contacten in de buurt en 10 respondenten missen een echt goede vriend of vriendin én vinden hun kenniskring te beperkt. Er zijn echter ook respondenten, die geen nieuwe contacten wensen en redelijk tevreden zijn met de wijze waarop ze functioneren en participeren in de samenleving. Wat betreft arbeidsparticipatie scoort deze groep respondenten laag. Slechts één deelnemer verricht betaald werk en de wens daartoe is beperkt aanwezig. Vrijwilligerswerk wordt door 16 mensen gedaan, maar specifiek in de directe leefomgeving van de eigen buurt of wijk is deze groep veel kleiner (6). Het gevoel niet mee te tellen, speelt bij 12 mensen nadrukkelijk en bij 10 in enige mate een rol. Wat betreft het wonen en participeren in de wijk zeggen 15 mensen binding met de wijk voelen, vier ervaren dit in enige mate en de resterende acht personen ervaren dit niet of nauwelijks.

Aan de kant van de samenleving blijkt dat buurtbewoners niet altijd goed weten hoe met deze doelgroep om te gaan. Onbekendheid met psychiatrische problematiek en onwetendheid roepen angst op bij buurtbewoners, waardoor vermijdings- en uitstotingsmechanismen in werking treden. Het gevolg hiervan is dat veel mensen met een psychiatrische achtergrond weinig nieuwe contacten opdoen en geïsoleerd raken (Kal, 2001; Kal, Post & Scholtens, 2012). Ook hulpverleners zijn vaak niet gericht op het bieden van ondersteuning bij participatie (zie onder andere Dankers & Wilken, 2010). Zij richten zich meer op de aandoening en op ondersteuning in de woonsituatie en zijn niet gewend om aan re-integratie te werken. Dit was een belangrijke reden voor de ontwikkelaars van WeP om te kijken naar nieuwe professionele inzet die zorg en welzijn met elkaar kon verbinden. In een aantal gevallen leven cliënten buiten het zicht van hulpverlening en het welzijnswerk. Hier is het de kunst mensen (opnieuw) te bereiken.

Maatschappelijk steunsysteem

WeP is ingebed in en opereert via een zogenaamd 'maatschappelijk steunsysteem' (Van Weeghel & Droes, 1999; Verschelling & Van de Lindt, 2010; Leur et al., 2010). Een maatschappelijk steunsysteem beoogt het persoonlijk netwerk te ondersteunen en waar mogelijk te versterken. Daartoe verenigt het systeem bestaande netwerken, contacten en activiteiten rondom een persoon. Een MSS kan gedefinieerd worden als: een gecoördineerd





netwerk van personen, diensten en voorzieningen waarvan kwetsbare mensen zelf deel uitmaken en dat hen en eventueel aanwezige mantelzorgers op vele manieren ondersteunt om in de samenleving te participeren. Het gaat hier om diensten op het gebied van zorg, welzijn en arbeid en om zowel formele als informele ondersteuning (Van Weeghel & Dröes, 1999). Het inschakelen van intermediairs, maatjesprojecten en vriendendiensten maakt deel uit van een MSS. Een MSS past ook bij een vraaggestuurde en intersectorale aanpak, die bijdraagt aan het verbinden van het aanbod van zorg- en welzijnsinstellingen (zie onder andere Bussemaker, 2010). Uit onderzoek naar MSS Eindhoven blijkt dat het inzetten van intermediairs, ingebed in een netwerk van samenwerkende organisaties, een succesvolle aanpak is (Henkens, 2010).

Bij de methode WeP vervullen zogenaamde schakelteams een spin-in-het-webfunctie in de opbouw en instandhouding van maatschappelijke steunsystemen en in de verbinding van personen met het systeem. WeP is verbonden met deze structuur (Wilken & Dankers, 2010).

Integrale aanpak

Op basis van de waarneming dat er, ondanks een rijkdom aan mogelijkheden en hulpbronnen, toch dikwijls een gefragmenteerd aanbod tot stand komt van zorg en ondersteuning, is binnen Wijk en Psychiatrie een integrale aanpak ontwikkeld. Deze bestaat onder meer uit een aantal basiselementen uit het Kwartiermaken (Kal, 2001), de Presentietheorie (Baart, 2001) en empowerment (Van Regenmortel, 2008). Dit zijn ook elementen van een integrale rehabilitatiebenadering.

Psychosociale rehabilitatie

Psychosociale rehabilitatie wordt beschreven als *'een proces waarin activiteiten plaatsvinden die erop gericht zijn om een persoon met psychosociale beperkingen te helpen diens levenskwaliteit en zelfzorgvermogen zo groot mogelijk te laten zijn, teneinde zowel persoonlijk als maatschappelijk tot tevredenheid te kunnen functioneren in woon-, werk- en andere milieus van keuze.'* (Wilken & Den Hollander, 1999; 2012). Deze benadering kent de volgende uitgangspunten.

- Persoonsgerichtheid: de mens in zijn geheel staat centraal.
- Functioneren: het gaat om het uitvoeren van alledaagse activiteiten.
- Steun: het bieden van steun zo lang als nodig.
- Omgevingspecificiteit: rehabilitatie is gericht op de specifieke context waarin een persoon woont, leert, recreëert, werkt of sociale contacten heeft.
- Betrokkenheid: een persoonlijk engagement van de hulpverlener en partnerschap.
- Keuze: de voorkeuren van de persoon staan tijdens het hele proces centraal.
- Resultaatgerichtheid: het gaat om wat rehabilitatie voor de cliënt oplevert.
- Groeipotentieel: het verbeteren van het succes en de persoonlijke tevredenheid van de persoon staat centraal.

De integrale rehabilitatiebenadering omvat meerdere niveaus van functioneren: mens, leefomgeving, maatschappij. Op het niveau van het individu gaat het om het begrijpen van de kwetsbaarheid en de daarmee samenhangende beperkingen. Daarnaast gaat het om de denken en gevoelswereld, de vaardigheden en talenten. Deze zijn niet los te zien van de levensgeschiedenis, van wensen en verlangens. Op het niveau van de leefomgeving en de maatschappij gaat het om inzicht in de mogelijkheden die deze factoren kunnen bieden om de





beperkingen van de cliënt te compenseren en hem te helpen te participeren als volwaardig burger. Deze inzichten kunnen leiden tot acties die erop gericht zijn mogelijkheden te vergroten, drempels te verlagen en de juiste hulpbronnen aan te boren. De waarden en uitgangspunten zoals hierboven beschreven, zijn terug te vinden in de drie hierna uitgewerkte theorieën Kwartiermaken, Presentiebenadering en Empowerment welke alle onderdeel zijn van de werkwijze van Wijk en Psychiatrie.

Kwartiermaken

Op het niveau van de wijk is het van belang te werken aan processen in de samenleving, die de participatie van kwetsbare burgers kunnen stimuleren, ook wel omschreven als kwartiermaken (Kal, 2001). Hierbij is het relevant om stigmatisering en vooroordelen het hoofd te bieden. Zo kan er meer begrip ontstaan voor de doelgroep. Door middel van kwartiermaken wordt een appel gedaan op de samenleving die idealiter meer ontvankelijk zou moeten zijn voor mensen die anders zijn. Het kenmerk van kwartiermaken is dat het sterk tweezijdig gericht is: zowel op de persoon die vanwege beperkingen niet zo gemakkelijk deel uitmaakt van de samenleving, én op de omgeving waar die persoon mee zou willen doen (Kal, Post & Scholtens, 2012). De 'WeP-werker' opereert op deze wijze. Het kwartiermaken komt in het WeP-project tot uitdrukking in de activiteiten die plaatsvinden om werkers in de wijkcentra, vrijwilligers en deelnemers aan activiteiten tot een gastvrije houding te stimuleren ten opzichte van mensen met een psychiatrische achtergrond (Karbouniaris & Wilken, 2012).

Presentiebenadering

De presentiebenadering staat voor aandachtige en nabije zorg in de leefwereld van de persoon om wie het gaat (Baart, 2001). Met presentiegericht werken wordt meebewogen binnen de leefwereld van de ander. De benadering benadrukt dat aansluiting met kwetsbare personen die zich niet (meer) in tel voelen, vraagt om een zorgvuldige bejegening. Daarbij stelt de professional niet zijn eigen agenda op de voorgrond, maar de percepties van de ander. Het gaat er om door deze aanpak contact te maken, vertrouwen te krijgen en van daaruit te kijken naar wat nodig is. De 'WeP-werker' werkt volgens de presentiebenadering door te investeren in een veilige omgeving, aandacht en een aangename sfeer. Hieruit volgt aandachtige nabijheid en het meebewegen met de ander, wat aanknopingspunten op kan leveren voor activiteiten (Karbouniaris & Wilken, 2012). Uit onderzoek naar Het Trefpunt (Karbouniaris & Wilken, 2010) blijkt dat de kracht hiervan vooral de outreachende presentiebenadering is, waardoor mensen in geïsoleerde posities bereikt worden en toegeleid worden naar sociale contacten.

Empowerment

Empowerment is het proces van sterker worden van individuen en groepen. Anderen kunnen dit proces ondersteunen. In de visie op empowerment van Van Regenwortel (2008) gaat het concreet om een trekkende en duwende aanpak die wordt getypeerd als doelgroepstrategie. Het gaat om het ontwikkelen van 'trekkracht' (of 'pull') in de samenleving, voor mensen die 'anders' zijn, naast de 'push' uit de reguliere voorzieningen. Deze elementen van empowerment zijn in het handelen van de WeP-werkers verweven, doordat nauw aangesloten wordt bij de kwaliteiten van deelnemers en deze ook aangesproken en versterkt worden.





3. Onderzoek naar praktijkervaringen

De beschrijving van de praktijkervaringen van de professional en cliënt/burger zijn gebaseerd op de volgende twee publicaties.

1. E. Brettschneider, H. Veenstra, S. Kranendonk en K. van der Wiel (2007). Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2005-2007. Utrecht: Hogeschool Utrecht / Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Van oktober 2005 tot juli 2007 heeft de ontwikkelaar (Kenniscentrum Sociale Innovatie) procesvolgend onderzoek verricht naar de pilot WeP. De hoofdvraag van dit onderzoek was: In hoeverre draagt het WeP-project bij aan de maatschappelijke integratie van (ex) psychiatrische cliënten in de wijk Amersfoort Schothorst? Deelvragen:

- Hoe zien de geschiedenis en de demografische, geografische en sociale structuur van de wijk Schothorst eruit?
- Hoe ervaart de cliënt het WeP-project en in welke mate draagt het bij aan de integratie van deze cliënten in de wijk Schothorst?
- Hoe ervaren de medewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering van het WeP-project, de werkwijze van de WeP-consulente, het WeP-project en de deelname van de cliënten aan de WeP-activiteiten?
- Welke instellingen zijn betrokken bij het WeP-project en hoe ervaren de werknemers van deze instellingen het WeP-project?
- Hoe ziet de werkwijze van de WeP-consulente eruit?

De resultaten met betrekking tot deelvraag 1 worden in een ander rapport (Buurtscan) gerapporteerd. Voor de beantwoording van deelvraag 2 zijn negen van de 20 deelnemers aan het WeP-project geïnterviewd. Onderwerpen die in dit interview aan bod kwamen waren: bekendheid met WeP, deelname aan activiteiten, waardering van activiteiten en nieuwe contacten. Het is niet bekend op welk moment tijdens hun deelname aan WeP (direct na start of na een deelnameperiode van een jaar bijvoorbeeld) zij werden geïnterviewd. Voor de beantwoording van deelvraag 3 zijn alle zes bij het WeP-project betrokken medewerkers geïnterviewd. Voor het beantwoorden van deelvraag 4 zijn 14 enquêtes verstuurd naar medewerkers van diverse externe deelnemende instanties aan het WeP-project, waarvan er vijf zijn geretourneerd. Deelvraag 5 is onderzocht door middel van twee interviews met de WeP-consulente, het analyseren van de maandelijkse logboeken van de WeP-consulente en het observeren van enkele programmaonderdelen van WeP.

2. S. Karbouniaris en J.P. Wilken (2012). Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2008-2012. Utrecht: Hogeschool Utrecht / Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Deze slotrapportage behelst een aanvullend onderzoek dat de ontwikkelaar (Kenniscentrum Sociale Innovatie) uitvoerde in vervolg op eerdere onderzoeken. De vraagstellingen van dit onderzoek luiden als volgt.

- Wat levert Wijk en Psychiatrie op in termen van participatie van de deelnemers?





- Wat zijn de werkzame factoren in de werkwijze van WeP die bijdragen aan de resultaten?
- Wat is de mate van overdraagbaarheid?

Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van een *mixed-methods design*. Er is kwalitatief onderzoek gedaan (bronnenonderzoek, semigestructureerde interviews en focusgroepinterviews), dat is aangevuld door middel van kwantitatieve dataverzameling (Gestandaardiseerde vragenlijst PAS). In de periode van juni 2009 tot maart 2011 zijn 37 individuele interviews gehouden met 34 deelnemers (24 vrouwen en 10 mannen) aan Wijk en Psychiatrie. Zij zijn op verschillende meetmomenten geïnterviewd met als leidraad voor het gesprek de gestandaardiseerde Participatie, Autonomie en Steun (PAS) vragenlijst (Wilken & Karbouniaris, 2010). Het is niet bekend op welk moment tijdens hun deelname aan WeP (direct na start of na een deelnameperiode van een jaar bijvoorbeeld) zij werden geïnterviewd. Drie deelnemers zijn op twee verschillende meetmomenten gesproken (begin- en eindmeting). Echter, dit kleine aantal respondenten is onvoldoende om effecten te generaliseren. Analyses van deze gegevens zijn toegevoegd aan de kwalitatieve bevindingen vanuit de focusgroepen. In de periode januari-februari 2011 zijn vier focusgroeptijden gehouden, waarin met in totaal 34 deelnemers aan Wijk en Psychiatrie is gesproken. Zij hebben uiteenlopende achtergronden en het waren zowel deelnemers van het eerste uur als deelnemers die sinds korte tijd betrokken waren bij WeP. Acht van de 34 deelnemers zijn actief als vrijwilliger specifiek voor de doelgroep of in bredere zin binnen de wijkcentra. Tijdens deze bijeenkomsten stonden drie thema's centraal: motieven en verwachtingen ten aanzien van Wijk en Psychiatrie (1), de persoonlijke impact van deelname aan Wijk en Psychiatrie (2) en het toekomstperspectief van Wijk en Psychiatrie (3). Tot slot vonden (op drie verschillende momenten) semigestructureerde interviews plaats met de projectleider en zijn afzonderlijke interviews gehouden met vier professionals (sociaal werkers) van WeP. Aanvullend hebben de twee volgende onderzoeksactiviteiten plaatsgevonden: deelname aan diverse overleggen (netwerkoeverleg, klankbordgroep, intercollegiaal overleg) en documentatie en analyse hiervan (1) en verzameling en analyse van beschikbare documenten sinds 2008 (2).

3.1 Praktijkervaringen van de uitvoerder

Praktische toepasbaarheid van de interventie

Alle medewerkers die betrokken waren bij de pilot van het WeP-project (2005-2007) geven aan dat zij de begeleiding en ondersteuning door de WeP-consulente als positief ervaren (Brettschneider et al., 2007). Ook de ervaringen van de medewerkers met het WeP-project zijn positief. De ene medewerker heeft meer contact met de doelgroep dan de andere. Het werken met de deelnemers wordt als leuk en positief ervaren. De medewerkers die betrokken zijn bij de doelgroep voelen zich steeds meer toegerust om met de doelgroep te werken. Bij de start van het project vonden ze het lastig om de juiste benaderingswijze te vinden. Door de ervaringen die zij gedurende de maanden hebben opgedaan, kunnen zij op een meer adequate manier omgaan met de doelgroep. Twee medewerkers geven echter aan graag meer handvatten aangereikt te krijgen voor het adequater





werken met de doelgroep. Tot slot ervaren de medewerkers de activiteiten van het WeP-project ook als positief. De belangrijkste punten die naar voren komen zijn de toegankelijkheid van de activiteiten, dat er rekening wordt gehouden met de capaciteiten van de deelnemer en dat de doelgroep persoonlijk betrokken wordt bij de activiteiten.

De geïnterviewde beheerders en sociaal werkers uit de periode 2008-2012 voelen zich na twee jaar werken met de doelgroep in enige mate vertrouwd en toegerust met enige kennis en kunde. Zij geven aan dat de ervaring in het werk – en ook de ondersteuning van de projectleider die men altijd kan consulteren – bijdraagt aan een positief verloop. Toch ervaren zij ook dat het verbinden en binden van bewoners buiten het wijkcentrum moeizaam en langzaam verloopt, door gebrek aan tijd. Voldoende tijd om fysiek aanwezig (presentietijd) te zijn blijkt een belangrijke voorwaarde. Ook geven zij aan dat het vinden van een gezond evenwicht tussen het ontwikkelen en opzetten van activiteiten en ontmoetingsmogelijkheden enerzijds en het stimuleren om los van de ‘vertrouwde groep’ op pad te gaan anderzijds, geen sinecure is. Over het aansluiten bij en versterken van de eigen mogelijkheden van mensen uit de doelgroep merken zij op dat het een andere houding van de professionals vraagt: gevoeligheid voor wat mensen in hun mars hebben en een open houding ten aanzien van eigen initiatieven. Verder ervaren zij dat het toegankelijker maken van welzijnsactiviteiten inspanningen vereist van professionals en beheerders in de wijkcentra. Het eerste contactmoment blijkt doorgaans cruciaal vanuit het oogpunt van de doelgroep. Wanneer een eerste ontvangst als hartelijk en uitnodigend wordt ervaren, is het ijs gebroken. Deze belangrijke taak rust vooral op de schouders van de beheerders, omdat zij in uren het meest aanwezig zijn in het wijkcentrum.

Werkzaamheid van de interventie

De geïnterviewde professionals die WeP uitvoeren zijn positief over de methode en de behaalde resultaten (Karbouniaris & Wilken, 2012). Hieronder geven we een aantal ervaringen weer.

Beïnvloeding van beeldvorming

Professionals zijn enthousiast over de activiteiten die zijn gericht op beïnvloeding van beeldvorming (Karbouniaris & Wilken, 2012). Zij ervaren dat het bij elkaar brengen van mensen in activiteiten tot andere beeldvorming leidt (dit zijn allemaal aspecten van kwartiermaken, zie ook 2.2). We illustreren dit aan de hand van een aantal citaten van professionals (Karbouniaris & Wilken, 2012).

‘Ik vind altijd dat er rondom psychiatrie een bepaalde beeldvorming hangt en daarom vond ik het ook zo belangrijk dat die muziekgroep optrad tijdens het kerstfeest. Overal muziek, een erg leuke groep mensen. Als eigentijdse professional focus je veel meer op het talent van mensen. Dus je probeert dat, we hadden ook nog een workshop met jongeren. Dat was rond 11 mei. Die jongeren hadden meteen zoiets van ‘oh, is dit psychiatrie?’. Ze raakten enthousiast en zeiden ‘wat een leuke mensen zijn dit!’ Dus we proberen ook die groepen jongeren van het Meridiaan college mee te laten doen met een workshop Dichten en dat sloeg erg goed aan. Dat vond ik een heel waardevol beginnend succes. Omdat mensen toch een bepaalde kijk hebben op psychiatrie’. (citaat van een professional in 2008)

‘Ik ben enthousiast over het project Wijk en Psychiatrie omdat het kansen schept. De coördinator





kan wellicht bewoners verwijzen naar mij en vice versa, onder andere voor de wandelclub die dreigt in te krimpen. Ik wijs cliënten ook op dit initiatief en verwacht dat zij hiermee sneller in contact geraken met mensen met een niet-psychiatrische achtergrond. (citaat van een professional in 2007)

Aansluiting in de wijk

Gedurende het project signaleren de geïnterviewde professionals een toenemend gastvrije en ontvankelijke houding onder buurtbewoners (Karbouniaris & Wilken, 2012). Zo wordt bijvoorbeeld tijdens een uitnodigingsronde voor de Dag van de Dialoog in de straten rondom één van sociowoningen van GGZ-centraal in november 2008 een overwegend positieve houding aangetroffen onder buurtbewoners. Wijk en Psychiatrie heeft volgens de professionals niet alleen bijgedragen aan een betere participatie binnen de buurt, maar ook aan de betekenis van het welzijnswerk voor een doelgroep die voorheen niet zo in beeld was.

Bereik van de doelgroep

De deelname aan WeP wisselt maar vertoont een significante groei over de jaren (Brettschneider e.a., 2007; Karbouniaris & Wilken, 2012). Jaarlijks worden 10 tot 20 personen uit de doelgroep geïntroduceerd als deelnemer in of vanuit het wijkcentrum. Het aantal deelnemers blijkt wekelijks per activiteit te verschillen van gemiddeld vier tot 20 personen. Naarmate de jaren vorderen, wint Wijk en Psychiatrie aan bekendheid en nemen er steeds meer wijkbewoners aan deel.

Deelname aan WeP	deelnemers 2005-2006	deelnemers 2006-2007	deelnemers 2007-2008	deelnemers 2008-2009	deelnemers 2009-2010	deelnemers 2010-2011
Schothorst	10	47	47	35	25	36
Randenbroek-Schuilenburg	nvt	nvt	21	25	25	25
Kruiskamp-Koppel, Binnenstad	nvt	nvt	nvt	35	35	35
Vermeer-, Berg- en Leusder-kwartier	nvt	nvt	nvt	nvt	25	40

Tabel 1: Deelnemers aan WeP in de periode 2005 tot en met 2011





Succesfactoren

De professionals zien de volgende succesfactoren: de doelgroep benaderen vanuit een outreachende werkwijze, werken vanuit de presentievisie, gastvrije sociale *niches* creëren in het wijkcentrum en samenwerking in een netwerk (Brettschneider e.a., 2007; Karbouniaris & Wilken, 2012). Hoe beter professionals en organisaties bekend zijn met elkaar, hoe beter toeleiding, aansluiting en ondersteuning verlopen.

Ook vinden de professionals het werken met empowerment tijdens de activiteiten belangrijk. De welzijnsprofessionals gaan uit van de potentie, capaciteiten en kwaliteiten van de deelnemers. Activiteiten dragen ook bij aan de zelfredzaamheid van de deelnemers wanneer zij ingaan op behoeften van de deelnemers, gezellig, laagdrempelig en in dialoog plaatsvinden en gevarieerd zijn. Deze elementen worden tevens gebruikt om de moeilijk bereikbare deelnemers te activeren en mobiliseren om deel te nemen aan activiteiten.

3.2 Praktijkervaringen van de cliënt/burger

Positieve bijdrage: meer sociale contacten

Uit de focusgroepbijeenkomsten blijkt dat de meeste geïnterviewde deelnemers (nieuwe) contacten opdoen tijdens de activiteiten en samenkomsten van WeP. Dit helpt hen om niet (verder) in een sociaal isolement te raken, zoals blijkt uit het volgende citaat van een deelnemer (Karbounaris & Wilken, 2012).

'Ik heb sterke behoefte aan structuur en die vind ik vooral bij de studiegroep van WeP. Tegelijkertijd doe ik hier ook een aantal sociale contacten op. Ook zijn de gesprekken met de begeleiding erg prettig. WeP geeft mij vooral leuke momenten om aan terug te denken als ik alleen ben. Als ik de hele dag alleen thuis zou zitten, zak ik een beetje weg.'

'Ik wil graag meedoen, omdat ik moeilijk alleen kan zijn. Op de dagen dat ik hier ben, voel ik me minder eenzaam. Ik kom op alle locaties waar WeP loopt, dus in alle vier de wijkcentra. In de weekends zit ik vaak op Zon en Schild, ik mag daar gebruik maken van de bed-op- receptregeling.'

De geïnterviewde deelnemers die deelnamen aan het pilotproject zijn positief over Wijk en Psychiatrie (Brettschneider et al., 2007). De meeste geïnterviewde deelnemers aan de pilot geven aan dat zij dankzij het WeP-project meer buiten komen en vaker meedoen aan activiteiten in het wijkcentrum. Ook geven ze aan dat ze graag deelnemen aan de activiteiten en graag ook andere activiteiten zouden doen die op dat moment niet worden aangeboden. Hun netwerk blijkt groter geworden, evenals het aantal contacten en activiteiten. Tijdens het pilotproject in de periode 2005-2007 hebben acht van de negen geïnterviewde pilotdeelnemers tijdens hun deelname anderen ontmoet. Tevens geven velen aan dat ze de meeste bezoekers al kennen uit het psychiatrische circuit. Zes van de negen geïnterviewde deelnemers geven aan dat zij behoefte hebben om hun sociale netwerk te vergroten. Buiten het wijkcentrum hebben de





geïnterviewde deelnemers geen of nauwelijks contact met mensen zonder een psychiatrische achtergrond.

Zinvolle dagbesteding

Uit de focusgroepbijeenkomsten blijkt dat deelnemers vinden dat WeP een positieve bijdrage levert aan het vinden van zinvolle tijdbesteding. Voor de meeste deelnemers vormt het ontmoeten van anderen een belangrijk motief voor deelname aan WeP (Karbounaris & Wilken, 2012). Wijk en Psychiatrie vormt een thuishaven en een uitvalsbasis van waaruit men de wereld (weer) tegemoet treedt. Het is wellicht een manier om de leegte en eenzaamheid op te vangen. Daarnaast geeft een aantal deelnemers aan dat zij getrokken zijn door een specifiek type activiteit en dat juist de combinatie van 'samenkomen rondom die bezigheid' hen goed doet. De focus ligt dan niet alleen op het uitwisselen van verhalen, maar het gaat er juist ook om (samen) iets te ondernemen. Verder geeft een aantal deelnemers aan dat zij meedoen omwille van meer rechtvaardigheid en uit idealisme. Zij zien het assisteren bij de activiteiten als een missie.

'Ik ben actief als vrijwilliger bij WeP en ik heb zelf ook het nodige meegemaakt. Middels dansexpressie heb ik mijn zelfvertrouwen teruggekregen en dit wil ik graag doorgeven aan anderen.'

'In het begin was ik wat voorzichtig en aftastend ten aanzien van WeP. Ik merkte al snel dat er wel veel ruimte is om met andere mensen om te gaan. Dit wordt met kleine stapjes opgebouwd. WeP is nu een deel van mijn leven geworden. Ook ontvang ik zo nu dan complimenten en 'oppeppers'. Hierdoor heb ik het gevoel dat ik iets goeds doe als vrijwilliger. Mensen krijgen bij WeP de kans om mee te praten en mee te doen. Iedereen krijgt een beurt om iets te vertellen. Niemand wordt overgeslagen en alle deelnemers worden vanuit een positief mensbeeld benaderd. Er is veel respect voor elkaar.'

Kortom, volgens de deelnemers draagt Wijk en Psychiatrie enerzijds bij aan een (zinvolle) dagbesteding en gaat de methode anderzijds eenzaamheid en stigma tegen (Karbounaris & Wilken, 2012; Brettschneider et al., 2007). Voor een aantal deelnemers fungeert WeP als een veilige thuishaven en ontmoetingsplek en ook als een vangnet in moeilijke tijden. Andere betekenisgeving die WeP-deelnemers noemen:

- van elkaar kunnen leren
- gezelligheid
- zingeving.

Het van betekenis kunnen zijn voor anderen vormt voor de deelnemers ook een belangrijke drive. Bijna de helft van de gesproken deelnemers helpt of verzorgt een naaste. Ook bij WeP is deze onderlinge betrokkenheid en steun duidelijk zichtbaar. Deelnemers houden elkaar op de been, bieden een steuntje in de rug of een luisterend oor.

Maatschappelijke participatie

Maatschappelijke integratie impliceert deelname aan de samenleving, in alle 'levensdomeinen', zoals wonen, werk, leren, sociale contacten en dagelijkse bezigheden (Karbounaris & Wilken,





2012). Enerzijds bezoeken deelnemers door de WeP-activiteiten openbare plekken als het wijkcentrum en wandelen zij door de wijk of maken zij een uitje. Anderzijds komen er overwegend bezoekers vanuit de 'doelgroep' af op activiteiten van WeP en is er in die zin weinig sprake van integratie. Deelnemers hebben te kennen gegeven dat er primair uitwisseling tussen situatiegenoten plaatsvindt maar dat er op enkele plekken ook sprake is van integratie met andere buurtbewoners. Wel ontstaan gaandeweg steeds meer mogelijkheden voor de doelgroep om vrijwilligerswerk te doen in/rondom het wijkwelzijnswerk. Deze kunnen ook aangegrepen worden als kans om participatie en integratie te vergroten.

Het pilotproject van WeP leverde geen bijdrage aan de fysieke integratie van de cliënt (Brettschneider et al., 2007). Wel droeg de pilot gedeeltelijk een bijdrage aan de functionele en sociale integratie van de deelnemers in de wijk; acht van de negen geïnterviewde deelnemers gaven namelijk aan dat zij tijdens de activiteiten nieuwe mensen hebben leren kennen. Echter, de integratie lijkt bij de deur van het wijkcentrum te stoppen, omdat de contacten daarbuiten niet worden gecontinueerd. Terwijl de respondenten hier wel behoefte aan hebben. Verder zijn de activiteiten nauwelijks gemengd qua doelgroep en overige bezoekers uit de wijk.

Begeleiding en ondersteuning

De geïnterviewde deelnemers aan het pilotproject zijn zeer tevreden over de begeleiding en de ondersteuning door de begeleiders van WeP (Brettschneider et al., 2007). Zij worden tijdens de activiteiten gestimuleerd en krijgen complimenten.

Fragiele status activiteiten aanbod: duurzaamheid en continuïteit

Uit de focusgroeptijdenkomsten komen ook kritische geluiden naar voren over de toepasbaarheid van WeP. Zo ervaren de deelnemers dat de activiteiten van WeP een fragiele status hebben, doordat zij veelal worden getrokken door vrijwilligers en stagiaires. Als die wegvallen, valt ook de continuïteit van de activiteit weg. Verder geven vooral deelnemers die de activiteiten bezoeken in het kader van 'dagbesteding' aan dat er een tekort aan activiteiten is. Volgens de deelnemers liggen de verbetermogelijkheden van WeP dan ook vooral op het vlak van continuïteit en borging van de geboden activiteiten. Daarnaast heeft een aantal deelnemers behoefte aan een uitgebreider activiteiten aanbod van WeP en dienen de activiteiten – wanneer er kosten mee gemoeid zijn – zo toegankelijk mogelijk te blijven, ook voor financieel weinig draagkrachtige mensen.

3.3 Praktijkvoorbeeld

Het volgende praktijkvoorbeeld illustreert hoe Wijk en Psychiatrie in een specifiek geval wordt uitgevoerd (Karbouniaris & Wilken, 2012).

In 2007 wordt Eva door haar begeleider gewezen op het maatjesproject. Ze komt langs deze weg ook WeP op het spoor. Zij besluit zich aan te melden bij de vrijwilligerscentrale in haar zoektocht naar een maatje. Dit resulteert vrij snel in een koppeling tussen Anja en Eva, beiden





toevallig ook woonachtig in de wijk Schothorst. Anja heeft zich via WeP opgegeven als vrijwilliger bij het maatjesproject voor mensen met een psychiatrische handicap. In haar werk als verpleegkundige op een opnameafdeling van een grote ggz-instelling had ze gemerkt dat ze niet volledig haar 'ei' kwijt kan. Vooral het persoonlijke contact met cliënten krijgt maar summier vorm. 'Collega's zeggen dat je dat moet scheiden. Maar ik zie mensen eenzaam en ongelukkig en wil graag iets extra's bieden. Omdat persoonlijk contact in een klinische context vaak niet echt geoorloofd en geaccepteerd is, besloot ik op zoek te gaan naar een vrijwilligersfunctie waarin ik die betrokkenheid en voldoening wel kan vinden'.

Een tijdlang werkte Anja bij het Inloophuis in de wijk Schothorst, maar het leek haar ook leuk om een-op-een activiteiten te ondernemen, zoals wandelen, samen naar de bios, kleding kopen.

Wanneer Anja en Eva aan elkaar voorgesteld worden, is er meteen sprake van 'een klik'.

Eva over Anja: 'Anja is een vrolijk en druk mens, soms ietwat chaotisch. Dan is ze weer eens haar sleutelbos kwijt. Ik vind het wel altijd leuk en fijn als ze langskomt. Dat geeft me afleiding en ik voel me dan niet meer zo alleen. Bovendien kan Anja ook heel rustig zijn. Ik geef zelf aan hoe lang ze kan blijven. Soms kijken we een film samen en laatst gingen we naar het tuincentrum om plantjes te halen.'

Anja over Eva: 'Eva is een lief en attent persoon. Ze is soms heel precies en geordend in haar hoofd. Ik vind het fijn dat we beide zo van dit contact kunnen genieten.'

Het maatjesschap kan als iets kleins worden beschouwd, maar voor Eva is het van ongekende waarde. Als Anja eens een keer moet afzeggen, bijvoorbeeld omdat ze een dubbele afspraak in haar agenda heeft ingepland, dan is het voor Eva echt een gemis.

Eva komt sinds het contact met Anja wel vaker buiten, ook zelfstandig. Ze bezoekt ook activiteiten van het WeP, zonder de aanwezigheid van Anja. Beiden zijn het er wel over eens dat Eva dit nog meer zou kunnen uitbreiden zodat ze een wat steviger (sociaal) netwerk om zich heen krijgt.

Anja heeft onlangs de training netwerkcoach gevolgd om naast haar rol als maatje, ook de netwerkcoach van Eva te kunnen worden. Binnenkort zijn de beide dames van plan om elkaar te introduceren in het eigen netwerk. Mogelijk biedt dat weer nieuwe openingen om contacten op te doen. Het maatjescontact is inmiddels uitgegroeid tot een duurzame vriendschap.





4. Effectonderzoek

4.1 Directe aanwijzingen voor de effectiviteit

Er is een monitoringsonderzoek beschikbaar naar WeP (Karbouniaris & Wilken, 2012).

1. S. Karbouniaris en J.P. Wilken J.P. (2012). *Wijk en Psychiatrie onderzoeksrapportage 2008-2012*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Onderzoeksopzet

Dit is een monitoringsonderzoek waarin onder andere is gekeken naar het effect van WeP in termen van participatie van de deelnemer.

Om de onderzoeksvraag: *Wat levert Wijk en Psychiatrie op in termen van participatie van de deelnemers?* te beantwoorden zijn in de periode van juni 2009 tot maart 2011 37 individuele interviews gehouden met 34 deelnemers (24 vrouwen en 10 mannen) aan Wijk en Psychiatrie. Zij zijn op verschillende meetmomenten geïnterviewd met als leidraad voor het gesprek de Participatie, Autonomie en Steun (PAS) vragenlijst (Wilken & Karbouniaris, 2010 in Karbouniaris & Wilken, 2012). Het is niet bekend op welke moment tijdens hun deelname aan WeP (direct na de start of na een deelnameperiode van een jaar bijvoorbeeld) de deelnemers zijn geïnterviewd. Uiteindelijk zijn slechts drie deelnemers op twee verschillende meetmomenten gesproken (begin- en eindmeting).

Het merendeel van de respondenten bevindt zich in de leeftijdscategorie van 51 tot 60 jaar, namelijk 17 van de geïnterviewde deelnemers. Negen respondenten zijn tussen de 41 en 50 jaar oud, zes tussen de 31 en 40 jaar en twee tussen de 61 en 70 jaar.

Onderzoeksresultaten

Een aanzienlijk aantal deelnemers is actief in hun buurt. Zo zeggen 15 geïnterviewden iets betekenisvol in hun buurt te doen, dit kan uiteenlopen van informele steunende contacten met een buurvrouw tot een zeer actief buurtambassadeurschap. Bijna de helft van de geïnterviewden verzorgt of helpt in de vrije tijd, burens, kennissen of familieleden. Onder de geïnterviewde mensen ervaren ruim 15 mensen geen leegte (meer) om zich heen, tegenover acht mensen die wel een leegte ervaren. Ondanks dat een aantal deelnemers een leegte om zich heen ervaart, heeft een opvallend groot aantal deelnemers van WeP (26) het gevoel er (weer) bij te horen in de samenleving.

4.2 Indirecte aanwijzingen voor de effectiviteit

De ontwikkelaar voert geen onderzoek aan naar soortgelijke methoden, noch in Nederland, noch in het buitenland. Dergelijke onderzoeken zijn evenmin gevonden bij de door MOVISIE uitgevoerde literatuursearches.





5. Conclusies

5.1 Samenvatting werkzame elementen

- Samenwerking tussen zorg- en welzijnsaanbieders in een maatschappelijk steunsysteem op wijkniveau, gericht op mensen met een psychische beperking in een achtergestelde positie (1, 2).
- Toeleiding van cliënten van zorgorganisaties naar algemene (welzijns)voorzieningen in de wijk (1, 2).
- De inzet van professionals die als consulent, intermediair en kwartiermaker fungeren en op een outreachende, presentiegerichte wijze werken (1, 2, 3).
- Signalering van sociaal isolement en het bieden van bijbehorende ondersteuning van deze specifieke doelgroep door welzijnsprofessionals en vrijwilligers (1).
- Het organiseren van passende activiteiten voor de doelgroep, die tevens een brugfunctie kunnen vervullen naar andere activiteiten en (vrijwilligers)werk (1).
- De actieve inzet van de doelgroep zelf bij de activiteiten (empowerment) (1,2,3). Een combinatie van uitgangspunten en werkwijzen gebaseerd op rehabilitatie, kwartiermaken, presentie en empowermentgericht werken (1, 2, 3).

Verklaring classificatie veronderstelde werkzame elementen:

1 = Veronderstelling ontwikkelaar

2 = Wetenschappelijke of theoretische onderbouwing

3 = Praktijkervaringen

4 = Wetenschappelijk effectonderzoek.

Zie voor een toelichting de desbetreffende onderdelen van het werkblad.

5.2 Samenvatting effectonderzoek

Er is een monitoringsonderzoek beschikbaar naar WeP (Karbouniaris & Wilken, 2012). Hieruit blijkt dat 15 van de 34 geïnterviewde deelnemers iets actiefs doen in de buurt. Ook komt uit dit onderzoek naar voren dat 15 geïnterviewde deelnemers geen leegte (meer) om zich heen ervaren, tegenover acht die wel een leegte ervaren. Ondanks dat een aantal deelnemers een leegte om zich heen ervaart, heeft een opvallend groot aantal deelnemers van WeP (26) het gevoel er (weer) bij te horen in de samenleving.





6. Verantwoording

6.1 Zoeken en selecteren van literatuur

Er is gezocht op basis van de volgende zoekvraag:

‘Wat is bekend over de praktijkervaringen met en de effectiviteit van de methode Wijk en Psychiatrie voor mensen met (psychische) problematiek ten behoeve van het vergroten van de maatschappelijke aansluiting in de wijk, het verminderen of voorkomen van eenzaamheid door het vergroten van het sociale netwerk en het verbeteren van deelname aan activiteiten?’

De bijbehorende zoektermen die zijn gebruikt:

“Wijk en Psychiatrie”, “WeP project”.

Zoekstrategieën

- Bij de ontwikkelaar is literatuur opgevraagd.
- Er is literatuur gezocht door verwijzingen in het handboek en eerdere publicaties van de ontwikkelaars te bekijken.
- Er heeft een internetzoektocht via Google plaatsgevonden op basis van de hierboven geformuleerde zoektermen.

Een overzicht van de databanken waarin is gezocht:

- MOVISIE
- PiCarta
- NARCIS
- HBO Kennisbank
- Google

Selecteren van literatuur

De literatuursearch leverde 1 publicatie op die aanvullend waren op hetgeen door de ontwikkelaar is aangeleverd:

Drost, W, Castillion, El Moussati, K. & Leede de, P. (2006) *Project Wijk en psychiatrie - Amersfoort. Onderzoeksverslag in het kader van het Project Wijk en Psychiatrie - WEP*. Interne publicatie. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Deze publicatie is in het bezit van de Hogeschool Utrecht, maar was niet te raadplegen. Een overzicht van de geselecteerde literatuur is te vinden in hoofdstuk 6.2.





6.2 Literatuur

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers.

Brettschneider, E., Veenstra, H., Kranendonk, S. & Wiel K. van der (2007). *Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2005-2007*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Bussemaker, J. (2010). *Programma Welzijn Nieuwe Stijl*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Dankers, T., Slagmaat, van, C., Brettschneider, E., Karbouniaris, S., Oosterink, O., Wilken, J.P. (2010). *Ondersteuning en Participatie. Eindrapportage*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Drost, W, Castillion, El Moussati, K. & Leede de, P. (2006) *Project Wijk en psychiatrie - Amersfoort. Onderzoeksverslag in het kader van het Project Wijk en Psychiatrie - WEP*. Interne publicatie. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Gijzel, S. van & Karbouniaris, S. (2013). Eindrapportage NaHNu. *Een gastvrij onthaal in de wijk voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel, naar een brede toepassing van de methode Wijk en Psychiatrie*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Henkens H. (2010). *'Buitengewoon'. Kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in Maatschappelijke Steunsystemen in Eindhoven en de regio. Rapportage*. Eindhoven: GGzE.

Hollander, D. den en Wilken, J.P. (2011). *Zo worden cliënten burgers*. Amsterdam: SWP.

Hortulanus R., Machielse A. & Meeuwesen L. (2003). *'Sociaal isolement: Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland'*. Den Haag: Elsevier Overheid/Reed Business Information.

Kal, D. (2001). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Uitgeverij Boom.

Kal, D., Post, R. en Scholtens, G. (2012). *Meedoen gaat niet vanzelf. Kwartiermaken in theorie en praktijk*. Amsterdam: Tobi Vroegh.

Karbouniaris S. (2010). *Het Trefpunt in beeld. Waar verhalen een stem krijgen*. Zeist: Kwintess.

Karbouniaris S. & Wilken J.P. (2010). Ontmoeten en verbinden in De Bilt. Een praktijkschets van kwartiermaken. *Sozio*, 28 september.

Karbouniaris S. & Wilken J.P. (2012). *Wijk en Psychiatrie. Onderzoekresultaten 2008-2012*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.





Kranendonk S., Veenstra H. & Wiel K. van der (2007). *Handboek voor het opzetten van het Wijk en Psychiatrie project in de wijk*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Kwekkeboom C. M.H. (red.) (2006). *Een eigen huis... Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Breda: Avans Hogeschool.

Kwekkeboom, M.H. & Weert, C.H.M. van (2008), Meedoen en gelukkig zijn, een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met psychiatrische problemen of een verstandelijke beperking, Den Haag: SCP.

Leur, J. van, Bergen, A. van, Erp N. van & Rooijen, S. van (2010). *Inventarisatie Maatschappelijke steunsystemen in Nederland*. In opdracht van het Platform Herstel en Burgerschap. Utrecht: Movisie/ Trimbos-instituut.

Machielse, A. (2003). *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen*. Den Haag: Elsevier Overheid/Reed Business Information.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001). *Kwetsbaar in kwadraat; Krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Den Haag: RMO.

Regenmortel, T. van (2008). *Zwanger van Empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Oratie 21 november 2008. Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.

SCP (2010). *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009*. Via:

http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Op_weg_met_de_Wmo

Stichting Welzijn Amersfoort (2006). *Jaarverslag 2005*. Amersfoort: SWA.

SWA (2008). *Verslag Dag van de dialoog 2008*. Amersfoort: SWA.

Tuk, A., Karbouniaris, S., Wilken J.P. & Slagmaat, C. van (2013). *Handleiding Wijk en Psychiatrie*. Amersfoort: Stichting Welzijn Amersfoort. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Veenstra H., Kranendonk S. & Wiel K. van der (2007). *Onderzoek naar resultaten WeP project 2006 - 2007. Interne Rapportage*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Verschelling, M. & Lindt, S. van de (2010). *Handreiking maatschappelijke steunsystemen. Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid*. Utrecht: MOVISIE / Trimbos-instituut In opdracht van het Platform Herstel en Burgerschap.





Visser, A. (2010). *Een zorg minder?! Een onderzoek naar de rol van zorgaanbieders na de invoering van de AWBZ-pakketmaatregel*. Thesis MSc MME Specialisatie 'Public Health and Society'. Universiteit Wageningen.

Weeghel, J. van en Dröes, J.T.P.M. (1999) Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 2 , 150-165.

Wilken J.P. & Hollander, D. den (1999). *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*. SWP Utrecht.

Wilken J.P. & Hollander, D. den (2012). *Handboek Integrale Rehabilitatiebenadering*. Amsterdam: SWP.

Wilken J.P. (2007). *Zorg en ondersteuning in de samenleving. Voorwaarden voor succesvolle vermaatschappelijking van de gehandicaptenzorg*. Amsterdam / Utrecht: Uitgeverij SWP / Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Wilken J.P. & Karbouniaris, S. (2010). *Vragenlijst Participatie, Autonomie en Steun*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Wilken J.P. & Dankers T. red (2010). *Schakels in de Buurt, op weg naar nieuwe vormen van zorg en welzijn in de wijk*. Amsterdam: SWP.





Bijlage 1 – Toelichting effectonderzoek

Voor het vaststellen van de effectiviteit van methoden (onderdeel 4 van het werkblad) wordt het onderzoek hiernaar systematisch in kaart gebracht (bijlagen 2 en 3).

Directe en indirecte aanwijzingen voor effectiviteit

Er zijn twee typen aanwijzingen voor de effectiviteit van een methode:

- **Directe aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek die betrekking hebben op precies die methode die in het onderhavige document is beschreven.
- **Indirecte aanwijzingen.** Resultaten uit onderzoek naar andere methoden met hetzelfde doel en dezelfde doelgroep en aanpak. Deze worden hier verder aangeduid als 'soortgelijke methoden'.

Het gaat hier om:

- resultaten uit onderzoek naar buitenlandse versies van de methode (zoals *Motivational interviewing*, de Amerikaanse variant van de Nederlandse Motiverende gespreksvoering of de Amerikaanse ABCD-methode als voorloper van de Nederlandse ABCD-methode)
- resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van Nederlandse methoden die tot hetzelfde type of dezelfde 'familie' behoren (zoals de Nederlandse activeringsmethoden die alle gebaseerd zijn op *Supported employment* of de methode *Samenwerking tegen agressie*, een op Turkse en Marokkaanse plegers van huiselijk geweld gerichte versie van de methode *Niet meer door het lint*).

Soms zijn er onvoldoende directe aanwijzingen of kunnen relevante indirecte aanwijzingen de directe aanwijzingen ondersteunen. Bij de selectie van soortgelijke methoden is maatgevend in hoeverre de methode in de kern overeenkomt met de beschreven methode. Wanneer dit niet duidelijk is of wanneer de methode te zeer verschilt, is er geen sprake van een soortgelijke methode en dus ook niet van indirect bewijs voor effect.

Wanneer een methode veelvuldig is onderzocht, is het aantal primaire onderzoeken soms te groot om binnen het kader van *Effectieve sociale interventies* te analyseren. Veelal zijn de primaire onderzoeken dan al geanalyseerd in *reviews* en *metastudies*. In dat geval gebruiken we de informatie uit deze overzichtsstudies. We volstaan dan met een globale analyse van de effectiviteit zoals gebleken uit de overzichtsstudies. Dit vullen we eventueel aan met een meer uitgebreide analyse van de (recente) primaire studies die (nog) niet in de overzichtsstudies zijn opgenomen.

Kenmerken effectonderzoek

Bij onderdeel 4 van het werkblad gaan we ervan uit dat er sprake is van een effectonderzoek wanneer er ten minste een nameting heeft plaats gevonden die een cijfermatige indicatie geeft van het effect van een methode. Onderzoek naar de door professionals, burgers en/of cliënten ervaren effectiviteit van een methode nemen we mee in onderdeel 3 van het werkblad.

Het methodologische gewicht van het effectonderzoek en de resultaten daarvan wordt onder meer bepaald door de aanwezigheid van een voor- en nameting, een controlegroep, de willekeurige





samenstelling daarvan, de modelgetrouwheid van de methode en de uitvoering van een follow-upmeting. Het methodologische gewicht varieert van 'licht' effectonderzoek (monitoring- of veranderingsonderzoek) tot 'zwaar' effectonderzoek (Randomized Controlled Trial ofwel RCT-onderzoek) en diverse vormen daar tussenin. Hoe 'zwaarder' het effectonderzoek, hoe 'harder' de uitspraken over de effectiviteit zijn. Dit wil niet zeggen dat er altijd gekozen moet worden voor zo zwaar mogelijk effectonderzoek. Welk type effectonderzoek het meest passend is, hangt af van de kenmerken en het ontwikkelingsstadium van de methode en de beschikbare financiële middelen.

Monitoring wordt alleen meegenomen als 'effectonderzoek' wanneer het een cijfermatige indicatie geeft van de behaalde resultaten met betrekking tot de doelen van de methoden. Bijvoorbeeld: bij buurtbemiddeling gaat het bij het monitoren om het aantal geslaagde bemiddelingen afgezet tegen het totaal aantal bemiddelingen dat heeft plaatsgevonden. Het gaat hier niet om tevredenheidonderzoek, dit hoort bij deel 3.

Bijlage 3 geeft een stapsgewijze uiteenzetting van de kenmerken per onderzoek en geeft een typering van de onderzoeksopzet. Het gaat daarbij om het objectief beschrijven van de kenmerken (onderdelen B t/m D).

Gemeten effecten

In een tabel (bijlage 3, onderdeel E) worden de onderzoeksresultaten cijfermatig gepresenteerd. De onderzoeksresultaten kunnen aanwijzingen geven voor positieve, geen of negatieve effecten.

Uitkomstmaten

Effectonderzoeken beantwoorden een beperkt aantal vragen. De gestelde vragen worden aangeduid als 'uitkomstmaten'. Alleen op deze uitkomstmaten wordt een effect gemeten. Er kan alleen iets over effect gezegd worden voor zover het betrekking heeft op één van de onderzochte uitkomstmaten. In bijlage 3 wordt het effect dan ook per uitkomstmaat aangegeven.

Effectgrootte

De mate waarin een resultaat als positief is aan te merken, is mede afhankelijk van de effectgrootte. Tot voor kort werd het effect van een methode vooral uitgedrukt in een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting, of tussen voor- en nameting en *follow-up*, of tussen de nameting van de experimentele groep en de controlegroep. Een probleem bij deze aanpak is dat grote verschijscores in kleine groepen vaak niet significant zijn. Bij grote groepen kunnen heel kleine verschillen weliswaar als zeer significant uit de bus komen, maar praktisch gezien van weinig waarde zijn.

De laatste jaren wordt er vaak voor gekozen om naast de statistische significantie ook de zogeheten effectgrootte *d* ('effectsize', ook wel aangeduid met ES) te rapporteren. Dit is een index die aangeeft hoe groot het waargenomen verschil is tussen voor- en nameting of tussen de experimentele (interventie-) en controlegroep. In sommige onderzoeksrapporten worden andere effectmaten gebruikt. In deze methodebeschrijving worden de effectmaten overgenomen uit de oorspronkelijke onderzoeksrapporten.





Bijlage 2 – Overzicht onderzoeken en de hoofdkenmerken

Onderzoeken naar praktijkervaringen (deel 3)

Methode	Onderzoek 1	Onderzoek 2
Titel rapport	<i>Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2005 -2007</i>	<i>Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2008-2012.</i>
Auteur	Brettschneider, Veenstra, Kranendonk & Van der Wiel.	Karbouniaris & Wilken
Jaar	2007	2012
Onderzoeks-vraag	In hoeverre draagt het WeP-project bij aan de maatschappelijke integratie van (ex) psychiatrische patiënten in de wijk Amersfoort Schothorst?	1. Wat levert Wijk en Psychiatrie op in termen van participatie van de deelnemers? 2. Wat zijn de werkzame factoren in de werkwijze van WeP die bijdragen aan de resultaten? 3. Wat is de mate van overdraagbaarheid ?
In het onderzoek betrokken doelgroep	deelnemers en professionals	deelnemers en professionals
Aantal geïncludeerde subjecten (n)	24 deelnemers en zes professionals	37 individuele deelnemers; 34 deelnemers in vier focusgroepen

Effectonderzoeken (deel 4)

Methode	Onderzoek 1
Titel rapport	<i>Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2008-2012.</i>
Auteur	Karbouniaris en Wilken
Jaar	2012
Onderzochte doelen	1. Wat levert Wijk en Psychiatrie op in termen van participatie van de deelnemers?





In het onderzoek betrokken doelgroep	deelnemers
Aantal geïnccludeerde subjecten (n)	37 individuele deelnemers
Typering onderzoeksopzet (zie bijlage 3)	Monitoringonderzoek





Bijlage 3 – Methodologische kenmerken en resultaten effectonderzoeken

A. Naam effectonderzoek:

Wijk en Psychiatrie. Onderzoeksrapportage 2008-2012. S. Karbouniaris & J.P. Wilken. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie (2012).

B. Waar en waarover het onderzoek is uitgevoerd

Kruis ja of nee aan.

		Ja	Nee
1	Het onderzoek betreft de hier beschreven Nederlandse methode (en niet een andere, soortgelijke methode of een buitenlandse variant).	X	

C. Typering methodologische kenmerken van het onderzoek

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

1	De meting is (mede) gericht op doelgroep, doelen en bijbehorende veronderstelde determinanten van de interventie.	X
2	Er is een voormeting (voorafgaand aan / bij de start van de interventie).	
3	Er is een nameting (aan het einde van de interventie).	X
4	De resultaten zijn met een statistische techniek geanalyseerd en op significantie getoetst.	
5	De resultaten hebben een praktische relevantie.	X
6	Het onderzoek is uitgevoerd in een situatie die vergelijkbaar is met de dagelijkse praktijk van de uitvoering van de interventie ('externe validiteit').	X
7	Er is minimaal zes maanden na einde interventie een <i>follow-up</i> .	
8	Er is een experimentele en een controleconditie.	
9	De experimentele en de controlegroep zijn <i>at random</i> samengesteld.	





Typering opzet

Kruis aan van welk type de opzet is op basis van de aangekruiste antwoorden in het bovenstaande schema. Alle antwoorden in de aangegeven *range* moeten aangekruist zijn.

	Z	Geen van de onderstaande alternatieven					
X	F	<i>Monitoring</i>	1,3	5-6			
	E	Veranderingsonderzoek	1-4	5-6	(7)		
	D	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> (niet in de praktijk)	1-4		(7)	8	(9)
	C	Onderzoek met (quasi-)experimenteel <i>design</i> in de praktijk (zonder <i>follow-up</i>)	1-4	5-6		8	(9)
	B	Onderzoek met quasi-experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5-6	7	8	
	A	Onderzoek met experimenteel <i>design</i> in de praktijk en met <i>follow-up</i>	1-4	5-6	7	8	9

Typering overige methodologische kenmerken

Kruis voor elke uitspraak die waar is het hokje aan. Kruis in de overige gevallen (nee, niet van toepassing, onbekend, twijfel) geen hokje aan.

	11	Er is een controlegroep zonder interventie met de methode en/of met de gebruikelijke zorg.
	12	Er is een controlegroep met interventie met een gespecificeerde andere, duidelijk gespecificeerde methode.
	13	Het <i>design</i> bevat een herhaalde N=1-opzet met een baseline-controleconditie: onderzoek waarbij herhaalde metingen worden verricht bij één cliënt om na te gaan of er sprake is van vooruitgang op de gestelde doelen.
	14	Het onderzoek is uitgevoerd door anderen dan de ontwikkelaars of de aanbieders van de methode.
	15	De uitval/non-respons van subjecten tussen de meetmomenten is gespecificeerd (omvang en specifieke eigenschappen).
	16	De representativiteit van de geïnccludeerde subjecten is bepaald.
	17	De implementatiegetrouwheid is bepaald (i.e. nagegaan is wat de mate is waarin het protocol, de handboek of de methodiek getrouw is gevolgd – ook wel behandelingsintegriteit, ‘treatment integrity’ of ‘fidelity’ genoemd).





D. Eventuele toelichting op scores onder C.

--

E. Overzicht van het effect per uitkomstmaat

Onderzoek 1	Uitkomstmaat 1	Uitkomstmaat 2	Uitkomstmaat 3
Omschrijving uitkomstmaat*	participatie	autonomie	steun
Meetinstrument**	PAS vragenlijst	PAS vragenlijst	PAS vragenlijst
Effectsize ***	nvt	nvt	nvt
* Waarop is effect gemeten ** Met welk instrument is effect gemeten, bv. vragenlijst x *** Voor het meten van effecten kunnen verschillende maten gebruikt worden; neem hier de in het desbetreffende onderzoek gebruikte effectmaten over. Zie voor toelichting: bijlage 1.			

G. Eventuele toelichting op scores onder E.

Bij te weinig respondenten heeft een voor- en nameting plaatsgevonden met de PAS-vragenlijst, zodat hier geen statistische toetsing kon plaatsvinden.

