

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van ruim 5 maanden onderzoek. Op werk- en stageplaats, kwamen wij erachter dat de huidige ontwikkelingen binnen het sociaal domein, nogal wat veranderingen brengen voor sociaal werkers en hun doelgroep. Dit signalerend, besloten wij hier een onderzoek over te doen.

Met onze achtergrond in de GGZ, en onze, in de GGZ-minor opgedane kennis van de psychiatrie, waren wij vooral benieuwd hoe het zou gaan met de psychiatrische burger in de wijk. Wij besloten ons onderzoek op die doelgroep te richten.

Wij vonden opdrachtgever Ard Sprinkhuizen, lector bij Hogeschool Inholland bereid om ons te coachen. Ard bleek vooral ook een inspirator; wij noemden een onderwerp en hij wist er namen, onderzoeken en allerlei achtergrondinformatie bij te toveren.

Vanuit de Christelijke Hogeschool Ede zijn wij begeleid door Wilfred Vollbehr, afstudeerbegeleider en docent, die alle vertrouwen aan ons gaf om het onderzoek tot een goed resultaat te brengen.

Wij wensen Connie Mourits veel succes met het beoordelen van dit onderzoek. Medestudent Willemijn van den Toren, willen wij danken voor haar heldere feedback.

Een aantal maanden heeft ons thuisfront moeten afzien. Hadden zij al enkele jaren alle ruimte geboden voor de deeltijdstudie, nu moesten zij nog eens geduldig taken overnemen en vooral onze aanwezigheid missen. Wij danken hen voor hun steun.

Wij hopen dat het onderzoek dat voor u ligt, mag bijdragen aan meer inzicht in de huidige ontwikkelingen.

Marlies Visser- van der Sterre & Willem Nijhof

Montfoort/Berkenwoude, mei 2014

Inhoudsopgave

Voorwoord

Inhoudsopgave

Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1 Ons onderzoek en de implementatie van WNS.....	6
1.1 Context, aanleiding en achtergrond onderzoek.....	6
1.2 Door ons onderzochte organisaties.....	7
1.3 Verantwoording van ons onderzoek en de vraagstelling met de deelvragen.....	11
1.4 Doelen van het onderzoek en gebruikte onderzoeksmethoden.....	11
1.5 Samenvatting.....	13
Hoofdstuk 2 Het opschudden van het sociaal domein.....	15
2.1 Inleiding.....	15
2.2.1 Macroniveau	15
2.2.2 Mesoniveau.....	16
2.2.3 Microniveau.....	19
2.3 Samenvatting.....	19
Hoofdstuk 3 De cliënt centraal.....	20
3.1 Inleiding.....	20
3.2 Kennis, uitvoering en gevolgen van veranderingen bij de doelgroep.....	20
3.3 Contact met ondersteunende partijen in de wijk.....	21
3.3.1. Contact met de tweedelijns hulpverlener.....	21
3.3.2 Contact met de eerstelijns hulpverlener (maatschappelijk werk, huisarts etc.).....	23
3.3.3 Contact met de lokale instanties.....	24
3.3.4 Contact met de burens.....	25
3.3.5 Contact met het eigen netwerk (vrienden en familie)	26
3.4 De doelgroep en de wijk.....	27
3.4.1 Vanuit de instelling, de wijk in.....	27

3.4.2 Verwachtingen met betrekking tot het leven in de wijk.....	28
3.5 Samenvatting.....	
Hoofdstuk 4 De veranderende rol van de professional.....	30
4.1. Inleiding.....	30
4.2. De sociaal werker in beeld.....	30
4.2.1 Kennis van veranderingen binnen werkveld en wetgeving.....	30
4.2.2 Uitvoering van veranderingen.....	31
4.2.3 Bereidwilligheid en kritisch vermogen ten opzichte van WNS.....	33
4.2.3.1 Bereidwilligheid.....	33
4.2.3.2 Kritisch vermogen.....	33
4.2.3 Verandering van de doelgroep/ nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen.....	34
4.2.4 Hulpvragen binnen de doelgroep.....	35
4.2.5 Behoeften van professional bij het werken binnen de nieuw georganiseerde zorg.....	36
4.3. Samenvatting.....	36
Hoofdstuk 5 De ondersteunde organisatie.....	39
5.1. Inleiding.....	39
5.2.1 De manager in beeld.....	39
5.2.2 Bereidwilligheid en kritisch vermogen.....	40
5.2.3.1 Bereidwilligheid.....	40
5.2.3.2 Kritisch vermogen.....	40
5.2.4 Werkwijze en profiel leidinggevende	41
5.2.5 Wetgeving, protocollen, beroepscode.....	41
5.2.6 Randvoorwaarden en faciliteiten.....	41
5.3 Samenvatting.....	42
Hoofdstuk 6 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen.....	43
6.1. Inleiding.....	43
6.2. Beantwoording onderzoeksvraag.....	43

6.3 Beantwoording deelvragen.....	44
6.3.1 Beantwoording deelvraag 1.....	44
6.3.2 Beantwoording deelvraag 2.....	45
6.3.3 Beantwoording deelvraag 3.....	46
6.3.4 Beantwoording deelvraag 4.....	47
6.4 Conclusies en aanbevelingen.....	47
Nawoord.....	50
Persbericht.....	51
Literatuurlijst.....	53

Inleiding

Met de omslag van onze verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving, is er veel beweging in zorgend Nederland. Wet- en regelgeving gaan hand in hand met een nieuwe situatie waarin lokale overheden steeds meer speelruimte krijgen. Mede uit het oogpunt van bezuinigingen, wordt de burger aangemoedigd zelf hulpbronnen in te zetten en alleen waar nodig, laagdrempelige ondersteuning te ontvangen. Onder de naam Welzijn Nieuwe Stijl, zijn de acht bakens geïntroduceerd, die vorm vinden in nieuwe manieren van werken.

Maar wat als de burger, die volgens WNS moet participeren en zijn eigen kracht moet inzetten maar dit niet kan? Wat als hij voorheen in een instelling woonde, een beschermde woonvorm of kliniek, en nu in de wijk terechtkomt?

De tweedelijns professional uit de GGZ, die onze burger in het verleden ondersteunde, verdwijnt uit het zicht en maakt plaats voor een eerstelijns sociaal werker. Dat is de werker op wie wij ons in dit onderzoek zullen richten, in de vorm van de maatschappelijk werker bij de organisaties Careyn maatschappelijke Dienstverlening, regio Utrecht- West en Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam.

Onze vraag is, hoe die sociaal werker eigenlijk tegenover deze ontwikkelingen staat;

“Is hij op alle gebieden voldoende voorbereid? Is hij voldoende bereidwillig om mee te gaan in de nieuwe ontwikkelingen?”

En hoe staat het met de betrokken cliëntgroepen, de zwaar problematische GGZ-cliënt, in hoeverre zijn veranderingen binnen het sociaal domein op hem van invloed, en wat verwacht hij van de ondersteuning door de eerstelijns professional?

Wat heeft de sociaal werker nodig van zijn leidinggevende of organisatie, om mee te kunnen in veranderingen van beleid. En mag de sociaal werker zijn kritische noten uiten over de veranderingen?

Kortom, allemaal vragen die ons bezighielden tijdens dit onderzoek. Wij hopen u met dit onderzoek, stof tot nadenken te geven bij de verdere uitwerking van Welzijn Nieuwe Stijl en andere veranderingen binnen het sociaal domein.

Hoofdstuk 1 Ons onderzoek en de implementatie van WNS

‘Wat houden de herzieningen in het sociale domein precies in voor instelling Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam en instelling Careyn Maatschappelijke Dienstverlening te Utrecht en hoe is WNS in deze organisaties geïmplementeerd?’

Dit onderzoek is uitgevoerd onder managers en medewerkers Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam, en Careyn Maatschappelijke Dienstverlening regio Utrecht- West. De cliënten die geïnterviewd zijn, behoren bij Stichting Ontmoeting Rotterdam, Kwintes Woerden en Careyn Utrecht-West. Kwintes is een GGZ- organisatie die tweedelijns zorg biedt aan mensen met psychische en/of psychosociale problematiek. *Stichting Ontmoeting* is een GGZ- organisatie die zich richt op daklozen in Rotterdam en omstreken. De cliënten die wij hebben geïnterviewd woonden al in de wijk met GGZ- ondersteuning, anderen wonen momenteel nog beschermd maar zullen na eventuele wetswijzigingen in de wijk belanden.

Ons onderzoek vindt plaats onder de vleugels van MDA en Careyn MD regio Utrecht- West, onder leiding van onze opdrachtgever Ard Sprinkhuizen.

1.1 Context, aanleiding en achtergrond onderzoek

Nederland ontzorgt, dat wil zeggen dat er een groot beroep gedaan wordt op de burger en op diens verantwoordelijkheid. De rijksoverheid trekt zich terug waardoor steeds minder geld uit deze hoek beschikbaar komt en de uitvoering van de maatschappelijke ondersteuning wordt overgedragen aan de lokale overheid. Deze veranderingen worden gedragen en zichtbaar in veranderende wet- en regelgeving. In de aankondiging van het regeerakkoord staat dat gemeenten verantwoordelijk worden voor de uitvoering van het beleid. Eén van de gevolgen is dat de gemeenten de zorg op een andere manier moeten invullen en dat vraagt transformatie van het sociale domein. Deze vindt plaats op zowel beleidsmatig als uitvoerend niveau. De *transitie* in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Staatsecretaris van Volksgezondheid, 2013), en de Wet Langdurige Zorg (Staatsecretaris van Volksgezondheid, www.rijksoverheid.nl, 2014), maar ook de adviezen van de raad voor volksgezondheid en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkelingen (www.adviesorgaan-rmo.nl) zijn daar het bewijs van.

Onderdeel van lokaal beleid is het zoveel mogelijk laagdrempelig ondersteunen van de burger in de wijk om participatie mogelijk te maken. Hierbij is de burger in staat tot deelname aan het sociale verkeer binnen de samenleving en leeft deze niet geïsoleerd tussen vier muren. Met ondersteuning bedoelen wij het creëren van mogelijkheden voor de burger om mee te doen. Zelf naar de winkel te kunnen gaan, een praatje te maken met burens en zich te kunnen verzorgen. Maar ook de weg te vinden naar algemene lokale voorzieningen als bijvoorbeeld het buurthuis. Met de veranderingen binnen de zorg heeft zich een nieuw soort professional ontwikkeld die dicht bij de burger en zijn leefomgeving dient te staan. Deze professional noemen wij de nieuwe *sociaal werker* en zal als zodanig terugkomen in het vervolg van dit onderzoek. Om de kwaliteit van de zorg te behouden en de zorg betaalbaar te houden, is een verschuiving noodzakelijk. Een verschuiving vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn en binnen de eerste lijn naar zelfmanagement. Deze verschuiving wordt ook wel substitutie genoemd. Bij de 2^e lijn denken wij aan psychologische hulp en behandeling. Steeds meer taken zullen bij de eerstelijns hulpverlener terechtkomen, voordat de burger bij de 2^e lijn terecht komt. Burgers die voorheen met een *Zorgzwaartepakket GGZ 3 of 4* in behandeling waren in een instelling voor ernstige psychiatrische problematiek, zullen in de nabije toekomst onder deze veranderende wet- en regelgeving in de wijk terechtkomen. Hier zijn zij in eerste instantie aangewezen op de eerstelijns sociaal werker. Deze uitbreiding van de doelgroep vraagt van de sociaal werker een hernieuwd functieprofiel en een andere houding. De competenties die benodigd zijn voor de professional in dit “nieuwe werken” zijn al geformuleerd door de branche en

gepresenteerd (Vlaar, Kluft, & Liefhebber, 2013). *De acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl* vormen hierin de leidraad. Wij signaleren echter verwarring bij de eerstelijns sociaal werker, hoe hij zich moet opstellen in deze wijzigingen. De sociale werker lijkt een generalist en een specialist tegelijk te moeten zijn, omdat hij en breed moet anticiperen in de begeleidingscontacten en kennis moet hebben van vele aandoeningen en problemen. Maar is hij dit ook en wil hij dit zijn? En zo ja, is hij voldoende voorbereid? De verwarring bij deze werker, vormt voor ons de aanleiding tot onderzoek.

De sociaal werker die in de wijk werkt, moet in de nieuwe situatie over specifieke competenties beschikken. Wij zullen ons in ons in dit onderzoek richten op hoe deze professional is voorbereid en hoe hij staat tegenover de zwaar problematische psychiatrische doelgroep. Hiermee beogen wij de burger die voorheen GGZ ZZP 3 of ZZP 4 had en in de instelling woonde, maar nu door veranderende wetgeving (Staatsecretaris van Volksgezondheid, 2013) vermoedelijk in de wijk terecht zal komen. Het is de burger met ernstige psychosen, persoonlijkheidsproblematiek en soms een combinatie met een licht verstandelijke beperking.

Het theoretisch kader waarin wij ons onderzoek plaatsen, is op te delen in de volgende 3 gebieden:

1. *Clïënt*

Het type cliënt waarover wij spreken is de zwaar problematische psychiatrische cliënt conform indicatie voor ZZP-3/4. Wij zullen ons verdiepen in de psychiatrie.

2. *Professional*

De sociaal werker die wij hebben onderzocht, is de eerstelijns sociaal werker bij MDA en Careyn Maatschappelijke Dienstverlening Utrecht- West. Wij noemen deze werker sociaal werker omdat deze term verwijst naar een eenduidig professioneel domein. Deze term sluit ook goed aan bij internationaal gehanteerde begrippen als social work en social worker. In het recente advies van de commissie Boutellier (Meer van Waarde, 2014) wordt ook naar deze term verwezen. Het werken binnen Welzijn Nieuwe Stijl, vraagt van de werker de bereidheid tot het doorvoeren van veranderingen in zijn werkwijze en een andere manier kijken.

3. *Organisatie*

Wij verkennen de beide organisaties en onderzoeken hoe deze voorgesorteerd staan op het thema Welzijn Nieuwe Stijl. Dit betreft de implementatie van het werken binnen WNS in de organisaties MDA en Careyn maatschappelijke dienstverlening.

Wij zien veranderingen op zowel macro, meso als microniveau. Wij kiezen ervoor onze respondenten op uitvoeringsniveau te vinden, maar proberen een vertaalslag te maken naar beleidsniveau.

1.2 Door ons onderzochte organisaties

Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA)

Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA) is een instantie die gratis haar diensten biedt aan alle inwoners van de deelgemeente Prins Alexander.

De burger kan er terecht voor hulpverlening, maar ook voor ondersteuning, informatie of advies op verschillende levensgebieden.

MDA kent verschillende vormen van hulpverlening, advies en informatie. Daardoor kan bij veel vragen of problemen de juiste hulpverlening gestart worden.

Careyn Maatschappelijke Dienstverlening (Careyn MD)

Careyn Maatschappelijke Dienstverlening is een instantie die gratis haar diensten biedt aan alle inwoners van de gemeenten waar zij gevestigd is. In dit geval richten wij ons op de regio Utrecht – West. De burger die dreigt vast te lopen op een van de levensgebieden, kan er terecht voor ondersteuning, informatie of advies. Careyn MD werkt vooral preventief en ondersteunend aan de eigen kracht van de burger. Careyn MD werkt samen met andere zorgverleners zoals politie, huisartsen en het hele palet aan instanties binnen zorg en welzijn. Careyn MD werkt op vrijwillige

basis van de burger en outreachend waar nodig. De signalerende functie van Careyn MD zorgt voor een goede doorverwijzing van burgers waar nodig en inzet van eigen kracht, netwerk en vrijwilligers waar mogelijk.

Beide organisaties werken vanuit het principe Welzijn Nieuwe Stijl. We zien dit terugkomen in de 8 bakens van WNS, die in beide organisaties hebben geleid tot andere aandachtspunten dan voor de invoering van de WMO.

Wij zien de volgende verschillen tussen beide organisaties:

- MDA heeft een interne afdeling, ondersteuning bij de administratie. Bij Careyn MD is er de mogelijkheid ondersteuning bij de administratie in te bedden in het hulpverleningstraject, maar voor het ordenen en langduriger ondersteuning, wordt een vrijwilliger geworven bij een nabije welzijnsorganisatie.
- MDA heeft een intern *outreachend* team terwijl Careyn MD erop gaat wanneer nodig en iedere werker bij Careyn pakt dit element zo nodig op.
- MDA telt veel medewerkers op de hoofdlocatie, terwijl Careyn MD regio Utrecht- West, meerdere kleine locaties telt, met tussen de 5 en 15 maatschappelijk werkers per locatie.

Doelstelling van de organisaties

De dienstverlening van MDA en Careyn MD is gericht op het vergroten van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt en wordt daarom ook geboden in aansluiting op de wensen en de behoeften van de cliënt en diens sociale omgeving.

Visie en strategie (missie) van de organisaties

MDA

Om de doelstelling zoals hierboven beschreven is, te realiseren, wordt integraal en intensief samengewerkt met in eerste instantie de burger zelf en diens informele sociale netwerk, maar ook met vrijwilligers en andere professionals en (in)formele netwerken. Wanneer eigen sociaal netwerk ontbreekt of niet toereikend is, richt de dienstverlening zich op de ontwikkeling en/of uitbreiding van het eigen netwerk van de betreffende burger.

Burgers worden naar MDA verwezen via de Vraagwijzer (<http://www.rotterdam.nl/vraagwijzer>), huisarts, vrijwilligers of andere professionals in de publieke dienstverlening. Mensen kunnen ook zelf contact opnemen met MDA. MDA reageert eveneens op signalen van zorg en/of (over)last van 'sleutelfiguren' in de wijken, (in)formele netwerken, vrijwilligers of andere professionals welke vervolgens optimaal betrokken blijven bij de dienstverlening. MDA benadert haar cliënten actief ofwel 'outreachend' en sluit daarmee aan bij de situatie waarin de burger zich bevindt en gaat van daaruit aan het werk. MDA biedt dienstverlening op maat zo beperkt mogelijk in frequentie, (doorloop)tijd en intensiteit.

De dienstverlening van MDA is toegankelijk voor alle burgers, ongeacht religie, sociaal en economische status of etniciteit en is niet inkomensafhankelijk. Daar waar mensen op basis van zelfredzaamheid van andere 'hulpbronnen' gebruik kunnen maken, verwijst MDA in overleg met betrokkene door.

Careyn

De missie van Careyn is: "Continuïteit van zorg in Nederland". Hierbij staan de vraag en behoefte van de cliënt centraal. De zorg moet betaalbaar en beschikbaar zijn voor iedereen. Careyn MD ondersteunt de burger kortdurend waar mogelijk en langdurig waar nodig. Careyn MD werkt vooral laagdrempelig en preventief. Huisartsen, gemeente en andere organisaties verwijzen door naar Careyn MD om burgers kortdurend een steuntje in de rug te geven om op gang te komen en te voorkomen dat bijvoorbeeld materiële of psychosociale problematiek verergert.

Careyn ziet het ook als haar verantwoordelijkheid om in de directe woonomgeving van ouderen, senioren en chronisch zieken de mogelijkheden zo te organiseren dat iedereen in elke levensfase naar eigen wens en behoefte zelfstandig kan blijven. Dit betekent een verdergaande samenwerking met allerlei organisaties in de omgeving, niet alleen op het gebied van zorg. Ook welzijn, welbevinden, veiligheid en mobiliteit spelen hierbij een grote rol.

Een belangrijk onderdeel van Careyn MD is het vormen van schakelteams in de wijk. Dit is een samenwerkingsverband tussen de verschillende disciplines op het gebied van zorg, welzijn en veiligheid in de wijk. Hierbij wordt de zorg in de wijk laagdrempelig georganiseerd en leveren alle teamleden vanuit hun eigen vak en verantwoordelijkheid een bijdrage aan het welzijn van de burger. Door het werken in kleine wijkteams kan Careyn de benodigde kwaliteit en continuïteit garanderen. Dankzij de kleinschaligheid zijn de lijntjes heel kort en kun je makkelijker dingen overleggen en overdragen."

Doelgroep van de organisaties

MDA en Careyn MD

De doelgroepen voor MDA en Careyn MD bestaan uit bewoners van de omliggende gemeenten, respectievelijk deelgemeente Prins Alexander en de regio Utrecht - West. Het zijn bewoners die vragen en problemen hebben met betrekking tot hun dagelijks functioneren in de (complexe) samenleving. De nadruk ligt hierbij op burgers:

- Met psychosociale vragen, meestal gecombineerd met materiële zaken.
- Die hun problemen zelf of met hulp van hun eigen sociale netwerk niet of onvoldoende kunnen oplossen.
- Bij wie het persoonlijk functioneren in het geding is door (tijdelijke of structurele) functiebeperkingen, gebrek aan competenties en vaardigheden, gezondheidsproblemen, chronische ziekte, inkrimpend netwerk of ingrijpende levensgebeurtenissen veelal in samenhang met materiële spanningsvelden.
- Die onvoldoende participeren in het maatschappelijk leven, geïsoleerd of eenzaam zijn.

Beide organisaties richten zich vooral ook op het ondersteunen van het systeem, ervan uitgaande dat een gezond systeem helpend kan zijn in de huidige situatie maar ook ter voorkoming van herhaling van de problematiek in de toekomst. Zo bestaat de doelgroep van Careyn MD en MDA ook uit scholen, waar signalering plaats vindt en ondersteunen de medewerkers van Careyn andere instanties door middel van informatie en advies met betrekking tot bepaalde specifieke doelgroepen.

Organisatiestructuur van de organisaties

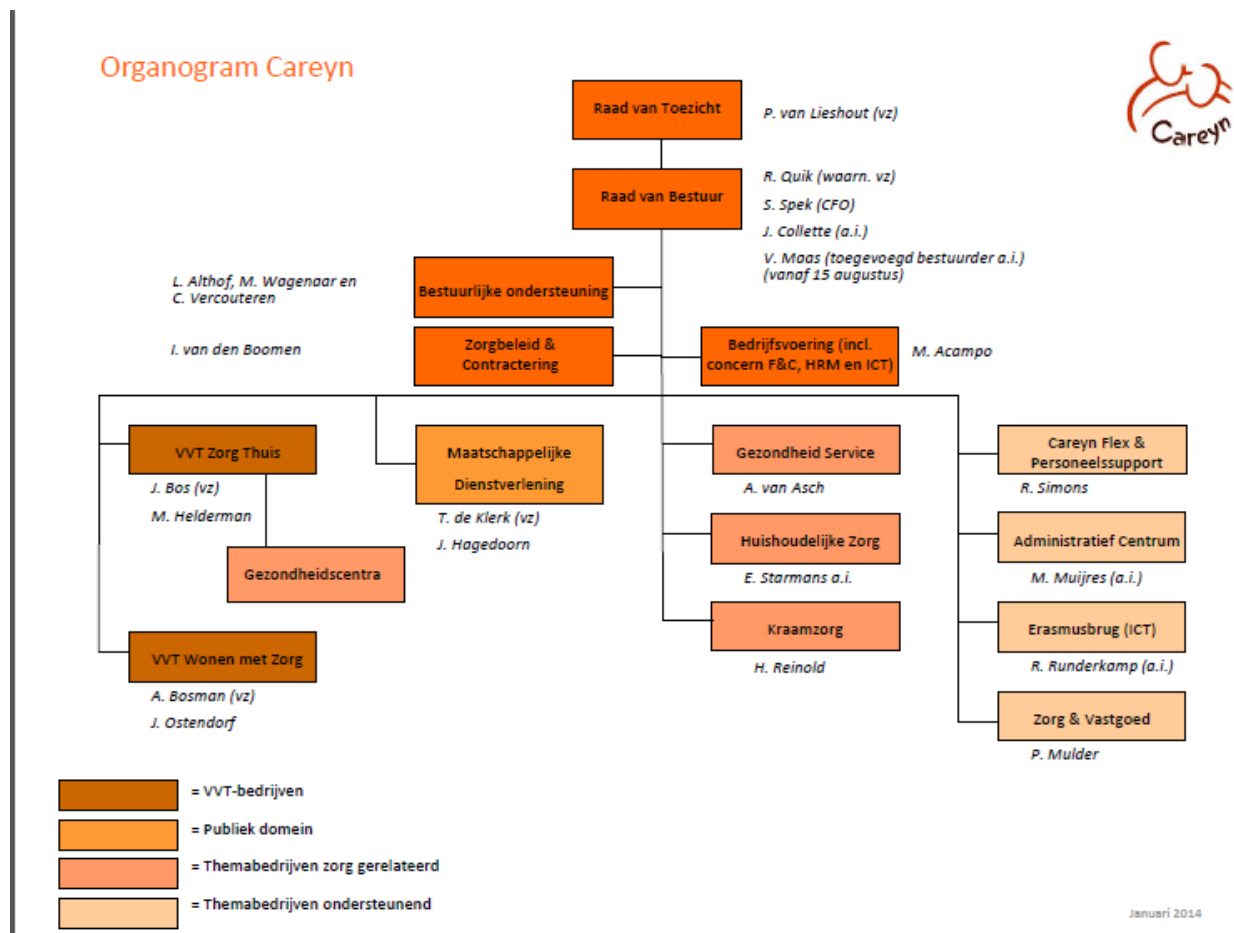
MDA

Organogram MDA, 1 mei 2013



Careyn

Careyn wordt bestuurd door de Raad van Bestuur (RvB). Het is de taak van de RvB om de visie van de organisatie te ontwikkelen en te implementeren en hiervan afgeleid de doelstellingen van de organisatie te formuleren (na samenspraak met de belanghebbenden en goedkeuring van de Raad van Toezicht (RvT)) en te realiseren.



1.3 Verantwoording van ons onderzoek en de vraagstelling met de deelvragen

Vraagstelling:

‘Is de sociaal werker in de eerste lijn van welzijn en maatschappelijke dienstverlening binnen Careyn en MDA voldoende voorbereid om nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen volgens de indicatoren uit ZZP klasse 3-4, in het kader van de herzieningen binnen het sociale domein, van adequate maatschappelijke ondersteuning te voorzien?’

Deelvraag 1. ‘Wat houden de herzieningen in het sociale domein precies in voor instelling Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam en instelling Careyn Maatschappelijke Dienstverlening te Utrecht- West en hoe is WNS in deze organisaties geïmplementeerd?’

Deelvraag 2. ‘Wat heeft de zwaar problematische cliënt, die voorheen tweedelijns in de GGZ behandeld werd, nodig om in de wijk te kunnen wonen?’

Deelvraag 3. ‘Wat heeft de sociaal werker nodig om de zwaar problematische cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4 in de wijk te ondersteunen?’

Deelvraag 4. ‘Hoe kan de leidinggevende faciliterend zijn aan de sociaal werker, bij het werken binnen Welzijn Nieuwe Stijl?’ ‘

1.4 Doelen van het onderzoek en gebruikte onderzoeksmethoden

De, misschien wel belangrijkste doelstelling van ons onderzoek was, dat we wilden verkennen en beschrijven wat de cliënt nodig heeft om, wanneer de *CIZ- indicatie* afloopt, in de wijk te kunnen gaan wonen. Hierbij hopen wij tot aanbevelingen te komen die aansturen op beleid dat zorg draagt voor een goede opvang van deze doelgroep in de wijk.

Verder hebben wij als doelstelling gehad voor mei 2014 verkend, geanalyseerd en beschreven te hebben, hoe het werken binnen WNS vanuit het management van de organisaties MDA en Careyn MD bij de eerstelijns professionals wordt of is geïmplementeerd. Wij hebben gekozen voor deze instellingen omdat zij werken met eerstelijns professionals en we wilden erachter komen, hoe deze organisaties voorgesorteerd staan op de veranderingen.

Een andere doelstelling van dit onderzoek is geweest, inzicht te krijgen, hoe de professional is voorbereid om de OGGZ-doelgroep te bedienen.

Wij hopen in het onderzoek dat voor u ligt, antwoorden te geven op die vragen.

Ons onderzoek is gedaan in opdracht van dhr. A. Sprinkhuizen namens het lectoraat van Hogeschool Inholland. Wij willen ons onderzoek tevens aanbieden aan het management van MDA en Careyn. Dit onderzoek kan afhankelijk van de uitkomst gebruikt worden om projecten binnen het werken met Welzijn Nieuwe Stijl te ondersteunen of te verbeteren. Het belang van dit onderzoek voor de instelling is te vinden in het feit dat de instelling informatie krijgt aangereikt waarmee ze eventueel beter kan inspelen op veranderingen die zich voordoen binnen het werkveld.

Verantwoording van de werkwijze en beschrijving van de onderzoeksmethoden

Voor de uitvoering van ons onderzoek hebben wij gekozen voor een kwalitatief explorierend onderzoek, omdat we erachter wilden komen of en hoe de sociale professional is toegerust in het werk. Kwalitatief onderzoek is een vorm van empirisch onderzoek waarbij overwegend gebruik gemaakt wordt van gegevens van kwalitatieve aard en dat als doel heeft onderzoeksproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren.

Zowel bij het management als bij de professional van beide instellingen stelden wij tot doel een beeld te krijgen van de aard van bestaande opvattingen. In eerste instantie hadden wij het voornemen om zowel de burger in de wijk als de OGGZ-burger (www.ggdhm.nl, 2013) in beeld te brengen. Aangezien het voor ons onmogelijk bleek om in zo korte tijd een at-random onderzoek uit

te voeren onder gewone burgers in de wijk, hebben wij deze in dit onderzoek achterwege gelaten. Met betrekking tot de zwaar problematische cliënt in de wijk, hebben wij voornamelijk verkennend gewerkt en daardoor zal de informatie die wij geven niet generaliseerbaar zijn voor zowel de hele doelgroep professionals als cliënten. Wel is er verzadiging opgetreden in de interviews van zowel werkers als cliënten. Na zo'n 7 interviews, trad al verzadiging op.

In ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van half open interviews, dit zijn voorgestructureerde interviews waarbij ruimte is voor persoonlijke antwoorden. Hiervoor hebben wij gekozen om enerzijds onze interviews met elkaar te kunnen vergelijken op gemeenschappelijke punten en anderzijds de ruimte te bieden aan onze respondenten, om hun eigen verhaal te vertellen. Om deelvraag 2 te kunnen beantwoorden hebben wij 10 cliënten uit de doelgroep zwaar problematische psychiatrische cliënt ZZP 3-4 wonend in de wijk, onderworpen aan een uitgebreid interview. Willem deed dit bij vier cliënten van stichting Ontmoeting in Rotterdam, die in een 24- uur instelling wonen en een cliënt wonend in de wijk met ondersteuning van stichting Ontmoeting. Marlies deed dit bij drie cliënten in de wijk, met ondersteuning van de GGZ en bij twee cliënten die met anderen samen in een appartement leven, onder begeleiding van Kwintes.

Cliënten:

Wij hebben gekozen voor half open interviews zodat de cliënt zijn verhaal kon vertellen zonder al te veel te hoeven nadenken of het een antwoord zou zijn op onze vraag. De doelgroep vindt een interview over het algemeen erg spannend en om onnodige stress te voorkomen, hebben wij veel ruimte gelaten voor eigen inbreng. Het gaat er tenslotte om een beeld te krijgen van de behoeften van onze respondenten in de wijk. Rest mij, aan te geven dat de doelgroep van stichting Ontmoeting vaak te maken heeft gehad met dakloosheid, waarbij cliënten van Kwintes vaak al jaren min of meer een eigen huishouden voeren. Dit kan voor ons onderzoek verschillende behoeften opleveren.

Onze achtergrondliteratuur bestaat uit het handboek voor de psychiatrie (Hengeveld, 2014), 'psychiatrie/ van diagnose tot behandeling (Deth & Vandereycken, 2004)' en 'Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen (Clijssen, Garenfeld, Kuipers, & Loenen, 2008)' Dit om de antwoorden te kunnen plaatsen tegen de achtergrond van een eventuele psychiatrische stoornis. Verder hebben wij in het boek 'Als meedoen pijn doet' (Tonkens & de Wilde, 2013), informatie kunnen vinden uit eerder onderzoek naar wat onze zwaar problematische cliëntgroep in de wijk nodig heeft om te kunnen leven en participeren. Waarbij leven en participeren 2 verschillende dingen zijn en het nog maar de vraag is hoe deze doelgroep kan en wil participeren. Ook het boek 'Meedoen gaat niet vanzelf' (Kal, Post, & Scholtens, 2012) heeft inzicht gegeven in de doelgroep en benodigde ondersteuning.

Eerstelijns sociaal werkers:

Wij hebben tien eerstelijns werkers onderworpen aan een uitgebreid interview. Ook weer half open, om ruimte te geven aan de inbreng van onze respondenten. Willem interviewde sociaal werkers bij MDA en Marlies bij Careyn MD. Bij MDA werden leden van het *outreaching* team geïnterviewd en bij Careyn verschillende maatschappelijk werkers op verschillende locaties. Wij hebben verschillende locaties bezocht om een breed beeld te krijgen van de werkers binnen regio Utrecht -West en Rotterdam, om een beeld te krijgen van hoe de veranderingen op de verschillende locaties worden ervaren. Het zou namelijk kunnen zijn dat hier onderling per plaats verschillen zouden optreden wat betreft ervaringen. De keus voor het *outreaching* team bij MDA is tot stand gekomen op basis van het feit dat deze het meest in aanraking komt met de doelgroep waarop wij ons onderzoek hebben gericht, de nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4. Bij Careyn MD regio Utrecht- West is de cliëntgroep benaderd die in aanmerking kwam voor specialistische

thuisbegeleiding en een ZZP 3-4 had vanwege de combinatie met psychiatrische problematiek.

Als achtergrond voor de analyse hebben wij het boek 'meedoen gaat niet vanzelf' (Kal, Post, & Scholtens, 2012), 'De affectieve burger' (Kampen, Verhoeven, & Verplanke, 2013) en 'Als meedoen pijn doet' (Tonkens & de Wilde, 2013), gebruikt. De achtergronden uit deze boeken werkten mee aan een totaalplaatje van wat de door ons beoogde zwaar problematische doelgroep in de wijk van de professional verwacht en wat de eerstelijns hulpverlener nu al kan en in de toekomst moet kunnen bieden.

De doelen van het onderzoek in dit hoofdstuk zijn om erachter te komen in hoeverre de eerstelijns professional kennis heeft van ontwikkelingen binnen zijn vakgebied, kennis heeft van competenties en in staat en bereidwillig is deze in te zetten. Kortom, hoe is de professional voorbereid om de zwaar problematische cliëntgroep in de wijk te ondersteunen?

Managers:

Wij hebben gekozen voor twee managers van twee verschillende organisaties. Tevens hebben wij beleidsnota's bestudeerd.

Wij hebben per instelling vijf professionals geïnterviewd en vervolgens geëvalueerd. Wij hebben beiden vijf cliënten geïnterviewd. Als uitgangspunt voor deze aantallen is gekozen om een minimale indicatie af te kunnen geven. Gezien de looptijd van ons onderzoek zijn deze aantallen voor ons maximaal haalbaar. In bijlage 4 vindt u een topiclijst waarin de eventuele antwoordmogelijkheden zijn toegevoegd. Informatie afkomstig uit door ons gehouden interviews wordt door ons volledig geanonimiseerd aangeboden.

1.5 Samenvatting

Als gevolg van sociale herzieningen vindt er een transformatie van het sociale domein plaats. De hulpverlening in de tweede lijn is kostbaar geworden en vraag van de lokale overheid is om problemen van burgers zoveel mogelijk in de eerste lijn op te lossen. In de eerste lijn zitten verschillende professionals zoals huisarts, fysiotherapeut en algemeen maatschappelijk werker. In ons onderzoek richten wij ons op de algemeen maatschappelijk werker die gewend is bepaalde problematiek door te schuiven naar de tweedelijns hulpverlener. Wij hebben verwarring geconstateerd binnen het werkveld bij MDA en Careyn Maatschappelijke Dienstverlening en zijn gaan onderzoeken hoe de eerstelijns professional is voorbereid op de veranderingen binnen het werkveld. Een cluster van veranderingen heeft plaatsgevonden onder de term Welzijn Nieuwe Stijl en een andere te verwachten verandering is de zwaar problematische GGZ- burger die in de wijk komt wonen vanuit de beschermde woonvorm of 24- uren instelling.

Zoals hiervoor beschreven zullen wij met ons onderzoek, trachten antwoord te geven op de volgende vraag:

'Is de sociaal werker in de eerste lijn van welzijn en maatschappelijke dienstverlening binnen Careyn en MDA voldoende voorbereid om nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen volgens de indicatoren uit ZZP klasse 3-4, in het kader van de herzieningen binnen het sociale domein, van adequate maatschappelijke ondersteuning te voorzien?'

De hoofdstukken in ons onderzoek trachten antwoord te geven op de volgende deelvragen:

Deelvraag 1. ‘Wat houden de herzieningen in het sociale domein precies in voor instelling Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam en instelling Careyn Maatschappelijke Dienstverlening te Utrecht-West en hoe is WNS in deze organisaties geïmplementeerd?’

Deelvraag 2. ‘Wat heeft de zwaar problematische cliënt, die voorheen tweedelijns in de GGZ behandeld werd, nodig om in de wijk te kunnen wonen?
Wij focussen op de cliëntgroep die voorheen tweedelijns in de GGZ behandeld werd, maar nu onder nieuwe wetgeving waarschijnlijk terecht zal komen bij de eerstelijns professional.

Deelvraag 3. ‘Wat heeft de sociaal werker nodig om de zwaar problematische cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4 in de wijk te ondersteunen?’
Deze deelvraag belicht vooral de rol van de eerstelijns sociaal werker in de wijk en hoe deze werkt binnen WNS. Vooral onderzoeken wij hoe de werker staat ten opzichte van het ondersteunen van zwaar problematische cliëntgroepen in de wijk.

Deelvraag 4. ‘Hoe kan de leidinggevende faciliterend zijn aan de sociaal werker, bij het werken binnen Welzijn Nieuwe Stijl?’
Deze deelvraag belicht vooral de rol van de leidinggevende en de organisatie. Wij zullen ons vooral richten op bereidwilligheid en kritiek op WNS vanuit de leidinggevenden en hoe zij hun werkers meenemen in veranderingen.

Wij hopen deze vragen in de komende vier hoofdstukken te kunnen beantwoorden vanuit analyses van 22 interviews en literatuuronderzoek.

Hoofdstuk 2 Het opschudden van het sociaal domein

‘Wat houden de herzieningen in het sociale domein precies in voor instelling Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam en instelling Careyn Maatschappelijke Dienstverlening te Utrecht en hoe is WNS in deze organisaties geïmplementeerd?’

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen wij op de verschillende niveaus laten zien, hoe het sociaal domein opgeschud wordt door Welzijn Nieuwe Stijl. Het is nodig om zowel op macro, meso- en microniveau iets te schetsen van de herzieningen om van hieruit beter zicht te hebben op de organisaties die wij in dit onderzoek betrekken, namelijk MDA Rotterdam en Careyn Utrecht.

Met de invoering van de wet Maatschappelijke Ondersteuning wordt het aantal bedden in zorginstellingen voor mensen met een psychiatrische achtergrond met een derde teruggeschoefd. Chronisch psychiatrische patiënten moeten vanuit deze situatie zelfstandig woonruimte zoeken. Volgens veel zorgprofessionals is dit vragen om problemen. Met de invoering van de nieuwe wet WMO (oude versie stamde uit 2007), worden zorg en wonen gescheiden. Psychiatrische patiënten moeten een zelfstandige woonruimte huren en dienen bediend te worden door de eerstelijns professionals. Het is goed om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, zo min mogelijk bevoogdend, zoveel mogelijk de eigen kracht bevorderend. De ontwikkelingen die plaats vinden, zijn voor een deel financieel gestuurd. De hulp die mensen ontvangen en die gericht is op een zo groot mogelijke zelfstandigheid, is niet alleen van deze tijd, dat is al jaren zo. Met dit verschil dat de nadruk van de overheid nu vooral op bezuiniging ligt.

Achtereenvolgens zullen wij beschrijven hoe de overheid op macroniveau, de instellingen op mesoniveau, en de werkers op microniveau deze herzieningen beschrijven, beleven en uitvoeren.

2.2.1 Macroniveau

De jaren '70 en '80 kwalificeren zich voornamelijk in de woorden: 'zorgverbetering' en 'kwaliteit'. Er werd grootscheeps ingezet door overheid, verzekeraars, allerlei takken van zorg en patiëntenverenigingen. In 1989 vond de eerste zogenaamde Leidschendam –conferentie plaats. Er werden afspraken gemaakt over de kwaliteit van de zorg, oude regels werden herzien, nieuwe regels werden ontwikkeld. (Schellekens & Everdingen van, 2001)

Vanuit de intentie betere zorg te leveren, wordt heel snel de bocht genomen naar betere regels, duidelijkere afspraken, beoordelingen, controleerbare zorg en bezuinigende werking. Er is geen land ter wereld waar op dit moment zo hard gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering van de zorg. Dit gebeurt op een bureaucratische manier met onder anderen, veel rapporten, vinklijstjes en inspecties. Wij zijn van mening dat inhoud van de ondersteuning ten koste zou kunnen gaan van formaliteiten en procedures.

Sinds de jaren '80 wonen steeds minder psychiatrische patiënten in tehuizen weggestopt in de bossen. Velen van hen wonen nu in groepshuizen met begeleiding in een woonwijk. Voor veel mensen is dat een goede stap geweest, maar niet voor iedereen. Voor de kwetsbaren en de mensen die er niet voor gekozen hebben, was dit niet een ideale uitkomst. Wij verwijzen hiervoor naar het onderzoek van Evelien Tonkens en Mandy de Wilde (Tonkens & de Wilde, 2013). Het gevolg van overheidsingrijpen in de vorm van het sluiten van groepshuizen, zou een herhaling van zetten kunnen betekenen ten opzichte van het verleden van de zorg.

De afgelopen decennia hebben zich gekenmerkt door het tegenovergestelde van de eigen kracht van de burgers en de zelfredzaamheid van mensen. De overheid nam steeds meer taken en verantwoordelijkheden van de burger over en bouwde de verzorgingsstaat stap voor stap uit.

Hoewel daar mooie kanten aan zitten, zijn de risico's groot geweest. De verzorgingsstaat bleek financieel onhoudbaar. Eenvoudige en vaak creatieve, goedkope maatwerkoplossingen werden soms vergeten en de noodzaak om naar elkaar om te zien, nam af. Nu staan we met elkaar op een kantelpunt in de geschiedenis van de zorg. Tal van prachtige initiatieven worden nu al ontplooid. Echter, niet iedereen is zo zelfredzaam als het wetsvoorstel voor de herziene WMO impliceert.

Op 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ingevoerd. Het systeem van zorg en dienstverlening voldeed steeds minder aan de verwachtingen van de burgers. Deels door bezuinigingen ingegeven en deels door de balans van verantwoordelijkheid is er een ander uitgangspunt gerealiseerd.

De gedachte dat de overheid het eerste vangnet moet zijn voor de beperkingen van de cliënt, is verleden tijd geworden. De burger moet zich realiseren hoe het leven met zijn beperkingen vorm kan krijgen, al dan niet gesteund voor de sociale omgeving.

Met het landelijke programma Welzijn Nieuwe Stijl wil het Ministerie van VWS gemeenten stimuleren om maatschappelijke ondersteuning, vraaggericht, effectiever en efficiënter te organiseren.

De drie hoofddoelstellingen van Welzijn Nieuwe Stijl zijn:

1. Gemeenschappelijker: gemeenten hebben een visie op de doelen die ze willen bereiken, op de inzet van het welzijnswerk daarbij en de te bereiken maatschappelijke doelen.
2. Professioneler/effectiever: gemeenten sturen maatschappelijke partners beleidsrijker aan. Resultaatgericht is dus niet sturen op producten maar en waar mogelijk op maatschappelijke effecten.
3. Efficiënter: Welzijn Nieuwe stijl dringt de ingesloten gewoonte terug om voor elk probleem een individuele oplossing te bieden en om voor elke oplossing naar de overheid te kijken. (Ministerie van Volksgezondheid, Dienstverlening, & Gemeenten, 2010)

2.2.2 Mesoniveau

Zowel binnen MDA alsook bij Careyn zijn tal van ontwikkelingen gaande om zo goed mogelijk aan te sluiten op de veranderingen in welzijnsland. Bij MDA wordt bijvoorbeeld al jaren gewerkt met een outreachend team. Deze medewerkers gaan erop af, sluiten aan bij de behoeften van de cliënt en werken integraal met andere ketenpartners en het netwerk van de cliënt. Ook participeert MDA sinds kort in een wijkteam.

Bij Careyn kiest men ook voor een nieuwe manier van werken, welke uiting krijgt in 'het Dorp'. In het kort houdt dit in dat er meer aandacht is voor de sociale context, dat persoonlijke zorg en welzijn dichterbij de cliënt georganiseerd wordt (www.hetdorp.net).

Zoals in hoofdstuk 5 te lezen valt, zijn beide instellingen al langere tijd bezig met het implementeren en uitvoeren van WNS. MDA werkte al voor de invoering van WNS met een outreachend team en zowel MDA als Careyn werkt met de implementatie van de acht bakens.

Aangenomen mag worden dat bij zowel MDA alsook bij Careyn op zorgvuldige wijze gekeken is naar de veranderingen in de zorg.

Hieronder volgt een overzicht van de uitvoering van WNS in beide organisaties:

Werkwijze van de organisaties

MDA en Careyn

Het stimuleringsprogramma van het ministerie: 'Welzijn Nieuwe Stijl (WNS) (www.invoeringWMO.nl, 2011) heeft invloed gehad op de werkwijze van MDA en Careyn MD. Aan de hand van de 8 bakens volgt een korte weergave die deels uit het visiedocument of jaarverslag komt van de organisatie, en deels door gesprekken met de medewerkers naar voren is gekomen.

1. De vraag achter de vraag;

MDA: Medewerkers hanteren een onderzoekende benadering en methodiek, waarna zij interveniëren op basis van (gezamenlijke) analyses, afgestemd op de betrokkene(n).

Careyn MD: De intakeprocedure bij Careyn MD vindt plaats volgens een format op alle levensgebieden. Mocht de situatie daarom vragen, is een huisbezoek mogelijk. De intake wordt binnen het team overlegd en collega's bevragen elkaar op de punten, inzet netwerk, eigen kracht, systemisch werken en mogelijkheden voor kortdurende ondersteuning. De intake wordt vertaald naar doelen die SMART worden opgesteld en met de burger na de intake worden overlegd.

Voorbeeld: Een materiële hulpvraag om andere huisvesting kan ontwikkelen tot preventie van buurtruzie in de toekomst door burger toe te rusten in zijn sociale vaardigheden met buurtbewoners.

2. Gebaseerd op de eigen kracht van de burger;

MDA en Careyn MD: Initieert, faciliteert, adviseert en coacht, maar neemt de verantwoordelijkheid niet over van de burger en zijn netwerk.

Voorbeeld: Een burger is niet kundig zelf zijn financiën te beheren. Beide organisaties zullen inzetten op budgetbegeleiding individueel of in een groep of tijdelijke ondersteuning door een vrijwilliger. Met als doel, de burger aan te leren hoe hij zelf in de toekomst zijn geld kan beheren.

3. Direct erop af;

MDA: Hanteert sinds 2007 een outreachende werkwijze, waarbij maatschappelijk werker burgers actief benaderen op grond van (zorg-) signalen.

Careyn MD: Werkt outreachend wanneer signalen uit de omgeving dit vragen. Signalen kunnen komen van scholen of huisartsen of vanuit verschillende netwerken waaronder zorg en overlast. Een andere vorm van het opvangen van signalen is die door middel van de schakelteams/wijkteams, waarbij de betrokken maatschappelijk werker korte lijnen houdt met sleutelfiguren in de wijk zoals de huisarts, politie, een kapper of kerkelijk medewerker. Deze vangt signalen op en geeft deze door aan de medewerker van Careyn MD.

Voorbeeld: Bij signalen van problematische situaties rondom een burger, neemt het algemeen maatschappelijk werk contact op met de bewoner, om hem ondersteuning vanuit het maatschappelijk werk of sociaal raadslieden aan te bieden. Er wordt teruggekoppeld naar de signaalhouder of de burger wel of niet bij Careyn MD is aangekomen.

4. Formeel en informeel in optimale verhoudingen;

MDA en Careyn MD: Naast de gebruikelijke inzet voor en door burgers wordt door beroepskrachten, intensief samengewerkt met studenten en vrijwilligers. Dit betreft vooral huishoudelijke administratie en toeleiden naar schuldhulpverlening. Bij MDA is een team voor de administratie intern aanwezig. Bij Careyn MD worden vrijwilligers via het plaatselijke welzijnswerk ingeschakeld.

Voorbeeld: De sociaal werker kan budgetbegeleiding aanbieden op kantoor, maar kiest ervoor een vrijwilliger thuisadministratie in te zetten bij de burger thuis. Dit is laagdrempelig, goedkoop en efficiënt.

5. Doordachte balans van collectief en individueel;

MDA: Collectieve voorzieningen worden als voorliggend beschouwd. MDA heeft collectieve voorzieningen/groepswork geïnitieerd op het gebied van preventie, depressie en overbelaste mantelzorger, budgetbegeleiding, verliesverwerking, transculturele integratie/participatie en lotgenoten contactgroep voor mantelzorgers.

Careyn MD: Careyn MD biedt groepsondersteuning aan in de vorm van een Meidengroep om tienermeiden te ondersteunen in hun emotionele, psychische en sociale ontwikkeling. Tevens is er een assertiviteitstraining voor volwassenen.

Voorbeeld: Signaleert Careyn MD een behoefte op een bepaald gebied dan is zij in staat een nieuwe groep op te starten.

6. Integraal werken;

MDA en Careyn MD: Aanmeldingen worden voorgelegd aan een integraal overleg, waarna medewerkers (formeel en informeel) niet langer volgordeijk maar gelijktijdig in een vroeg stadium de diensten inzetten.

Careyn MD: Wekelijks is er plaats voor een spoedintake wanneer bij aanmelding blijkt dat snel en integraal gewerkt moet worden.

Voorbeeld: Er vindt nauwe samenwerking met de lokale gemeente plaats, waarbij *multiproblem casussen* vanuit verschillende partijen worden bekeken. Dit om integraal werken mogelijk te maken met als doel de burger optimaal van dienst te zijn.

7. Niet vrijblijvend maar resultaatgericht;

MDA en Careyn MD: Elk traject is voorzien van een plan van aanpak met een beginevaluatie- en afsluitfase.

Voorbeeld: Als uit een tussenevaluatie blijkt, dat cliënt niet verder door het AMW geholpen kan worden, wordt de reeks gesprekken onderbroken voor een doorverwijzing naar andere, meer effectieve steunbronnen.

8. Gebaseerd op ruimte voor de professional;

MDA: binnen het werken met WNS is er ruimte voor de professional om zijn eigen werk in te delen.

Careyn MD: Bij Careyn MD is men bezig met het vormen van zelfsturende teams. Dit vraagt om een brede kijk van de professional die verantwoordelijkheid neemt voor besluiten binnen zijn vakgebied en rekening houdt met zowel macro- micro en mesoniveau van zijn handelen.

Voorbeeld: Eigen indeling van tijd en ruimte naar eigen professioneel en ethisch inzicht.

In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op welke activiteiten ingezet zijn om ook de medewerkers te enthousiasmeren. Er wordt op een adequate manier omgegaan met de veranderingen. Voor alle duidelijkheid dient hier opgemerkt te worden dat wij ons onderzoek alleen gericht hebben op het outreachende team van MDA. Hoe de implementatie van de herzieningen zich op de overige terreinen van MDA ontwikkeld hebben wij onvoldoende zicht op.

In het onderzoek op mesoniveau naar de organisaties merken we op dat het belangrijk is om telkens weer de dialoog aan te gaan met de zowel de overheid als andere partner organisaties, alsook de eigen organisatie om niet alleen te komen staan. Daar waar de dialoog stil valt, wordt ook het onderwerp stil gelegd. Van welzijnsorganisaties wordt een andere manier van werken gevraagd door de overheid. De organisaties moeten goedkoper, effectiever en efficiënter te werk gaan en aan de organisaties de taak om dat uit te voeren. Dat betekent marktwerking. Voldoet het concept van de organisatie niet aan de eisen van de gemeente dan is de kans groot dat de opdracht naar een andere welzijnsorganisatie gaat. Daarom is het goed dat management en team van een organisatie strategische plannen maken en door middel van dialoog met elkaar in gesprek blijven.

Een andere belangrijke constatering in de gesprekken met de managers vonden wij de verantwoordelijkheid. Want naast dialoog moet ieder in de organisatie op zijn of haar plek de verantwoordelijkheid nemen voor de organisatie waar je voor werkt. Het is de verantwoordelijkheid van het management van de organisatie om de dialoog aan te gaan en het proces te bewaken met het team. De verantwoordelijkheid van het team is om die dialoog uit te voeren. Zo kan er een stevig strategisch plan bedacht worden om mee te participeren in de eisen en veranderingen die de overheid stelt.

2.2.3 Microniveau

Hoe staat het nu met de zorg richting de cliënt. Een artikel in Zorg&Welzijn van 31 januari 2014 (Zorg&Welzijn, 2014) naar aanleiding van een jaarlijkse peiling van Movisie naar opvattingen over maatschappelijke thema's, draagt de titel: 'WMO en Welzijn Nieuwe Stijl doen nog weinig voor cliënt'.

Sociaal werkers en vrijwilligers geloven in de uitgangspunten en doelstellingen van Welzijn Nieuwe Stijl. Dat komt overeen met de interviews die wij gehouden hebben onder 10 medewerkers. Opmerkelijk in de peiling, is dat 59 % van de 339 ondervraagden niet positief gestemd is over de uitwerking van de WMO. Zij vinden dat de zorg aan kwetsbare groepen is verschaald en dat mensen die nu echt zorg nodig hebben tekortkomen door meer bureaucratie en financiën.

De ondervraagden uit de genoemde peiling en de ondervraagde medewerkers uit ons onderzoek geven aan dat het belangrijk is dat er gekeken wordt of de omgeving ondersteuning kan bieden. Belangrijk is dat naast het aangaan van de dialoog, medewerkers ook meegenomen worden in zowel de ontwikkelingen op beleid, hoewel de beleidsontwikkelingen op politiek niveau nog laag en vaak vaag zijn, ook de ontwikkelingen voor de beroepshouding volgen en integreren in het werken. Veel medewerkers geven aan dit zo al jaren te doen, maar dat dit werken nu een andere naam krijgt. Hoewel er wel grote verschillen zijn tussen de opbouwwerker van de jaren '60 en de generalist van nu, zijn er ook overeenkomsten. Belangrijk is om te behouden wat werkt, en constructief om te buigen wat anders kan in het werken.

Wel zal er goed gekeken moeten worden naar de toerusting van de sociaal werker bij de implementatie van WNS. Er dreigt een zwaardere doelgroep te ontstaan in de wijk, die voor de eerstelijns werker met deze toerusting moeilijk begeleid zou kunnen worden. Al geruime tijd wordt er onder andere door Movisie hard gewerkt aan stevige methodische toerusting. Belangrijk is dat naast mooie slogans als: 'eigen kracht centraal, de cliënt in het midden en erop af gaan', er ruimte, zorg en aandacht is voor de nieuw ontstane doelgroepen in de wijk.

2.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk heeft u kunnen lezen dat wijzigingen in het sociale domein en op allerlei niveaus van alle tijden af is. Of deze wijzigingen voor een kwetsbare doelgroep altijd goed zijn, is een vraag om over te blijven nadenken. Op alle drie de niveaus is er veel aan de hand. Op macroniveau is een belangrijk onderdeel, hoe er door middel van onder andere bezuiniging de burger op zichzelf en zijn netwerk aangewezen wordt. Op mesoniveau zijn organisaties vooral bezig om mee te participeren met dat wat op macroniveau besloten wordt. Echter is ook duidelijk geworden dat op microniveau er veel onduidelijkheid is over het beleid, maar ook de positie van de eerstelijns sociaal werker. Nogmaals benadrukken wij dat het belangrijk is om de dialoog aan te gaan met de verschillende betrokkenen, om zo elkaar ook in het oog te houden.

Hoofdstuk 3 De cliënt centraal

‘Wat heeft de zwaar problematische cliënt, die voorheen tweedelijns in de GGZ behandeld werd, nodig om in de wijk te kunnen wonen?’

3.1 Inleiding

Met de transitie van AWBZ naar WMO, waarbij de begeleiding van mensen met psychiatrie in handen komt van de lokale overheid, kan het zijn dat de leverancier van zorg door de gemeente bepaald gaat worden en dat de hoeveelheid en inhoud van de tweedelijns zorg verandert of vermindert. Wij zullen in de interviews tegenkomen dat in het verleden al bezuinigd is op de huishoudelijke zorg en dat dit gevolgen heeft gehad voor het welzijn van sommige cliënten binnen de doelgroep. Wij hopen zicht te krijgen op wat de eerstelijns professional nu al voor onze doelgroep doet en hoe deze in de toekomst ondersteunend kan zijn aan de cliënt in de wijk. In dit hoofdstuk vindt u de resultaten van ons onderzoek naar de behoeften van de zwaar problematische burger in de wijk, dat is de GGZ-client met zorgzwaartepakket 3 of 4. In dit hoofdstuk zullen wij de tweede deelvraag trachten te beantwoorden, namelijk: ‘Wat heeft de zwaar problematische cliënt, die voorheen tweedelijns in de GGZ behandeld werd, nodig om in de wijk te kunnen wonen?’

3.2 Kennis, uitvoering en gevolgen van veranderingen bij de doelgroep

In deze paragraaf zullen wij kijken naar de kennis over WNS bij de doelgroep, zwaar problematische GGZ- cliënten in de wijk, en of zij weten welke gevolgen deze veranderingen zullen hebben voor hun leven.

Zes van de door ons ondervraagde cliënten, weten iets te vertellen over de veranderingen binnen WNS. Dat zijn vijf (alle) door Marlies ondervraagde cliënten en een cliënt door Willem ondervraagd. Het zou kunnen dat de cliëntgroep van Willem minder wist te vertellen over WNS doordat zij binnen de instelling wonen en zich minder bewust van de veranderingen buiten de instelling. De cliënten van Marlies, onder wie al een aantal in de wijk woonde, met ondersteuning van de GGZ, gaven veelal aan dat WNS te maken heeft met bezuinigingen vanuit de overheid. Een aantal van hen gaf aan dat hun persoonlijk begeleider hen op de hoogte houdt van ontwikkelingen.

Een cliënt met een verstandelijke beperking, die opkomt voor de belangen van verstandelijk beperkten NL, geeft het volgende aan als veranderingen in het contact met de tweedelijns hulpverlener: *“Ik heb geen tijd meer, moet naar cursus”, zegt mijn begeleider van Gemiva¹ dan.* Dezelfde cliënt, psychotisch, met longemfyseem en met een verstandelijke beperking vertelt over zijn doelgroep verstandelijk beperkten het volgende: *“...En het beeldbellen, ik vind dat gevaarlijk, mensen kunnen meeluisteren, weet ik uit ervaring. Privacy en veiligheid bescherming, vooral bij deze doelgroep wordt er anders misbruik van je gemaakt.”* Dezelfde cliënt vertelt over huishoudelijke zorg: *“Door de bezuinigingen mag de huishoudelijke hulp minder doen. Mag nu al geen ramen meer zemen, geen boodschappen doen, strijken niet meer. Nog maar 1 uur per week. Nu 3 uur wegens bewijs van longpatiënt.”* Deze cliënt gaf aan dat hij de huishoudelijke zorg niet zelf kan overnemen en dat hij door misbruik in het verleden, geen andere mensen die niet professioneel zijn, over de vloer durft te hebben.

Een andere cliënt merkt op: *“Druk in mijn hoofd neemt toe bij veranderingen dus dat is nadelig”.* Hiermee geeft deze cliënt met autistische trekken, aan dat de veranderingen van het beschermd wonen in een instelling, naar het wonen in de wijk met ondersteuning, voor hem een situatie vormt

¹ Gemiva is ondersteuning voor werkbegeleiding van mensen met een verstandelijke, lichamelijke of meervoudige handicap in Zuid-Holland.

die goed dient te worden begeleid om onnodig oplopen van stress te voorkomen.

3.3 Contact met ondersteunende partijen in de wijk

In deze paragraaf zullen wij de ondersteunende partijen onderzoeken op hun nut en onnut voor onze cliënt in de wijk. Onder ondersteunende partijen verstaan wij zowel de hulpverleners als de burens en het netwerk. Wij gaan uit van de 'WNS-gedachte' dat burens en vrienden/familie ondersteunend kunnen zijn in het leven van de cliënt en een voorlopig antwoord vinden op de vraag of onze doelgroep dit ook zo ervaart.

Wij zullen een indeling maken voor de verschillende partijen en het contact beschrijven in mate van contact, vorm van contact en hoe tevreden men is over het contact.

Wij hebben aan onze cliënten de vraag gesteld welke ondersteuning zij op dit moment krijgen en welke zij dachten nodig te hebben in de toekomst. Als zij op dit moment alleen tweedelijns professionals om zich heen hadden, hebben wij doorgevraagd, wat de andere opties zouden zijn, mocht deze ondersteuning in de toekomst verminderen of wegvallen. In paragraaf 3.3.1 zullen wij starten met het delen van uitkomsten over het contact met de tweedelijns hulpverlener (aangezien deze momenteel nog de belangrijkste spil in het leven van onze cliënt blijkt te zijn). Vervolgens zullen wij dit doen voor het contact met de eerstelijns hulpverlener, de lokale instanties, burens en tot slot met het eigen netwerk. Zoals gezegd, hebben wij niet alleen gevraagd naar de huidige situatie, maar ook naar de verwachte behoeften van de cliënt in de toekomst.

3.3.1. Contact met de tweedelijns hulpverlener

Mate en vorm van contact:

Uit onze interviews blijkt dat de cliënt het over het algemeen prettig vindt om de hulpverlener thuis te ontvangen, echter het grootste deel van de ondervraagden heeft er geen moeite mee en vindt het zelfs prettig, om af en toe een afspraak met een hulpverlener buiten de deur te hebben. Dit geldt voor zowel de eerste- als de tweedelijns hulpverlener.

De door ons ondervraagde cliënten hebben afspraken gemaakt over de mate van contact met hun hulpverlener. Dit blijkt maatwerk en is per cliënt verschillend.

Tevreden over het contact:

Van alle door ons ondervraagde cliënten, is duidelijk geworden dat zij zeer tevreden zijn over de ondersteuning die zij momenteel ontvangen van de tweedelijns hulpverlener in de vorm van persoonlijk begeleider. Deze heeft een juiste bejegening in het persoonlijk contact en weet om te gaan met de beperkingen van de cliënt. Het blijkt dat de tweedelijns professional nog op veel levensgebieden zichtbaar is in de levens van onze cliënten. De tweedelijns professional wordt gezien als momenteel onmisbaar voor het welzijn van de door ons ondervraagde doelgroep.

Opmerkingen uit de interviews zijn:

"Mijn persoonlijk begeleider geeft mij veel opties, duidelijke boodschap en nooit iets opleggen."

"Persoonlijk begeleider bereidde voor dat ik weer naar nieuw huis kon na opname".

Voor wat betreft de bejegening in GGZ-omgeving, wordt een opname op de psychiatrische afdeling door minimaal twee van de tien cliënten als minder prettig ervaren. Er wordt geen gelijkwaardigheid ervaren, men voelt zich dan meer een patiënt dan een medemens. Dit komt mede door de terminologie die wordt gebruikt. Men heeft het over diagnoses met moeilijke namen, terwijl de cliënt zelf heel goed weet wat er in hem omgaat. Er wordt meer over hem gepraat dan met hem. En men gaat meer uit van regels dan mogelijkheden.

Een van de tien cliënten benoemt juist de ambulante GGZ als zakelijker dan het RIAGG 2 jaar terug *"Weinig veranderingen tot op heden. Ongeveer 2 jaar terug ben ik aangemeld bij Riagg, ik woonde toen op mezelf. Zij hebben mij geestelijk goed behandeld. De ambulante GGZ waar ik loop, is*

daarentegen een wat zakelijkere instelling. Ik zie geen veranderingen in het contact. Ze nemen goed de tijd voor me." Bij deze cliënt zie je dus een verschil tussen het contact met de begeleider en het contact met de instelling. Overeenkomsten tussen de cliënten zijn te vinden in een voorkeur voor overleg, gelijkwaardigheid en een menselijke bejegening en dat zij aangeven dat de begeleiding over het algemeen voldoende tijd spendeert.

Toekomstige behoefte aan contact met de tweedelijns hulpverlener

In het kader van de herzieningen binnen het sociaal domein, komt de GGZ- begeleiding bij de lokale overheid te liggen. Er zal bezuinigd moeten worden op die begeleiding en deze zal zich dus toespitsen op de meest noodzakelijke ondersteuning van onze cliënt.

De consulterende rol van de tweedelijns hulpverlener zal dan vermoedelijk wegvallen, waarmee de cliënt zijn vragen aan iemand anders zou moeten stellen. Dit zou op zich geen probleem zijn, waar het vragen betreft met een eenduidig antwoord, zoals "waar kan ik de huisarts vinden". Echter waar het maatwerkvragen betreft, zoals vragen over voorzieningen van het WMO, wordt door de doelgroep met een verstandelijke beperking aangegeven dat dit gevoeliger ligt. De een zou nog wel een WMO-consulent willen benaderen, maar ziet de bui al hangen als hij het niet met het antwoord eens is. Nu is de begeleider (tweedelijns) de bemiddelaar, die dan tussenbeide komt, maar zonder hem voelt de cliënt zich erg aan zijn lot overgelaten. Dan neemt dit gevoel bij onze cliënt al snel de proporties aan van een psychose of depressie. De bemiddelingsfunctie van de tweedelijns hulpverlener met kennis van de psychiatrische en verstandelijke beperking en een daarbij behorende bejegening, zou gemist worden.

Over de behoefte aan ondersteuning van de tweedelijns hulpverlener in de toekomst, zegt een cliënt:

"...Dus...ambulante begeleiding en dan afbouwen tot minimum (maar wel achterwacht) Ik kan altijd aan de bel trekken." Hiermee geeft deze cliënt woorden aan iets wat in alle interviews naar voren kwam, namelijk dat de langdurige achterwachtfunctie van de professional met kennis van specifieke beperkingen, gemist gaat worden, wanneer deze zou verdwijnen.

Op de vraag of iemand anders de consulterende functie voor de cliënt zou kunnen invullen, is het antwoord eenduidig, dat een ander te weinig afweet van de psychiatrische beperkingen waardoor cliënt ook met deze persoon door een onjuiste bejegening in conflict kan raken, wat weer gevolgen heeft voor zijn welzijn.

Verder is er de psychiatrische cliënt met een verstandelijke beperking, die eenduidig aangeeft dat hij niemand kan vertrouwen. Na vele ervaringen van misbruik, is deze cliënt eindelijk gewend aan de stabiliteit van de tweedelijns hulpverlener met inzicht in de juiste bejegening. Deze cliënt kan alleen overweg met langdurig vertrouwelijk contact en kan niet zomaar zijn burens binnenhalen. Het netwerk van deze cliënt is vaak zeer beperkt en familiebanden zijn door overvraging en misbruik vaak aangetast.

Voor de chronisch psychiatrische cliënt zonder verstandelijke beperking, lijkt dit anders te liggen: De meerderheid van hen geeft aan, ondersteuning van verschillende mensen te kunnen krijgen en geen probleem te hebben met wisseling van hulpverleners, zolang de bejegening maar goed is en de cliënt met zijn beperking serieus genomen wordt in wat hij wel/niet kan. Een enkeling met een bijkomende beperking in het autistisch spectrum, geeft aan dat veranderingen aanleiding vormen tot stress en dat daarom langdurige ondersteuning door eenzelfde persoon gewenst is.

3.3.2 Contact met de eerstelijns hulpverlener (maatschappelijk werk, huisarts etc.)

Mate en vorm van contact:

Uit onze interviews blijkt dat degenen die door ons werden ondervraagd, buiten de tweedelijns GGZ-ondersteuning, geen ondersteuning kregen van het maatschappelijk werk in de eerste lijn.

Wel werd de vrijwilliger genoemd die ondersteunde in de administratie. Dit verliep over het algemeen goed, dat wil zeggen dat er geen cliënten waren die hierover klaagden.

Verder werd de huisarts vooral genoemd met betrekking tot ondersteuning van lichamelijke klachten en eventuele doorverwijzer naar de tweede lijn. Sommigen hadden zelfs niets met de huisarts te maken omdat zij een regelmatig contact hadden met de psychiater die medicatie voorschrijft en zich bezig houdt met het lichamenlijk en geestelijk welzijn van onze cliënt.

Een enkeling noemde de politie als belangrijk persoon in de ondersteuning bij zijn psychoses. Hij vond het belangrijk om door de wijkagent serieus genomen te worden. Hier volgt zijn verhaal: *“Veiligheid, bescherming en hulp. Buren kunnen dat niet, die zijn zelf druk bezig. Of die denken: “die vent is gek”. Zij kunnen niets doen, justitie en politie kunnen er echt iets aan doen. Ik ging altijd eerst naar politie en dan naar hulp in psychiatrie. Eerst veiligheid bij politie, zij zeggen dan “wij houden een oogje in het zeil”. KGB en telepathisch terrorisme vielen mij lastig. Dat deed mijn ziekte met mij. In psychiatrie hadden zij moeten zeggen dat ik bij hen veilig was. Dat hebben zij niet gedaan en ook geen uitleg gegeven over kenmerken van paranoïde schizofrenie (15 kenmerken) Ik heb dat zelf ontdekt. Ik neem de regie over storende gedachten, ik zeg dan “ik stuur de politie op je af”*

Kennelijk is het voor deze man van groot belang om serieus genomen te worden door ondersteunende partijen. Dit is iets wat ik uit eigen ervaring met mensen met psychoses herken. Maar ook in de interviews met andere cliënten, herkennen wij de roep om serieus genomen te worden.

Tevreden over het contact:

Over het algemeen, geven onze cliënten aan, vooral terecht te kunnen bij hun tweedelijns hulpverlener. Dit maakt dat zij op dit moment nog niet veel te maken hebben met de bejegening in de eerstelijns hulpverlening. Een enkeling merkt op door de huisarts prima behandeld te worden en geen van de door ons ondervraagde cliënten geeft aan zich niet serieus genomen te voelen door de hulpverlening in de eerste lijn.

Een cliënt die vertelt over de periode na zijn eerste psychose, geeft het volgende aan:

“Wel soms van kastje naar muur of verschillende adviezen, verschillende diagnoses. Gaat soms te langzaam, bijstellen medicatie gaat te langzaam. Duurt maanden voor diagnose er is en daarna pas medicatie.” Wat zou het meest geholpen hebben toen je merkte dat er iets niet klopte (psychose)?
“Dat ik iets eerder bij hulpverlening terecht zou komen, versnellen. Het is maatwerk en dat is lastig. Er werd wel naar mij geluisterd.”

Voorgaand citaat geeft aan dat zowel in de eerste lijn, als in de tweede lijn, de signalering beter en sneller kan plaats vinden. Dat dit voor de cliënt prettiger zou zijn. Dit bevestigt de ontwikkeling dat er binnen de eerste lijn een betere signalering dient plaats te vinden.

Toekomstige behoefte aan contact met de eerstelijns hulpverlener (maatschappelijk werk, huisarts etc.)

Ervan uitgaande dat de eerstelijns sociaal werker veel van de taken van de tweedelijns professional zal moeten overnemen, geven de interviews ons het volgende beeld:

- Bejegening is van belang:

“Mijn persoonlijk begeleider geeft mij veel opties, duidelijke boodschap en nooit iets opleggen.”

- Kennis van beperkingen en het zien van de hele context is van belang:

Een cliënt vertelt dat hij graag door zijn Careyn thuisbegeleiding wordt ondersteund omdat zijn hulp in de huishouding niet alleen schoonmaakt, maar ondertussen alle levensgebieden in de gaten houden. Hij vertelt: *“Ik zie mijn toekomstige ondersteuning vooral door professionals uitgevoerd*

worden. Mijn schoonmaker van Careyn is ook verplegend. Het gaat dan niet om het omgaan met emmer en dweil, maar ook veel praten en ondersteuning geven, zorgen dat medicatie is ingenomen. Zelfzorg checken. Dat doet het gewone maatschappelijk werk niet. Mensen die momenteel bij mij komen zijn heel professioneel, zij kennen mij en mijn beperkingen en zien niet alleen een klein stukje”.

- Achterwachtfunctie (langdurig) vanuit de tweede lijn is van belang voor onze doelgroep.
- Mogelijkheid om bij cliënt thuis te komen, wordt gewaardeerd.
- Er zit een meerwaarde voor deze doelgroep, in een huishoudelijke hulp die verstand heeft van het hele levenspalet van de cliënt uit onze doelgroep. Specialistische thuisbegeleiding blijkt meerwaarde te hebben.

3.3.3 Contact met de lokale instanties

Mate en vorm van contact:

Contact wordt niet echt benoemd. Contact met instanties als de gemeente wordt alleen benoemd als noodzakelijk om aan voorzieningen te komen. En als dit aan de orde is, zet onze doelgroep graag een tussenpersoon in om met de gemeente te communiceren. De vorm van contact die genoemd werd, is aanvragen voorzieningen, per telefoon of bij de balie. Waarbij men dan vaak een snel en afwijzend antwoord krijgt. Liever zou men zien dat de gemeente zelf, na het uitgezocht te hebben, de cliënt telefonisch zou informeren over het antwoord.

Blijkt dat het contact dat er is met de lokale overheid, niet veel positiefs oplevert en wel bij sommige ondervraagden stress.

Tevreden over het contact:

Het gevoel niet serieus genomen te worden door de lokale overheid levert stress op bij onze doelgroep. De lokale overheid gaat in de beleving van onze cliënten, over hun leven, werken, inkomen en welzijn. Dit legt druk op het contact, de lokale instantie heeft iets, wat de cliënt wil hebben, bijvoorbeeld toestemming voor het een of ander. Een cliënt vertelt:

“Stress, ik kan dan psychoses krijgen en zwaar benauwd. Ik heb ook nog een taxi-vergoeding, vanwege mijn longen, kan niet lang fietsen, en als iemand zwaar geparfumeerd is in de bus, krijg ik het benauwd.” Als deze cliënt een OV-vergoeding via de gemeente moet aanvragen, kun je je voorstellen dat het van groot belang is dat de gemeente zich verdiept in de daadwerkelijke beperkingen van deze cliënt.”

Bij toeleiding naar werk benoemt een cliënt een onbevredigende situatie:

“Re-integratie, UWV (keuringsarts en werkbegeleider), stappenplan om weer te werken en hulp bij solliciteren.” Was dit goed voor jou? “Bij het Factteam hadden wij een gesprek bij UWV en er moest een plan komen. De eerste deed daar heel lang over, de 2^e had snel een plan klaar. Je kreeg werk maar was dit ook snel kwijt. (Ondersteuning UWV had te weinig zicht op mijn beperking).”

In dit voorbeeld is er iets mis gegaan op zowel het gebied van de tweedelijns hulpverlening (Factteam), als bij de lokale instanties (het UWV).

Een andere ondervraagde cliënt geeft zijn ervaring weer:

“Ooit ben ik niet serieus genomen door de sociale dienst. Mij werden koeien met gouden horens beloofd, maar niet nagekomen.”

Toekomstige behoefte aan contact met de lokale instanties

Een cliënt vertelt: *“Vroeger kreeg je veel meer om mobiel te blijven (rollator etc.). Ik had een invalidenwagen (Canta) gekregen, en die heb ik 3 jaar gehad, maar toen vrouw 6 jaar terug overleed, moest ik hem meteen inleveren. Want officieel was die voor haar. Gesprekken lopen stuk op de regels. Bijv. heb ik weer een Canta / scootmobiel aangevraagd, maar dat kan niet. Scootmobiel is te duur. Last van darmen, ik kan niet ver lopen(150), dan gaan mijn darmen leeglopen. Een paar keer in de week spoelen met een klysma, doe ik zelf. Nu zelf een auto, van 10 jaar oud. Regiotaxi is het goedkoopst (150 E per maand, naar Lopik heen en weer). Met de auto is 250/300 E voor vriendin*

vervoer. Overdag regiotaxi, maar niet in de nacht."

Deze cliënt verwoordt wat velen binnen deze doelgroep belangrijk vinden, namelijk het voorzien in de dagelijkse behoeften, waaronder, eten, drinken, inkomen en, voor deze doelgroep extra belangrijk, mobiliteit. Waar het voor deze doelgroep van groot belang is de deur uit te kunnen om contacten te ontwikkelen, geeft deze doelgroep aan op dit gebied een extra beroep te moeten kunnen doen op de lokale overheid. Vereenzaming ligt op de loer en mobiliteit is dan een preventief middel om de doelgroep gezond en participierend te houden.

Een juiste, gelijkwaardige bejegening door de lokale instanties, blijkt voor de toekomst ook een belangrijk middel om de doelgroep te kunnen bedienen.

3.3.4 Contact met de burens

Mate en vorm van contact:

Alle door ons ondervraagde cliënten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zij in de wijk worden begroet. Minimaal zes van de tien ondervraagden, doet dan ook bewust zijn best om anderen te begroeten, zodat hij ook een groet terug krijgt. Een man die geregeld psychotisch is, geeft aan dat hij op het moment dat hij psychotisch is, wel gevoeliger is voor contact met de mensen in de wijk, ook ten negatieve, maar dat dit met zijn beperking, niet te voorkomen is. Over het algemeen vindt ook hij het fijn begroet te worden.

Op de koffie gevraagd worden werd bij vele van de ondervraagden gezien als een positief gebaar van burens, dat de cliënt welkom is in de wijk. Echter de mate van contact moet volgens onze cliënten wel beperkt blijven. De regie in handen houden zodat zich terugtrekken en deelnemen in balans blijven, blijkt bij allen gewenst. Deze constatering ondersteunt uitkomsten van een onderzoek uitgegeven in 2013. Uit dit onderzoek (Tonkens & de Wilde, 2013) bleek dat de contacten tussen buurtbewoners en onze doelgroep, het best begrensd konden worden in duur, frequentie of intensiteit, om het een positief contact te laten zijn. Onbegrensde situaties kunnen voor onze cliënt beangstigend zijn en voor de omwonenden tot overlast, conflicten en onbegrip leiden.

Wij zien hier wel een behoefte bij een meerderheid van onze doelgroep om net iets meer contact te hebben dan het "hallo en dag-zeggen" en bijvoorbeeld op de koffie gevraagd worden. Terwijl dit op de koffie komen voor de medeburger vaak al teveel is en er angst is dat dit tot claimend gedrag zal leiden, waardoor het eind zoek is.

De meerderheid van de door ons ondervraagden geeft aan niet expliciet aan burens te vertellen wat hun beperking is. Zij geven wel aan open te staan voor een gesprek hierover, als het zo uitkomt. In een onderzoek (Tonkens & de Wilde, 2013, pag. 72) staat dat het hebben van een psychiatrische diagnose een privézaak is. Een enkeling heeft dit wel expliciet verteld, maar dit is iemand die voor zijn eerste psychose ook al (toen met vrouw en kinderen) in de wijk woonde.

Over hulp vragen aan burens zegt een cliënt het volgende: "Dan moet ik zelf initiatief nemen en dat vind ik lastig." Uit eerder onderzoek (Tonkens & de Wilde, 2013) is gebleken dat onze cliënt liever hulp vraagt aan de professional dan aan een buurtgenoot. Ons onderzoek bevestigt dit beeld.

Tevreden over het contact:

Een van de ondervraagden geeft aan dat hij het, als naar heeft ervaren dat burens achter zijn rug om over hem gesproken hebben en niet aan zichzelf hebben gevraagd of iets wel of niet waar was. Hij zou dit op prijs hebben gesteld zodat hij weet dat er niet achter zijn rug om gekletst wordt.

Minimaal 3 van de ondervraagden heeft te maken gehad met een vorm van discriminatie in de vorm van het nawijzen/ bescippen of negeren van de persoon. Bij alle 3 heeft dit grote impact gehad op hun welzijn in de wijk. Ook al had 1 van de 3 het vermogen begrip op te brengen voor het onvermogen van de ander die dit deed, toch blijkt het van invloed op het welzijn van onze doelgroep.

Toekomstige behoefte aan contact met de burens

"Prettige wijk waar ik woon. Modernere wijk, nieuw. Nu het goed met mij gaat, vind ik het leuk dat

er gezinnen wonen, maar als het slecht gaat, vind ik het fijn dat ik naar buiten kijk van bovenaf en mij niet bekeken voel. Je kunt je eigen gang gaan”.

3.3.5 Contact met het eigen netwerk (vrienden en familie)

Mate en vorm van contact:

Een cliënt vertelt over zijn contact met mensen van de kerk: *“En armoede, ik heb een bewindvoerder (al 35 jaar), vriendschappelijk ontstaan, van de diaconie van de kerk. Wij kennen elkaar al 35 jaar via hervormde kerk. Kerk is belangrijk, voor geloof hoop en liefde. Contacten met mensen, dat breekt de dag, om de dag gebeld door diaken. Dat geeft iets extra’s buiten Careyn, er wordt naar je omgezien. We kunnen dan alles bespreken.”*

De door ons ondervraagde cliënten waren allemaal tevreden met het contact dat zij hadden met vrienden en familie, als zij dit hadden. Twee cliënten hadden geen goed contact meer met familie en had daarom de banden verbroken.

Een cliënt geeft aan: *“Ik wil familie “leuk” houden en ook buurt en vrienden. Professionals zie ik echt als ondersteuner voor mijn beperking. Met burens weinig contact”.*

Twee keer werd genoemd dat men “oude vrienden van voor de ziekte/beperking” was kwijt geraakt, maar er nieuwe voor had teruggekregen. Vooral de cliënten die een mengeling hadden van psychiatrische en niet-psychiatrische vrienden, bleken het meest tevreden. De respondenten die alleen psychiatrische vrienden hadden, wilden wel wat meer contact met “gezonde” mensen. Een psychiatrisch cliënt vertelt:

“Een zieke moeder verzorgen is totaal anders dan het behandelen van een psychiatrisch patiënt. Ik word snel achterdochtig. Belangrijk dat mensen gewoon doen zoals ze met anderen ook doen. Ik moet juist de normale wereld leren kennen, hoe kan dat als zij zich anders gedragen? Zo wil ik ook dat professional behandelplan uitlegt aan mij zodat ik het begrijp.”

Hieruit blijkt dat juist het contact met de “gezonde” mens een belangrijke rol speelt in het proces van de psychiatrische cliënt om de mogelijkheid te krijgen zich thuis te voelen in de “normale” wijk.

Opvallend voor de doelgroep met een psychiatrische beperking in combinatie met een licht verstandelijke beperking (3 van de 10), vonden wij dat deze verstoorde familiecontacten ervoer en niet op familie kon en wilde terugvallen. Dit waren 2 van de 3 verstandelijk beperkte cliënten. Hier zat ook geen wens voor de toekomst. Overeenkomstig was dan ook het feit dat zij de professionele tweedelijns hulpverlener benoemden als een “dichtbij- contact”, als een broer/ zus/ vriend of vriendin.

Tevreden over het contact:

Over het algemeen voelen de door ons ondervraagde cliënten zich serieus genomen door hun netwerk. Als zij durven om hulp te vragen, zeggen minimaal 2 van de 10 ondervraagden dat hun netwerk en familie er voor hen is en zij hen om hulp durven vragen voor kleine dingen. Een cliënt geeft aan over het contact met zijn familie: *“Heel goed, ik heb ze nodig”.*

Toekomstige behoefte aan contact met het eigen netwerk

Minimaal drie van de door ons ondervraagde cliënten willen graag contact met “normale” mensen, maar dit naast het contact met lotgenoten. Lotgenoten lijken uit de interviews een grote rol te spelen in het leven van veel cliënten in deze doelgroep. Zij ondersteunen elkaar, kunnen zich in elkaar inleven en lopen tegen dezelfde problemen aan. Dit wordt bevestigd in eerder onderzoek (Tonkens & de Wilde, 2013, pag. 76) waar staat dat lotgenotencontact belangrijk is voor kwetsbare groepen.

Wij citeren: *“...Lotgenoten vormen een laagdrempelig contact en een zorgmogelijkheid. Het contact*

is laagdrempelig omdat er minder afstand is ten opzichte van hulpverleners en er een vriendschappelijke omgang mogelijk is. Over psychiatrische diagnoses hoeft je niet veel uit te leggen en je hoeft ze ook niet angstvallig te verbergen. Lotgenoten helpen elkaar en zorgen voor elkaar: Dat is heel waardevol, want de meeste mensen willen niet alleen patiënt zijn, maar ook iets voor anderen kunnen betekenen...”

Dit hangt volgens ons samen met het feit dat uit eerder onderzoek bleek (Tonkens & de Wilde, 2013, pag.71) dat de vertrekkende burger uit de instelling een persoon leek die zijn banden met anderen (hulpverleners, medepatiënten, lotgenoten) eerder verbreekt dan uitbreidt, wanneer hij in de wijk komt wonen.

3.4 De doelgroep en de wijk

In deze paragraaf zullen wij bekijken hoe de veranderingen binnen het sociaal domein van invloed zijn op onze doelgroep wanneer deze in de wijk komt te wonen. Wat zijn de verschillen met het leven in een instelling en wat gaat onze cliënt missen. Hoe zal onze cliënt leven en zal hij in staat zijn tot participatie? Wij hopen hier iets zinnigs over te zeggen in de volgende paragrafen.

3.4.1 Vanuit de instelling, de wijk in

Mensen vanuit de instelling komen in de wijk terecht. Mensen uit een beschermde woonvorm met meerdere mensen in één huis, komen in hun eentje in de wijk terecht. Een van de ondervraagde cliënten opperde het idee om zelf een soort woongemeenschap te gaan vormen in de wijk, in de toekomst. Wat de beschermde woonvorm hem tot nu toe biedt, is een plek waar hij, wanneer hij wil met anderen samen kan eten. Hij loopt zo minder kans te vereenzamen en vult zijn agenda met activiteiten met medebewoners, dit biedt hem structuur. Alleen in een huis wonen, is voor hem geen optie. Hij is bang dan een terugval te krijgen in de vorm van een psychose. En met een opname is hij verder van huis. Anderen bevestigen het beeld dat het invullen van de agenda en ondersteuning in de dagelijkse structuur bedreigd worden door het op zichzelf wonen, zonder huisgenoten. Een cliënt die momenteel al in de wijk woont, een vorm van schizofrenie heeft en een verstoord dag- en nachtritme, dat leidt tot gevoelens van somberheid, geeft aan dat hij liever beschermd zou wonen, maar dat hier geen geld voor is.

Onder de groep ex- daklozen, verslaafden en dubbel gediagnosticeerde cliënten ondervraagd bij stichting Ontmoeting Rotterdam, bevinden zich mensen die juist eerst op straat leefden en nu in de instelling. Zij zien de instelling als een plek om eindelijk een leven op te bouwen, zonder dagelijkse angst voor de dood. Deze doelgroep komt ook de wijk in, maar blijft hopelijk voorlopig wel in de instelling, want zij geven aan zonder de instelling niet levensvatbaar te zijn (Reformatorisch Dagblad, 2014).

Quote cliënt:

“De grootste verandering is dat ik nu in een instelling woon, en niet meer op straat. Wanneer ik nu nog op straat had geleefd, had ik allang zelfmoord gepleegd.” Deze cliëntgroep verwacht op termijn wel in een eigen huis in de wijk te kunnen wonen, maar moet eerst zelfredzaam gemaakt worden door middel van professionele begeleiding. Ook geeft deze cliënt aan altijd professionele ondersteuning te moeten behouden.

“Vooral op het gebied van administratie kan ik mijn hoofd er niet goed bij houden. alle financiële en administratieve zaken worden nu gedaan en dat wil ik zo behouden. Hoe goed vrijwilligers ook zijn, wil professionele hulp houden”.

3.4.2 Verwachtingen met betrekking tot het leven in de wijk

Door het wonen van zwaar problematische GGZ- cliënten in de wijk, ontstaat er een groep burgers die wellicht andere verwachtingen heeft met betrekking tot het leven in de wijk dan de gemiddelde persoon. Wij denken dan aan faciliteiten en mogelijkheden. Onder dit kopje scharen wij zowel het

dagelijks leven als mogelijkheden tot participatie. En natuurlijk welke rol de professional hierin kan en moet spelen. Ook hierover hebben wij de doelgroep vragen gesteld en dit zijn de uitkomsten:

Het leven in de wijk

Alle door ons ondervraagde cliënten doen boodschappen in de wijk. Over het algemeen vinden zij het geen probleem om zich buiten hun wijk te bewegen, hoewel de kosten van vervoer naar andere delen van de regio wel genoemd worden als een drempel. Op de vraag of mensen weten waar zij faciliteiten kunnen vinden, zoals apotheek en buurtcentrum, geven minimaal negen van de tien aan, dat te weten en het anders zelf via internet opzoeken of aan hun tweedelijs hulpverlener te vragen. De tweedelijs hulpverlener wordt, zoals gezegd, voor veel vragen op het gebied van het dagelijks leven geconsulteerd.

Participatie in de wijk

Voor wat betreft het participeren van de cliënt geven negen van de tien door ons ondervraagde cliënten aan een vorm van vrijwilligerswerk te doen. Dit vindt meestal niet plaats in de eigen wijk, want de plaats om dit te doen is maatwerk. Een cliënt die gevoelig is voor sfeer, heeft ervoor gekozen zijn werk bij het verzorgingstehuis in te wisselen voor het helpen bij de sjoelclub. Bij het verzorgingstehuis veranderde de sfeer en dat zorgde voor stress bij deze cliënt waardoor hij kans liep terug te vallen in een psychose of depressie. De enige ondervraagde die aangaf geen vrijwilligerswerk te doen, doet dit in onze optiek wel degelijk: Hij gaat op ziekenbezoek bij mensen in de wijk en noemt dit een eigen "sociale voorziening." Ook vertelt hij mensen over de ziekte die hij heeft (schizofrenie). Hiermee beoogt hij meer begrip voor elkaar in de wijk. Dit doet hij ook door gewoon een praatje te maken en met buurkinderen op te trekken als dit zo uitkomt, als wat hij noemt een soort 'buurt-opa'.

De deelname aan buurtactiviteiten is niet benoemd als onderdeel van het leven in de wijk van onze doelgroep. In het gesprek over participatie in de wijk kwam naar voren dat deze doelgroep al blij was met een normaal buurtcontact en het doen van de boodschappen. Participatie in de vorm van het bezoeken van verjaardagen werd door de meesten niet gedaan. Het op de koffie uitgenodigd worden, werd wel benoemd als een positief gebaar en helpend aan het thuis voelen in de wijk. Participatie in de vorm van werk en inkomen waar dit door de overheid wordt aangespoord wordt door 1 van de 10 ondervraagden expliciet benoemd als een noodzakelijk steuntje in de rug. Deze cliënt vindt het met zijn psychotische beperking en vorm van autisme lastig om te participeren, maar erkent dat een beetje drang vanuit de overheid geen kwaad kan. Wel rekening houdend met de grenzen aan de beperking.

3.5 Samenvatting

Om antwoord te kunnen geven op de deelvraag: 'Wat heeft de zwaar problematische cliënt, die voorheen tweedelijs in de GGZ behandeld werd, nodig om in de wijk te kunnen wonen?' vatten wij samen wat uit de interviews en literatuuronderzoek naar voren is gekomen.

-Met betrekking tot kennis van veranderingen, was een aantal van de cliënten op de hoogte en iets minder dan de helft niet.

Als gevolgen van de veranderingen wordt bij de doelgroep met een verstandelijke beperking opgemerkt dat er met de ontwikkeling van beeldbellen en inzet van burens en vrijwilligers grotere kans is op misbruik. Waarbij deze doelgroep in het verleden vaak misbruikt is en hierdoor geen andere mensen over de vloer durft te hebben, buiten de professionals.

Iemand met autisme geeft aan dat veranderingen zorgen voor stress en druk in zijn hoofd. Ook hiermee moet volgens ons, rekening gehouden worden bij het doorvoeren van veranderingen, bijvoorbeeld door het bieden van goede begeleiding.

-Opvallende zaken binnen het contact met de tweedelijns hulpverlener liggen op het vlak van tevredenheid over de ontvangen begeleiding. Vooral de bejegening, die zich kenmerkt door gelijkwaardigheid, het niet opleggen, maar overleggen van zaken en het aansluiten bij de beperking van onze cliënt, wordt als positief en helpend ervaren. De tweedelijns professional wordt gezien als momenteel onmisbaar voor het welzijn van de door ons ondervraagde doelgroep.

Er blijkt behoefte aan de tweedelijns hulpverlener als achterwacht.

Ook hier een opvallende ontdekking bij de psychiatrische cliënt met een verstandelijke beperking. Deze geeft aan dat hij niemand kan vertrouwen. Na vele ervaringen van misbruik, is deze cliënt eindelijk gewend aan de stabiliteit van de tweedelijns hulpverlener met inzicht in de juiste bejegening. Deze kan niet zomaar zijn burens binnenhalen en zijn netwerk vaak beperkt en familiebanden zijn door overvraging en misbruik vaak aangetast.

- De eerstelijns hulpverlener is op dit moment nog niet vaak bekend bij de cliënt die ook door de GGZ wordt ondersteund. Voor de toekomst zou het volgens ons van belang zijn als de eerstelijns hulpverlener rekening houdt met die zaken (hierboven benoemd) die de cliënt in het contact met de tweedelijns hulpverlener waardeert.

- Op het gebied van de lokale instanties, kunnen wij constateren dat het contact dat er is met de lokale overheid, niet veel positiefs en wel bij sommige ondervraagden, stress oplevert. Een juiste, gelijkwaardige bejegening door de lokale instanties, blijkt voor de toekomst ook een belangrijk middel om de doelgroep te kunnen bedienen. Nu treedt de persoonlijk begeleider (tweedelijns GGZ) nog vaak op als bemiddelaar. Het is van belang dat de lokale instantie rekening houdt met het belang van mobiliteit voor deze cliëntgroep, ter preventie van vereenzaming en ter stimulans van participatie.

- Het contact met de burens wordt belangrijk gevonden voor het welkom voelen in de wijk. Dit uit zich in gedag zeggen. Echter de mate van contact moet volgens onze cliënten wel beperkt blijven. De regie in handen houden, blijkt bij allen gewenst.

De meerderheid van de door ons ondervraagden geeft aan niet expliciet aan burens te vertellen wat hun beperking is. Zij geven wel aan open te staan voor een gesprek hierover, als het zo uitkomt.

Uit eerder onderzoek (Tonkens & de Wilde, 2013) is gebleken dat onze cliënt liever hulp vraagt aan de professional dan aan een buurtgenoot. Ons onderzoek bevestigt dit beeld.

Minimaal drie van de ondervraagden heeft te maken gehad met een vorm van discriminatie in de vorm van het nawijzen/ bspotten of negeren van de persoon. Bij alle drie heeft dit grote impact gehad op hun welzijn in de wijk.

- Met betrekking tot het eigen netwerk blijkt er behoefte te zijn aan zowel contact met lotgenoten en "normale" mensen. Juist het contact met de "gezonde" mens speelt een belangrijke rol in het proces van de psychiatrische cliënt om de mogelijkheid te krijgen zich thuis te voelen in de "normale" wijk. De door ons ondervraagde cliënten waren allemaal tevreden met het contact dat zij hadden met vrienden en familie, als zij dit hadden.

Opvallend voor de doelgroep met een psychiatrische beperking in combinatie met een licht verstandelijke beperking, vonden wij dat deze verstoorde familiecontacten ervoer en vaak niet op familie kon en wilde terugvallen. Overeenkomstig was dan ook het feit dat zij de professionele tweedelijns hulpverlener benoemden als een "dichtbij- contact", als een broer/ zus/ vriend of vriendin.

- De doelgroep en de wijk

De meerderheid van onze cliënten bevestigt het beeld dat het invullen van de agenda en ondersteuning in de dagelijkse structuur bedreigd worden door het op zichzelf wonen, zonder

huisgenoten. Een cliënt die momenteel al in de wijk woont, een vorm van schizofrenie heeft en een verstoord dag- en nachtritme, dat leidt tot gevoelens van somberheid, geeft aan dat hij liever beschermd zou wonen, maar dat hier geen geld voor is. Onder de groep ex- daklozen, verslaafden en dubbel gediagnosticeerde cliënten ondervraagd bij stichting Ontmoeting Rotterdam, bevinden zich mensen die juist eerst op straat leefden en nu in de instelling. Deze cliëntgroep verwacht op termijn wel in een eigen huis in de wijk te kunnen wonen, maar moet eerst zelfredzaam gemaakt worden door middel van professionele begeleiding.

-Leven in de wijk

Cliënten kunnen de faciliteiten vinden of weten hoe zij aan informatie kunnen komen. De tweedelijns hulpverlener wordt, zoals gezegd, voor veel vragen op het gebied van het dagelijks leven geconsulteerd.

-Participatie in de wijk: De meerderheid van onze cliënten doet een vorm van vrijwilligerswerk. Dit vindt meestal niet plaats in de eigen wijk, want de plaats om dit te doen is maatwerk.

De deelname aan buurtactiviteiten is niet benoemd als onderdeel van het leven in de wijk van onze doelgroep. In het gesprek over participatie in de wijk kwam naar voren dat deze doelgroep al blij was met een normaal buurtcontact en het doen van de boodschappen.

De drang vanuit de overheid tot participatie in de vorm van werk en inkomen, wordt door een ondervraagde expliciet benoemd een noodzakelijk steuntje in de rug. Deze cliënt vindt het met zijn psychotische beperking en vorm van autisme lastig om te participeren, maar erkent dat een beetje drang vanuit de overheid geen kwaad kan. Wel rekening houdend met de grenzen aan de beperking.

Kortom, voor de toekomst van de door ons ondervraagde cliëntgroep, lijkt het van belang dat het netwerk de rol blijft vervullen die zij nu doet. En dat de professionele hulpverlener met deskundigheid op het gebied van de beperkingen op de achtergrond aanwezig blijft.

Hoofdstuk 4 De veranderende rol van de professional

‘Wat heeft de sociaal werker nodig om de zwaar problematische cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4 in de wijk te ondersteunen?’

4.1. Inleiding

Met de transitie van AWBZ naar WMO, waarbij de begeleiding van mensen met psychiatrie in handen komt van de lokale overheid, kan het zijn dat de leverancier van zorg door de gemeente bepaald gaat worden en dat de hoeveelheid en inhoud van de tweedelijns zorg vermindert. Wij hopen u in dit hoofdstuk zicht te geven op wat de eerstelijns professional nodig heeft om binnen WNS te werken met nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen in de wijk.

In dit hoofdstuk hopen wij u antwoorden te kunnen geven op onze derde deelvraag: ‘Wat heeft de sociaal werker nodig om de zwaar problematische cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4 in de wijk te ondersteunen?’

4.2. De sociaal werker in beeld

In de volgende paragrafen zullen wij trachten u een beeld te geven van de analyse van interviews met sociaal werkers bij MDA en Careyn MD. Wij hebben de paragrafen onderverdeeld in de labels, die terug komen in onze interviews. Dat zijn achtereenvolgens, kennis van veranderingen binnen werkveld en wetgeving, uitvoering van die veranderingen, bereidwilligheid om in de veranderingen mee te gaan en kritisch vermogen ten opzichte van het meegaan in de veranderingen. Met betrekking tot de doelgroep, hebben wij aan de werkers vragen gesteld over veranderingen van de doelgroep en hulpvragen binnen de doelgroep. En tot slot hebben wij gevraagd naar de behoeften van de sociaal werker bij het werken binnen de nieuw georganiseerde zorg. Hierin hebben wij ons zowel op sociaal en ethisch vlak als op behoeften op materieel vlak gericht.

4.2.1 Kennis van veranderingen binnen werkveld en wetgeving

Op het gebied van kennis van de veranderingen in het werkveld en wetgeving wisten alle geïnterviewde professionals aan te geven dat WNS een bezuinigingsmaatregel is vanuit de overheid waarbij het erom gaat de burger zoveel mogelijk zelfstandig zijn problemen te leren oplossen. Verder kon bij beide organisaties iedere werker minimaal één van de acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl benoemen. In de loop van het interview bleken zeker drie bakens bij iedere professional bekend.

Vooraf bakens twee, drie en zes, respectievelijk, inzet eigen kracht, erop af en integraal werken, bleken bij velen geïntegreerd in de werkwijze. Dit werd zowel in het outreachend team van MDA ingezet, waar wij dit ook zouden verwachten, als ook in het team Careyn MD, waar dit een nieuwe manier van werken zou zijn.

Opvallend was dat in het team MDA benadrukt werd dat men ook al langere tijd (meer dan twee jaar) netwerkgericht, erop af en met inzet van vrijwilligers werkt.

De lijn die de organisatie heeft ingezet met betrekking tot WNS wordt door alle professionals begrepen. Kennisoverdracht met betrekking tot WNS, vond bij zowel MDA als Careyn MD, plaats door middel van trainingen. Verschil is dat men bij Careyn MD opmerkte niet veel aan de trainingen te hebben gehad doordat betrokken trainers niet uit het werkveld afkomstig waren en hierdoor niet konden aansluiten bij vragen die bij sociaal werkers speelden.

4.2.2 Uitvoering van veranderingen

In deze paragraaf, zullen wij nader bekijken hoe de veranderingen binnen het werkveld, het werken binnen WNS, de werkpraktijk van onze sociaal werkers in de afgelopen paar jaren hebben beïnvloed. Wij zullen de verschillende onderdelen langsgaan en zien wat bij de verschillende teams, het outreachende team bij MDA en de maatschappelijk werkers bij Careyn MD, overeenkomsten en verschillen zijn.

Ongeveer zeven van de tien door ons ondervraagde professionals kijken eerst naar de eigen kracht van de cliënt en sturen aan op inzet van het eigen netwerk. Hieronder vallen alle werkers van MDA, waarschijnlijk doordat dit het outreachend team betrof. Bij Careyn MD, werd het inzetten van eigen kracht en eigen netwerk wel benoemd als iets waar door de werker nu bewuster naar wordt gekeken dan voor de inzet van WNS.

Ongeveer acht van de tien professionals gaan erop af om ondersteuning aan te bieden naar aanleiding van signalen vanuit de omgeving. Men doet dit dan wel met de nodige bedenkingen.

Genoemde dilemma's zijn:

- Privacy van de cliënt voorop. De werker wil over het algemeen toestemming van de cliënt om in te grijpen. Zes van de tien werkers onderstreepte de privacy. Een werker benadrukt dat het eerstelijns sociaal werk gaat over vrijwillige hulpverlening.
- Waar ligt de grens van veiligheid? Een werker geeft aan veel te hebben gehad aan een training voor het inschatten van veiligheid. En drie werkers geven aan het overleg met deskundige collega's in te zetten bij twijfelachtige casussen.
- Hoe zit het met eigen verantwoordelijkheid en ingrijpen? Minimaal drie werkers benoemen dit als een hedendaags dilemma in het werk. Enerzijds geef je de cliënt eigen verantwoordelijkheid, anderzijds vraagt het "erop af gaan" een mate van voortijdig ingrijpen, waarbij de cliënt in een vroeg stadium te maken krijgt met de hulpverlening, waar deze zelf nog niet de kans heeft gekregen zijn eigen boontjes te doppen.

De meerderheid van de tien werkers neemt deel aan integrale overleggen en vindt dit een meerwaarde, om korte lijnen te hebben met netwerkpartners als huisartsen, politie en GGD. Het integraal werken wordt dan ook door minimaal vijf van de tien werkers expliciet benoemd als een voordeel van het werken binnen WNS. Dit werd zowel door het outreachend team bij MDA als door de sociaal werkers bij Careyn MD onderstreept.

Over het algemeen wordt het werken binnen WNS door de professional niet ervaren als een nieuwe manier van werken, maar meer als oude wijn in nieuwe zakken. Wel worden volgens onze werkers, "nieuwe" werkwijzen zoals het inzetten van het eigen netwerk nu meer benadrukt en bewuster ingezet.

Als wij dit gegeven plaatsen naast het interview met de manager van Careyn MD, laat dit zien dat er een ontwikkeling heeft plaats gevonden bij de professionals. In eerste instantie rond 2009 bij de invoering van het omgaan met meldingen Huiselijk Geweld, waarbij de werker contact op moet nemen met betrokkenen, stuitte dit op weerstand omdat dit niet de doelgroep was, die de werker voor ogen had. Nu, vijf jaar later, blijkt het omgaan met meldingen Huiselijk Geweld gesneden koek te zijn voor de eerstelijns sociaal werker en blijkt deze de uitbreiding van de doelgroep in het werk te hebben geaccepteerd.

4.2.3 Bereidwilligheid en kritisch vermogen ten opzichte van WNS

In deze paragraaf zullen wij de werker vragen naar zijn bereidwilligheid en kritisch vermogen ten opzichte van de veranderingen binnen het werk.

4.2.3.1 Bereidwilligheid

Bij beide organisaties ziet men een hoop voordelen van WNS en andere veranderingen binnen het werkveld:

Aan top gaat het netwerkgericht werken dat door negen van de tien werkers benoemd wordt als voordeel van WNS. Dit met de aantekening van drie werkers dat er dan wel een netwerk rondom de cliënt moet zijn. Een werker merkt op dat het creëren van een netwerk nog een aandachtspunt kan zijn binnen de hulpverlening.

Naast netwerkgericht werken wordt zelfsturing van teams door vijf werkers (3 bij Careyn MD en 2 bij MDA) benoemd als positief. Drie van de vijf werkers geeft aan al zelfsturend te werken, twee geven aan dit op onderdelen wel te doen, maar nog niet volgens alle facetten van zelfsturing, bijvoorbeeld nog geen eigen urenverdeling te maken. Twee van de tien werkers geven aan graag te willen dat ideeën en veranderingen, meer vanuit het team komen, dan van bovenaf opgelegd.

Andere voordelen van WNS die door twee of drie van de werkers genoemd worden, zijn: werken met eigen kracht (3), preventief werken (2) en werken met inzet van vrijwilligers (2). Bij MDA noemt een werker het outreachend werken als voordeel van WNS. De participatie van de burger wordt door twee werkers benoemd als positief met de kanttekening dat dit niet bij elke burger mogelijk en gewenst is.

Door drie van de tien werkers, worden de veranderingen binnen het werkveld als positief benoemd om die reden dat verandering voor hen, uitdaging, betekent. Dit betrof een werker bij Careyn MD en twee bij MDA. Een aantal werkers had nog de opmerking dat WNS wellicht goedkoper kan zijn (2), dat het klantvriendelijker, doelgerichter en meer oplossingsgericht zal zijn (1) en dat de inzet van wijkteams positief is aan WNS (1).

4.2.3.2 Kritisch vermogen

Binnen MDA, zowel als binnen Careyn MD, kwamen wij kritiek tegen ten opzichte van de veranderingen binnen het werkveld en de werkpraktijk. Beide organisaties telden vijf werkers met kritiek. En van de vijf die geen kritiek uitten, kwamen wel het benoemen van dilemma's voor in de nieuwe manier van werken en ook benoemden zij nadelen van het werken binnen WNS.

Bij beide organisaties hoorden wij de kritiek (4 bij Careyn MD en 1 bij MDA) dat er nog veel onduidelijkheid is over wat er nu precies van de werker verwacht wordt. Onduidelijkheid en onoverzichtelijkheid worden genoemd als nadelen.

Bij Careyn MD werd de kritiek geuit dat door het vele delen en netwerken, de privacy van de cliënt gevaar kan lopen. Dit komt overeen met de door zo'n drie werkers genoemde kritiek dat het vak maatschappelijk werk en de beroepscode niet duidelijk overeind lijken te blijven staan. De werker wil wel veranderingen doorvoeren in het werk, maar met behoud van de professie en handhaving beroepscode, waarborging van de privacy van de cliënt en maatwerk blijven leveren aan de doelgroep.

Zoals eerder genoemd, was er kritiek op de nieuwe termen, voor oude werkwijzen. Dit werd genoemd door vier van de tien werkers. Veel werkers die langer dan tien jaar in het vak zaten, gaven aan veel onderdelen van WNS al lang te doen, zoals, kijken naar de eigen kracht en oog hebben voor de omgeving. Wel gaf men aan dat de focus nu meer bewust op die onderdelen ligt en plaatst men vraagtekens bij de inzet van netwerk en vrijwilligers. Zoals eerder benoemd, kwamen drie van de werkers met de opmerking dat er soms geen eigen netwerk is.

Ook plaatste men kritiek bij de inzet van vrijwilligers. De volgende punten werden benoemd:

- De vrijwilliger is geen professional en heeft dus ook geen beroepscode om zich aan te houden.

- De vrijwilliger kan een onbetrouwbaar persoon zijn.
- De vrijwilliger kan makkelijk overbelast raken.

Drie van de werkers, 2 bij Careyn MD en 1 bij MDA, benoemen het als een nadeel dat er kortdurend gewerkt moet gaan worden. Men ziet steeds meer cliënten herhaaldelijk terugkomen, de zogenaamde draaideurcliënt. Dit staat volgens hen haaks op het integraal en effectief werken.

Drie van de werkers, 2 bij MDA en 1 bij Careyn MD, zien zoals eerder genoemd een nadeel in het “erop af gaan”. Dit zou haaks staan op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

Een andere vorm van kritiek, wordt door een professional bij Careyn MD als volgt beschreven: *“Ik voel mij generalist, maar ik ben geen klike waar je alles in kan gooien. Ik heb psychiatrie in mijn caseload, maar niet die enorm zware cliëntgroep psychiatrie. Die moet bediend blijven worden door de tweedelijns zorg.”*

Professionals bij MDA sluiten zich bij deze professional van Careyn MD aan met de opmerking dat het beroep maatschappelijk werker moet blijven bestaan. Het kan niet zomaar versmelten in andere beroepsgroepen, zonder dat dit zijn invloed heeft op de doelgroep. Een werker bij MDA vindt het niet kunnen dat er andere beroepskrachten/WO-geschoolden aangetrokken worden om de rol van casemanager op zich te nemen. Hierbij verliest het vak maatschappelijk werker, aan waarde. Een andere werker maakt de vergelijking met supermarkt en kruidenier. “Als specialist in jouw vak lever je betere kwaliteit en maatwerk dan de supermarkt, die dan wellicht goedkoper is.”

In de omgang met de doelgroep benoemt een meerderheid van de professionals binnen Careyn MD dat het langdurige contact eigenlijk niet meer mag en dat daardoor het “steun- en leuncontact” verdwijnt. De professional ziet hierin een nadeel voor de zwaar problematische cliëntgroep die het steun- en leuncontact juist nodig heeft ter preventie van terugval en voorkoming van verergering van klachten.

Over het omgaan met kritiek, benoemen professionals van beide instellingen het feit dat zij gewoon hun werk blijven doen (3 van de 10), en anderen (3 van de 10), collega’s opzoeken voor het vinden van solidariteit en steun. Twee professionals bij Careyn MD merken op dat zij hun kritiek ter sprake brengen wanneer dit iets toevoegt aan het uitoefenen van hun beroep. Zij benadrukken de beroepscode en professionele ethiek als leidraad, boven het klakkeloos aansluiten bij systemen.

4.2.3 Verandering van de doelgroep/ nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen

Bij zowel Careyn MD als bij MDA zegt de meerderheid van de professionals dat de doelgroep op zichzelf niet is veranderd. Het zijn dezelfde mensen als 10 of 20 jaar terug. Bij MDA benoemen twee werkers dat er meer GGZ – problematiek in de wijk is terecht gekomen. Een werker maakt zich zorgen dat deze doelgroep tussen de wal en het schip dreigt te vallen bij veranderingen binnen het sociaal domein. Opvallend dat men dit bij Careyn MD geen verandering van de doelgroep opmerkt. Het verschil zou kunnen liggen in het feit dat de werkers bij MDA in het outreachend team werken, waarbij zij net iets meer “erop af” gaan en zo makkelijker terechtkomen bij de door ons onderzochte zwaar problematische GGZ-clientgroep in de wijk.

Onze verwachting was dat er een duidelijke verandering van doelgroep zou zijn opgemerkt bij beide organisaties. Omdat dit niet zo is, gaan wij ervan uit dat de meeste door ons onderzochte cliënten momenteel nog weinig bij de eerstelijns hulpverleners terechtkomen. Dit is een gedachte die ondersteund lijkt te worden door de interviews met de cliënten uit hoofdstuk 3, die allemaal nog tweedelijns GGZ-begeleiding ontvangen. Ook kan het verschil erin liggen dat de werker bij Careyn MD kijkt vanuit de hulpvraag en hierbij benoemt dat psychiatrische problematiek is toegenomen,

maar dit niet ziet als verandering van de doelgroep voor de eerstelijns werker. Wij zullen het zien in de volgende paragraaf.

4.2.4 Hulpvragen binnen de doelgroep

Bij beide organisaties benoemen alle sociaal werkers een verandering van problematiek.

Vier van de tien werkers ziet verandering in een toename van psychiatrie. Dit zijn twee werkers bij Careyn MD en twee bij MDA. Opvallend, na het einde van de vorige paragraaf. Deze werkers geven namelijk ook aan dat zij de zware psychiatrie niet als onderdeel van hun doelgroep zien. Zij vinden het prima om hen met oppervlakkige, materiële hulpvragen te ondersteunen, maar verwijzen vlug door naar de tweede lijn, waar het zwaardere hulpvragen betreft. Vier van de tien werkers bij beide organisaties geven dan ook aan vaak de tweedelijns hulpverleners nodig te hebben.

De hulpvragen zijn zwaarder en intensiever, waardoor de professional goed moet kunnen samenwerken met de 2^e lijn. Dit wordt benoemd als een verandering ten opzichte van zo'n 5 jaar terug, toen deze een goede samenwerking met de tweede lijn ervoer.

Ook bij Careyn MD, ervaart men de tweedelijns hulpverlener erg nodig te hebben om mensen met psychiatrie goed te kunnen begeleiden. Bij Careyn MD wordt het contact met de tweedelijns professional niet als minder goed ervaren dan jaren terug, wel wordt opgemerkt dat het lijkt of bepaalde psychiatrische cliënten tussen wal en schip lijken te vallen. Een werker van Careyn MD merkt op dat het dan vooral gaat om uitbehandelde GGZ-cliënten. *“Onder wiens verantwoordelijkheid vallen deze?”* Dat is de vraag van onze werkers. En wat te doen met cliënten met beperkte eigen kracht, voornamelijk kwetsbaarheid, geen eigen netwerk en hen die geen vrijwilligersondersteuning willen/aankunnen? Een aantal professionals van MDA en Careyn MD ziet hierin een taak voor juist de tweedelijns professional om die burger te ondersteunen. Kennis op het gebied van psychiatrie wordt benoemd als een voordeel van de tweedelijns professional ten opzichte van de eerstelijns professional. Bij MDA benoemt de professional vooral het ontbreken van beleid voor de cliënt die de “uitzondering op de regel” vormt, als een onduidelijk element. Hierbij weet de eerstelijns professional niet goed wat van hem wordt verwacht. Zaken als wel en niet ingrijpen, liggen door het ontbreken van heldere richtlijnen gecompliceerd.

Op twee locaties van Careyn MD merken werkers werker op dat zij weinig te maken hebben met de psychiatrische doelgroep, maar dat dit kan komen doordat de praktijk gelegen is naast een gezondheidscentrum met daarin een aantal functies *Praktijkondersteuner huisarts GGZ (POHGGZ)*.

Bij zowel MDA als bij Careyn MD zit volgens de werkers de verandering vooral in meervoudige, complexe problematiek, waaronder psychiatrie, maar ook meer materiële en financiële problematiek. Ook huisvestingsproblematiek speelt bij beide organisaties.

Een gevolg hiervan voor de professional is dat de professional door complexe problematiek niet meer toekomt aan immateriële aspecten van het vak zoals begeleiding bij rouwverwerking, systemisch werken etc. De professionals bij beide organisaties zijn juist het vak in gegaan om cliënten met zowel immateriële als materiële problematiek te ondersteunen. Dit maakt voor het vak voor hen aantrekkelijk. Een werker merkt op dat een gevolg van de complexiteit van de huidige hulpvragen bestaat erin dat kortdurende trajecten ten koste gaan van langdurige trajecten. De inhoud van het traject moet door werker worden aangepast op het kortdurende aspect waardoor niet alle mogelijke inhoud aan bod komt in 1 traject waardoor cliënten meerdere keren met verschillende hulpvragen in verschillende periodes terugkomen, ziedaar de draaideurcliënt is geboren. Dit lijkt niet op de integrale aanpak die door de gemeente, met WNS wordt nagestreefd.

4.2.5 Behoeften van professional bij het werken binnen de nieuw georganiseerde zorg

Voor wat betreft de input van de manager, vinden de meeste professionals van Careyn MD dat het belangrijk is dat deze meer lijfelijk aanwezig is en goede dingen bevestigt, in plaats van alleen de nadruk te leggen op wat er moet veranderen. Er worden matige cijfers gegeven voor het steunen vanuit leidinggevende bij Careyn MD. Dit heeft veelal te maken met het weinig aanwezig/bereikbaar zijn van huidige leidinggevende. Enkele werkers benoemen dat wanneer leidinggevende aanwezig is, zij goed zicht heeft op wat er gebeurt en een scherp inzicht op wat er moet gebeuren. Enkele werkers merken op dat het weinig aanwezig zijn van de leidinggevende inherent is aan de gebiedsvergroting van de leidinggevende en dat deze dus minder tijd heeft en de organisatie hieraan schuldig is. De vorige leidinggevende was meer aanwezig volgens de werkers bij Careyn MD. Verder verwacht men bij Careyn MD dat de leidinggevende hen niet alleen mede deelt over besluiten, maar ook invloed van professionals laat meespelen bij het nemen van besluiten en hen helpt het beroep van maatschappelijk werker naar buiten toe te verdedigen. Er blijkt bij de professionals van Careyn MD veel behoefte te zijn aan duidelijkheid vanuit manager over de ruimte en tijd die de professional mag nemen om de andere invulling van het beroep toe te passen. Ook duidelijkheid vanuit de organisatie en overheid is gewenst met betrekking tot de specifieke ontwikkelingen en verwachte inzet van de professional hierbij.

Bij MDA vinden professionals het over het algemeen van belang dat de manager openstaat voor ervaringen van werkers met de doelgroep en WNS. Voor professionals die weerstand ervoeren bij het werken binnen WNS, bestond er de wens om met de manager in gesprek te blijven over kritiek en dilemma's. Dit geldt voor beide organisaties, dat communicatie met de leidinggevende over zowel bereidwilligheid als kritiek en transparantie over beleid, op prijs gesteld worden door de werkers. Een overeenkomst tussen professionals bij beide organisaties is dat de professional meegenomen wil worden in veranderingen. De professional wil bevestigd worden door leidinggevende in wat hij al doet en niet alleen in wat hij anders zou moeten doen.

Bij beide organisaties wordt de manager dus gezien als een belangrijk persoon om het werken met WNS mee door te spreken.

Met betrekking tot materiële faciliteiten zoals laptops, werkplekken en mobiele telefoons, zijn de werkers over het algemeen tevreden. Zij hebben wat zij nodig hebben en waar zij meer nodig hebben, weten zij de weg en hebben er vertrouwen in dat hun werkgever hierin voorziet. Eén van de werkers bij Careyn MD merkt nog op dat het rouleren van mobiele telefoons de privacy kan schaden en meerdere werkers bij Careyn MD merken op dat het wegbezuinigen van de receptie en een slechte bereikbaarheid van de klantenservice een slecht visitekaartje afgeeft naar zowel cliënten als naar andere professionals.

4.3. Samenvatting

‘Wat heeft de sociaal werker nodig om de zwaar problematische cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4 in de wijk te ondersteunen?’ In deze samenvatting volgen de belangrijkste zaken die naar voren kwamen tijdens de interviews en het literatuuronderzoek.

Alle door ons ondervraagde werkers wisten te vertellen dat WNS een bezuinigingsmaatregel is vanuit de overheid waarbij het erom gaat de burger zoveel mogelijk zelfstandig zijn problemen te leren oplossen. Kennisoverdracht met betrekking tot WNS, vond bij zowel MDA als Careyn MD, plaats door middel van trainingen. Met betrekking tot de kennis van de doelgroep en onderdelen van WNS zoals bijv. outreachend werken, willen sommige van de door ons ondervraagde werkers nog wel verdieping.

Ongeveer acht van de tien professionals benadert een burger outreachend om ondersteuning aan te bieden naar aanleiding van signalen vanuit de omgeving. Men komt hierbij zowel bij MDA als bij Careyn MD de dilemma's tegen die liggen op het gebied van, privacy van de cliënt, de grens van veiligheid en de eigen verantwoordelijkheid van de burger ten opzichte van het baken “erop af”.

Er wordt benoemd dat niet iedere cliënt voldoende geholpen kan worden met inzet eigen kracht, vrijwilligers of netwerk. Een werker merkt op dat het creëren van een netwerk nog een aandachtspunt kan zijn binnen de hulpverlening.

Naast netwerkgericht werken wordt zelfsturing van teams door de helft van de werkers benoemd als positief. Hoewel zelfsturing nog niet overal plaats vindt op alle gebieden (bijvoorbeeld eigen urenverdeling maken), geeft men aan dit grotendeels al te doen.

Drie van de tien werkers zien veranderingen binnen het werkveld als positief en uitdagend.

Aan kritisch vermogen blijkt het bij onze werkers niet te ontbreken. Een meerderheid benoemt de angst dat het vak maatschappelijk werk en de beroepscode niet duidelijk overeind blijven staan. De werker wil wel veranderingen doorvoeren in het werk, maar met behoud van de professie en handhaving beroepscode, waarborging van de privacy van de cliënt en maatwerk blijven leveren aan de doelgroep. Het aantrekken van anders opgeleide beroepskrachten (bv. WO-geschoolden sociologie) om het maatschappelijk werk over te nemen, wordt door een werker bij MDA, als niet passend ervaren.

Drie van de werkers benoemen het als een nadeel dat er kortdurend gewerkt moet gaan worden, waardoor het “steun- en leuncontact” verdwijnt. Onze werker ziet hierin een nadeel voor de zwaar problematische cliëntgroep die het steun- en leuncontact juist nodig heeft ter preventie van terugval en voorkoming van verergering van klachten. De tweede lijn zou hierin volgens onze werkers een belangrijke rol moeten blijven spelen. Maar cliënten die uitbehandeld zijn bij de GGZ, vallen dan tussen de wal en het schip. Er zijn bij werkers van beide organisaties zorgen om deze cliëntgroep. Er wordt benoemd dat deze cliëntgroep niet zelfstandig in de wijk zal kunnen functioneren en participeren op de manier zoals WNS van de burger verwacht. Dit wordt door de managers van beide organisaties ondersteund. Een ander nadeel aan het kortdurend werken dat wordt genoemd is het ontstaan van cliënten die herhaaldelijk terugkomen, de draaideurcliënt. Dit gegeven staat volgens onze werkers haaks op het integraal werken vanuit WNS.

Voorals bij Careyn MD komt kritiek voor tegen onduidelijkheid en onzekerheid over wat er nu echt gaat gebeuren vanuit gemeente en organisatie.

Bij MDA is er kritiek of het wel gaat werken en kritiek op het “mee moeten”. Ook is er kritiek op nieuwe termen voor oude bekende concepten.

Twee professionals bij Careyn MD merken op dat zij hun kritiek ter sprake brengen wanneer dit iets toevoegt aan het uitoefenen van hun beroep. Zij benadrukken de beroepscode en professionele ethiek als leidraad, boven het klakkeloos aansluiten bij systemen.

Over het omgaan met kritiek, benoemen professionals van beide instellingen het feit dat zij gewoon hun werk blijven doen, en anderen, collega's opzoeken voor het vinden van solidariteit en steun.

Opvallend dat de werker bij Careyn MD verandering van doelgroep niet als zodanig opmerkt. Het verschil zou kunnen liggen in het feit dat de werkers bij MDA in het outreachend team werken. Zij gaan er wellicht net iets meer “op af” en komen zo makkelijker terecht bij de door ons onderzochte zwaar problematische GGZ-cliëntgroep in de wijk. Onze verwachting was dat er een duidelijke verandering van doelgroep zou zijn opgemerkt bij beide organisaties. Omdat dit niet zo is, gaan wij ervan uit dat de meeste door ons onderzochte cliënten momenteel nog weinig bij de eerstelijns hulpverleners terechtkomen. Dit is een gedachte die ondersteund lijkt te worden door de interviews met de cliënten uit hoofdstuk 3, die allemaal nog tweedelijns GGZ-begeleiding ontvangen. Ook kan het verschil erin liggen dat de werker bij Careyn MD deze cliënt niet ziet als zijn doelgroep en namelijk wel een toename ziet van psychiatrische problematiek.

Bij beide organisaties benoemen alle sociaal werkers een duidelijke verandering van problematiek. Een gevolg hiervan voor de werker, is dat deze door complexe problematiek niet meer toekomt aan immateriële aspecten van het vak zoals begeleiding bij rouwverwerking, systemisch werken etc. De professionals bij beide organisaties zijn juist het vak in gegaan om cliënten met zowel immateriële als materiële problematiek te ondersteunen.

Door toename van psychiatrie moet de werker goed kunnen samenwerken met de tweedelijs hulpverlener. Bij MDA ervaart een werker het als lastig om de tweedelijs werker te overtuigen van het belang van hun beschikbaarheid voor de werker.

Onder wiens verantwoordelijkheid de uitbehandelde GGZ-cliënt valt, is een belangrijke vraag voor een van onze werkers.

Voor beide organisaties geldt, dat communicatie met de leidinggevende over zowel bereidwilligheid als kritiek en transparantie over beleid, op prijs gesteld wordt door de werkers. De manager wordt bij beide organisaties gezien als een belangrijk persoon om zaken rondom het werk, mee door te spreken, zowel op het vlak van veranderingen als behouden wat is en op het vlak van bereidwilligheid en kritiek. Met betrekking tot materiële faciliteiten zoals laptops, werkplekken en mobiele telefoons, zijn de werkers over het algemeen tevreden. Alleen onduidelijkheid over tijdsinvestering door werkers, zorgt voor spanning.

Samenvattend kunnen we zeggen dat de werker van MDA en Careyn MD al een eind op weg is in het werken met WNS, weet waar hij mee bezig is en zowel positieve als kritische punten kan benoemen over het werken met de 8 bakens van WNS. Dilemma's voor de werker lijken te liggen op het gebied van, oog houden voor de doelgroep, maatwerk, behouden van eigen professie, deskundigheid op eigen vakgebied en mogelijkheid behouden om specifieke deskundigheid (tweedelijs hulpverlener) te kunnen inzetten.

Hoofdstuk 5 De ondersteunde organisatie

'Hoe kan de leidinggevende faciliterend zijn aan het werken binnen WNS, door de sociaal werker?'

5.1. Inleiding

'Hoor de taal van mijn hart' zong Stef Bos in één van zijn liedjes. In dit lied klinkt ook een oproep aan de organisaties die met mensen werken. De taal van een kloppende wereld van verwantschap en waar verbinding is. De vraag die ons bezig houdt is; hoe organisaties in deze tijd van veranderingen ondersteunend kunnen zijn aan de sociaal werker. Met als doel de cliënt centraal te stellen. Plaatst de organisatie de werker voor allerlei schema's, matrices en beleidsprotocollen om zijn werk uit te voeren, of mag het hart van de werker kloppen voor de cliënt.

In ons onderzoek zijn wij door middel van twee interviews met managers op zoek gegaan naar de wijze waarop de organisatie de werker kan begeleiden in het uitvoeren van zijn taak als werker Welzijn Nieuwe Stijl. Er is onder anderen gevraagd hoe de eigen bereidwilligheid en weerstand, alsook de bereidwilligheid en weerstand van de werker ten opzichte van Welzijn Nieuwe stijl een rol krijgt in het dagelijks leven.

Interessant is ook om te bekijken hoe Welzijn Nieuwe Stijl door de organisatie geïntegreerd wordt bij de werker. Dat hebben we ook aan de managers voorgelegd. Het kan zijn dat WNS als een belangrijke vaardigheid uit het hoofd geleerd moet worden door de werkers en dat er nauwelijks gevraagd wordt naar het waarom. Dat er niet aan de werker gevraagd wordt waarom hij dit vak is gaan doen. Als dat zo is, dan is de theorie van de WNS zo plat als een dubbeltje en heel erg op de regels, deskundigheid en op de formaliteiten gericht. Wordt de theorie geïntroduceerd als een soort socialisering van de medewerkers waarbij je geen hartsverbondenheid hebt?

Of zijn de organisaties vergelijkbaar met de roeiclub waar saamhorigheid en liefde tot elkaar is. Waar je elkaar echt ontmoet in het gemeenschappelijke doel wat je deelt. Hoe 'doelloos' de sport ook kan zijn. Je roeit met elkaar naar een punt en weer terug en dat is het. Je deelt in de overwinning of in het verlies.

Dit zijn twee hele belangrijke indrukken in het leven, waarvan je kunt afvragen hoe het nu zo kan zijn dat we in de wereld van belangrijkheid de dingen op een bepaalde manier organiseren en regelen, waarvan ik intuïtief zeg "zo zou het niet moeten". En in de wereld van de onbelangrijkheid dingen organiseren waarvan je denkt: het is in ieder geval een poging en heeft kans tot slagen.

5.2.1 De manager in beeld

Na de beide managers te hebben geïnterviewd ontstaat er na analyse het volgende beeld.

Zowel bij MDA alsook bij Careyn zijn beide managers goed op de hoogte van Welzijn Nieuwe Stijl. In beide organisaties is deze stijl dan ook geïntegreerd en wordt deze toegepast. Beiden geven aan dat het wijkgericht werken, eigen kracht van de cliënt, eigen verantwoordelijkheid van de werker en actieve inbreng van het teamlid belangrijk zijn.

Beide leidinggevendenden zijn ook al in een vrij vroeg stadium betrokken geweest bij WNS. Vanuit MDA wordt al sinds 2005 outreachend gewerkt, wat goed aansluit bij de huidige stijl. Vanuit Careyn zijn de acht bakens medio 2009/2010 geïntroduceerd.

5.2.2 Bereidwilligheid en kritisch vermogen

Binnen de uitvoeringen van veranderingen hebben wij onze managers ondervraagd hoe men kijkt naar de eigen bereidwilligheid en weerstand ten opzichte van WNS, maar ook hoe men de bereidwilligheid en weerstand van het team ziet.

Beide managers werken al geruime tijd met WNS en er is in grote mate bereidwilligheid. Stond men beiden eerst nog aan de kant van beschouwen, is het nu geworden werken vanuit WNS.

Naast de grote mate van bereidwilligheid zijn er ook bij beide managers een aantal punten van weerstand. In de paragrafen 5.2.3.1 en 5.2.3.2 resp. bereidwilligheid en weerstand zullen deze nader bekeken worden.

In beide instellingen worden er cursussen en lezingen georganiseerd door de managers om het personeel mee te nemen in de veranderingen. Daarover meer in paragraaf 5.2.6

Kenmerkend is te lezen dat beide managers zeggen dat de tijd van 'ja maar' voorbij is. De medewerkers kunnen niet meer voor of tegen WNS zijn. Dit is het concept vanwaar uit gewerkt gaat worden.

5.2.3.1 Bereidwilligheid

Zoals eerder gezegd staan beide managers bereidwillig ten opzichte van WNS. Dit wordt bij beide ook duidelijk op de wijze hoe ze erover spreken. Beide managers zijn beslagen ten ijs gekomen richting de medewerkers. Tal van gesprekken, lezingen, conferenties, etc. zijn er geweest. Medewerkers hebben tijd en ruimte gekregen voor vragen, discussies, en gesprekken. In het beginstadium van implementatie is er bij de professionals ruimte geweest voor weerstand, maar bij beide organisaties is ook duidelijk geworden dat deze ruimte niet meer aanwezig is.

De bereidwilligheid is ook vergroot geworden door middel van actieve participatie van de professionals. Zo is er bij MDA een estafette ronde uitgaande van Sociaal Werk in de Wijk (<http://www.sociaalwerkindewijk.nl/>), welke verzorgd wordt door MO-groep, Movisie en het Lectoraat van InHolland. Bij Careyn is Tineke van Uden (<http://www.touw.org/>) 3 á 4 jaar betrokken geweest bij het outreachend werken.

Dergelijke voorbeelden geven aan dat er bij de instellingen zwaar ingezet wordt om de bereidwilligheid te vergroten. Goed voorbeeld doet goed volgen. Beide managers voeren hun taak met veel enthousiasme uit, en dat vindt weerklank binnen het team.

5.2.3.2 Kritisch vermogen

Inhoudelijke bezwaren of weerstanden zijn bij beide managers niet gevonden. Wel maken beiden de opmerking dat een platte vergelijking niet mogelijk is en dat maatwerk, zeker voor een kwetsbare doelgroep mogelijk moet blijven. Beide managers hebben wel weerstand tegen het gegeven dat WNS de perceptie op een maakbare samenleving aanwijst. Beiden komen ook uit het uitvoerende werkveld en weten beter.

Bij beide managers, zowel bij MDA als bij Careyn valt op dat medewerkers die opgeleid zijn ten tijde van de verzorgingsstaat een bepaalde visie heeft ten opzichte van het maatschappelijk werk.

Voornamelijk bij Careyn staat de manager hier open voor, door in gesprek te gaan tijdens bijv. functioneringsgesprekken. Bij MDA ligt de focus vooral op het uitvoeren van WNS. Weerstand tegen het concept is daar verleden tijd en is ook niet meer toegestaan. Uitgezonderd de specifieke punten waar men bezwaar tegen kan hebben. Beide managers zijn bereid om in gesprek te gaan met de medewerkers waar er knelpunten ontstaan in het werk.

De manager van MDA heeft een interessant artikel geschreven waar volgens haar de weerstand zat medio 2006. Volgens het artikel bestond deze uit de grote kloof tussen management en uitvoering (Labrie, 2011).

Zowel de manager van MDA alsook de manager van Careyn spreken uit dat communiceren en wederzijdse verwachtingen uitspreken helpt om de weerstanden om te buigen in constructieve werkpunten.

5.2.4 Werkwijze en profiel leidinggevende

Kenmerkend voor beide managers is dat zij beiden in het uitvoerende werkveld hebben gefunctioneerd. Beide managers omschrijven zich als dicht bij de werker, ondersteunend zijn aan de werker, en uitvoerend zijn als manager.

Beide managers zien hun functie en profiel niet gewijzigd ten opzichte van WNS. Wel spreekt de manager van MDA uit dat kennis van veranderkunde goed is om een team aan te sturen. Beide managers nemen vanuit de verschillende functie profielen o.a. van Movisie, MO groep zaken over die ze hanteren.

Zowel de manager van MDA alsook de manager van Careyn ziet de meerwaarde van de eerstelijns zorg. ' Integraal op alle levensdomeinen, mensen kunt activeren, verbinden, troosten, dat zal altijd blijven bestaan, dat mooie vak', aldus manager Careyn.

5.2.5 Wetgeving, protocollen, beroepscode

Beide managers worden goed geïnformeerd over de veranderende wetgeving. Wel zijn beide managers het er over eens dat er nog veel onzekerheid zit over aanbesteding, geldstromen, etcetera. Ook zij worden dus in grote lijnen geïnformeerd.

Beide managers ervaren het leidinggeven als mee participeren en innovatieve projecten een kans bieden. Dit om de problemen in zorgend Nederland het hoofd te bieden.

De manager van MDA verschilt in het antwoord met de manager van Careyn op de vraag hoe en door wie de medewerkers worden geïnformeerd en meegenomen in de veranderingen. De manager van MDA is voorstander van een lerend klimaat, waarin fouten maken mogelijk is, en dat het management transparant wil zijn in wat ze willen en voorstaan. De manager van Careyn vraagt echter van haar medewerkers dat hun hoofd uitsteken en verantwoordelijkheid nemen. Ook wordt er met een paar medewerkers beleidszaken doorgenomen in de hoop dat het als een olievlek verspreidt zal worden.

Op de belangrijke vraag hoe de organisatie met de nieuw ontstane doelgroepen zal omgaan wordt verschillend gereageerd.

De ene manager spreekt de hoop en wens uit dat de medewerkers telkens weer nieuwe doelgroepen kunnen en willen bedienen. De andere manager spreekt het realisme uit er een bepaalde doelgroep niet door de eerstelijns werkers bediend kan worden en hoopt dat lokale en landelijke overheid hier hun verantwoordelijkheid in nemen. Het kan niet zo zijn aldus de manager dat het tweedelijns alles naar beneden laat vallen richting de eerstelijns zorg. 'het gezamenlijk optrekken van zowel de eerste als tweedelijnszorg blijft van belang bij integrale zorgarrangementen' einde citaat manager MDA

5.2.6 Randvoorwaarden en faciliteiten

Er worden bij beide instellingen door de managers veel gefaciliteerd rondom WNS. Al eerder hebben we gesproken over de verschillende lezingen, vergaderingen, besprekingen, bijeenkomsten. Kortom er is al veel geïnvesteerd. Concreet wordt al de theorie aangevuld bij MDA door dienstfietsen en Ipads aan te schaffen, welke door de medewerker als zeer nuttig ervaren worden.

5.3 Samenvatting

Samenvattend kunnen we zeggen dat er veel overeenkomsten en weinig verschillen tussen de beide managers gevonden kunnen worden. Beiden hanteren eenzelfde soort werkwijze, voortkomend vanuit het werkveld.

Beide managers hebben aangegeven in het interview dat het samenspel tussen formele en informele zorg en dienstverlening een integraal onderdeel is van haar zorg en dienstverlening. Beiden zijn ervan overtuigd dat een goed samenspel tussen professional en informele zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven door versterking van de zelfredzaamheid.

Een belangrijke constatering is dat beide managers ervan overtuigd zijn dat er ruimte moet zijn voor de cliënt die tussen wal en schip dreigt te vallen. En dat is nu juist de doelgroep die wij beogen in ons onderzoek. Op management niveau is er zicht op deze doelgroep, echter is het de grote vraag of de manager dit in dialoog kan brengen met de beleidsmakers op lokaal of landelijk niveau. In hoofdstuk 6 zullen wij hier ook een aanbeveling op doen.

Uit de interviews van de sociaal werker blijkt dat de leidinggevende een belangrijk persoon is om mee te communiceren over zaken die moeten veranderen en over zaken die behouden moeten worden. De managers hebben hier oog voor en laten dit terugkomen in functionering- en werkgesprekken met de medewerkers.

Hoofdstuk 6 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

6.1. Inleiding

In het volgende hoofdstuk zullen wij achtereenvolgens een samenvatting geven uit het gedane onderzoek, conclusies trekken. In de volgende paragrafen gaan we de onderzoeksvraag en de deelvragen beantwoorden met de gegevens die we op dat moment tot onze beschikking hebben. Het hoofdstuk eindigt met het doen van aanbevelingen.

6.2. Beantwoording onderzoeksvraag

Beantwoording onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidde: “Is de sociaal werker in de eerste lijn van welzijn en maatschappelijke dienstverlening, binnen Careyn en MDA, voldoende voorbereid om nieuwe zwaar problematische cliëntgroepen volgens de indicatoren ZZP klasse 3-4, in het kader van de herzieningen binnen het sociaal domein, van adequate maatschappelijke ondersteuning te voorzien?”

De managers en werkers van de door ons onderzochte organisaties, geven aan dat Welzijn Nieuwe Stijl goed en met veel aandacht en zorg is geïmplementeerd. Op dat gebied kunnen we zeggen dat deze organisaties en ook de werkers qua kennis, goed voorgesorteerd staan op de veranderingen binnen WNS.

Echter de werker is volgens ons onderzoek niet op alle gebieden voldoende voorbereid om de nieuw ontstane GGZ-doelgroep adequaat te ondersteunen. Onze cliënt geeft aan dat hij van de professional verwacht dat deze goed met zijn beperkingen om kan gaan. De cliënt heeft dit nodig omdat zijn beperkingen invloed hebben op meerdere levensgebieden. Ook moet de werker volgens cliënt in staat zijn hem in zijn gehele context te zien en een juiste, afgestemde bejegening aan de dag te leggen. Kennis van de psychiatrie blijkt bij werkers verschillend aanwezig te zijn. Naar onze mening is het zien van de hele context, niet een functie die past bij een kortdurend, vaak op kantoor plaatsvindend, ondersteuningstraject. De juiste bejegening gaat volgens ons hand in hand met kennis van de psychiatrie en menselijke gelijkwaardigheid. Dit tweede moet volgens ons geen probleem zijn voor de eerstelijns werker.

Verder geven onze werkers aan dat er veel onduidelijkheid is over hun rol ten opzichte van de zwaar problematische GGZ- doelgroep. Zij missen onder anderen duidelijkheid over de tijdsinvestering die zij mogen maken. De kortdurende ondersteuning die de eerstelijns werker wordt geacht te bieden, lijkt volgens de werker haaks te staan op de langdurige begeleiding die de GGZ-client aangeeft nodig te hebben. Ook de grenzen aan het beroep maatschappelijk werker, ten opzichte van tweedelijns hulpverlener roepen bij de werker vragen op; “In hoeverre moeten zij kennis en kunde hebben met betrekking tot de doelgroep? Wat hoort bij de eerstelijns werker en waar komt de tweedelijns professional in beeld?” Verder vraagt de werker zich af wat de veranderingen letterlijk inhouden voor de invulling van zijn beroep.

De werker is op bepaalde gebieden voorbereid, maar nog niet zo goed als zou moeten om de zwaar problematische cliëntgroep adequaat te kunnen ondersteunen.

Dilemma's voor de werker lijken te liggen op het gebied van, oog houden voor de doelgroep, maatwerk, behouden van eigen professie, deskundigheid op eigen vakgebied en mogelijkheid behouden om specifieke deskundigheid (tweedelijns hulpverlener) te kunnen inzetten. Er wordt benoemd dat niet iedere cliënt voldoende geholpen kan worden met inzet eigen kracht, vrijwilligers of netwerk.

6.3 Beantwoording deelvragen

In de volgende paragrafen zullen we de deelvragen afzonderlijk beantwoorden.

6.3.1 Beantwoording deelvraag 1

Wat houden de herzieningen in het sociale domein precies in voor instelling Maatschappelijke Dienstverlening Alexander te Rotterdam en instelling Careyn Maatschappelijke Dienstverlening te Utrecht en hoe is WNS in deze organisaties geïmplementeerd?

In 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ingevoerd om de verantwoordelijkheid van de burger en die van de overheid beter in balans te brengen. Vervolgens wil de overheid met WNS bereiken dat gemeenten de maatschappelijke ondersteuning vraaggericht, effectiever en efficiënter gaan inrichten. Van hieruit zijn de 8 bakens WNS opgesteld, die in de door ons onderzochte organisaties op een actieve wijze zijn geïmplementeerd. Dat maakt dat beide organisaties naar ons inzicht op hoofdlijnen goed voorgesorteerd staan op de herzieningen die komende jaren plaats zullen vinden binnen het sociaal domein.

De bakens WNS komen vooral tot uiting in het werken vanuit de eigen kracht van de burger, integraal werken en een juiste verhouding van formeel en informeel door medewerkers van zowel Careyn MD als MDA.

Voor bij Careyn MD wordt het zoeken van de vraag achter de vraag zichtbaar in de intakeprocedure. Deze manier van werken wordt ondersteund door het baken “niet vrijblijvend maar resultaatgericht”. Ook het werken met de zelfredzaamheidmatrix bij MDA en de evaluaties bij Careyn MD, vallen hieronder.

Ook kennen beide instellingen het inzetten van de eigen kracht van de cliënt en zijn netwerk. Hierbij worden zowel formele als informele zorg ingezet waar nodig. Ook werken beide organisatie met vrijwilligers. Bij MDA zijn de vrijwilligers in pandig aanwezig, in de vorm van studenten binnen het administratieve team. Bij Careyn MD wordt samengewerkt met en verwezen naar nabije welzijnsinstellingen die vrijwilligers leveren.

Bij MDA vindt het outreachend werken plaats in de vorm van een speciaal samengesteld outreachend team. Bij Careyn MD uit het outreachende aspect zich voornamelijk in de behandeling van casussen huiselijk geweld en meldingen vanuit het netwerk Zorg en Overlast. Hierbij gaan maatschappelijk werkers outreachend op de meldingen af. Dit valt onder het baken “direct erop af”. Beide organisaties zijn vertegenwoordigd in wijkteams om dicht bij de burger te signaleren wat voor soort ondersteuning nodig is. Hiermee tracht het wijkteam laagdrempelige eerstelijns zorg aan te bieden waar de burger voorheen wellicht meteen naar de tweedelijns hulpverlener verwezen zou worden.

Dit valt onder het baken “integraal werken.”

Bij Careyn MD is een begin gemaakt met het werken met zelfsturende teams, dit valt onder het baken “ruimte voor de professional”. MDA neemt mensen aan die geen hulpverleningsachtergrond hebben, maar een WO- opleiding, om breed en beleidsmatig georiënteerd te kunnen werken.

Het baken “balans van collectief en individueel, zien wij terug bij beide organisaties in de vorm van groepsaanbod met betrekking tot, depressie, ondersteuning mantelzorgers, budgetbegeleiding, verliesverwerking, assertiviteitsgroep en een meidengroep.

Bijkomend onderdeel van de herzieningen binnen het sociaal domein is de transitie van de AWBZ-zorg naar de WMO. Doordat de begeleiding van cliëntgroepen binnen de AWBZ bij de gemeente komt te liggen, zullen bepaalde, door ons onderzochte zwaar problematische cliëntgroepen, met indicator ZZP 3-4, in de wijk terecht komen. Wij noemen dit hier omdat de door ons ondervraagde cliënten tot deze nieuwe groep behoren en wij ons gericht hebben op behoeften aan ondersteuning, juist bij deze doelgroep.

Met de veranderingen binnen het sociaal domein, tracht men de burger in diens eigen omgeving zo goed mogelijk te ondersteunen. De gemeente heeft hiertoe wijkteams opgericht. Echter is er op macro niveau nog weinig duidelijkheid over het beleid binnen de wijkteams. Hierbij verwijzen wij naar een beleidsonderzoek van februari 2014, uitgevoerd door Silke van Arum (Arum & Vasco, 2014). Veel gemeenten zien het inzetten van een wijkteam als een oplossing voor veel problematiek in de wijk.

6.3.2 Beantwoording deelvraag 2

Deelvraag 2 luidde: “Wat heeft de cliënt nodig om in de wijk te kunnen wonen binnen het kader van de maatschappelijke herzieningen?”

In ons onderzoek hebben wij ons gefocust op de groep mensen die tot nog toe tweedelijns GGZ-behandeling ontvingen, maar nu onder nieuwe wetgeving terecht kunnen komen bij de eerstelijns werker.

Met betrekking tot de kennis van veranderingen binnen het sociale domein, blijkt de door ons ondervraagde cliënt dit niet noodzakelijk nodig te hebben om in de wijk te kunnen wonen/leven. Wat wel van belang blijkt te zijn is kennis van veranderingen met betrekking tot de zorg voor hem persoonlijk. Kennis met betrekking tot het vinden van voorzieningen, blijkt geen groot probleem onder de doelgroep. Kennissen, computer of instanties worden door cliënt benut om deze te vergaren.

Wat het contact met de tweedelijns hulpverlener betreft, het volgende: de tweedelijns hulpverlener blijkt onmisbaar voor de door ons ondervraagde doelgroep. Vooral de achterwachtfunctie is van belang voor de cliënt omdat de tweedelijns hulpverlener kennis heeft van de beperkingen en weet hoe hij hem moet bejegenen. De tweedelijns hulpverlener kent de cliënt en zijn geschiedenis en dit zorgt voor vertrouwen bij de cliënt. De juiste bejegening en kennis van de beperkingen, zijn voor onze doelgroep essentieel. Momenteel heeft de tweedelijns hulpverlener in de vorm van persoonlijk begeleider nog talloze andere functies voor de cliënt, zoals consultatie en bemiddeling.

Het contact met de eerstelijns hulpverlener blijkt nog niet erg bekend bij onze cliëntgroep. Hooguit een huisarts, met wie het contact over het algemeen prima gevonden wordt, maar met praktische vragen gaat onze cliënt naar zijn persoonlijk begeleider, tweedelijns. Voor psychische problematiek is er de psychiater en de cliënten met psychiatrische problematiek die bij de maatschappelijk werker binnen komen, zijn vaak GGZ-uitbehandeld.

In het contact met lokale instanties loopt onze cliënt tegen teleurstellingen aan: Hij vraagt iets aan en krijgt het niet, terwijl bv. mobiliteit (reiskostenvergoeding) voor deze groep extra belangrijk is, door vergrote kans op vereenzaming. Onze cliënt loopt ook aan tegen de procedures, waarbij hij aangeeft dat het lijkt of regeltjes boven het mens-zijn gaan. De bejegening wordt als ongelijkwaardig ervaren, want de gemeente is machtig om te geven of te nemen. Deze afstand voelt onze cliënt bijna letterlijk en hij zet zijn persoonlijk begeleider (tweedelijns) dan in als bemiddelaar.

In het contact met de burens, geeft de cliënt aan zich over het algemeen prettig te voelen in de wijk. Dit uit zich in het gedrag zeggen van burens, waarbij onze cliënt zijn best doet initiatief te nemen. Belangrijk blijkt de begrenzing aan het contact. Dit wordt ondersteund door eerder onderzoek (Tonkens & de Wilde, 2013). Als nare ervaring wordt discriminatie genoemd, waarbij cliënt bijvoorbeeld genegeerd of nageroepen wordt in verband met zijn beperking. In eerder onderzoek wordt benoemd (Tonkens & de Wilde, 2013) dat de cliënt liever hulp vraagt bij de professional dan bij een buurtgenoot. Onze interviews bevestigen dit beeld. Dit zou betekenen dat onze cliënt geen

directe hulp binnen zijn buurt/omgeving verwacht of nodig heeft.

Met betrekking tot het eigen netwerk het volgende: Er is behoefte aan contact met lotgenoten en “normale” mensen. Het contact met burens en andere wijkgenoten spelen een rol in het zich prettig voelen in de wijk. Alle ondervraagden waren tevreden over het contact met eigen familie en vrienden in het eigen netwerk als ze die hadden. Zij gaven ook niet aan dat hun buurtgenoten hun vrienden zouden moeten worden.

Met betrekking tot het leven en participeren in de wijk het volgende: Alle cliënten doen vrijwilligerswerk. Zij participeren in de samenleving, maar de meesten doen dit niet per definitie in hun eigen wijk. Onze cliënt blijkt niet aan zijn wijk vast te zitten om te kunnen participeren. Verder kent onze cliënt zijn wijk en weet te vinden wat hij nodig heeft.

6.3.3 Beantwoording deelvraag 3

Deelvraag 3 luidde: ‘Wat heeft de sociaal werker nodig om de cliëntgroepen volgens indicatie ZZP klasse 3/4 in de wijk te ondersteunen?’

Voor de eerstelijns sociaal werker heeft het werken binnen deze veranderingen de volgende gevolgen ten opzichte van zijn organisatie en de cliënt: De werker geeft aan veel onduidelijkheid te ervaren in het uitvoeren van het beleid. Werkers komen dilemma’s tegen en hebben overleg met de manager nodig, dat deze meedenkt en dat deze volledig achter de keus van de werker kan staan. De werker is wel positief over de uitgangspunten en doelstellingen van WNS, maar niet over de uitwerking van de WMO. De werker vindt het jammer dat de zorg aan kwetsbare groepen is verschaald en maakt zich zorgen over hen. De werker vindt het over het algemeen jammer dat er kortdurend gewerkt moet worden ten koste van de cliënt die vervolgens steeds met korte hulpvragen terug moet komen. De werker vraagt zich dan ook af of de door de gemeente gewenste doelen als efficiënt en doelgericht op die manier wel bereikt worden.

Met betrekking tot de uitvoering van veranderingen hebben werkers andere kennis nodig dan voorheen. De hulpvragen blijken veranderd, meer psychiatrie en sommige van de door ons ondervraagde werkers willen verdieping in de vorm van trainingen psychiatrie en bepaalde onderdelen van WNS zoals bijv. outreachend werken.

Om te werken met de cliënt heeft de werker het nodig meegenomen te worden door de manager in de veranderingen van het beleid en de uitvoering ervan. De werker heeft tijd, ruimte en mogelijkheden nodig om zelfsturend te kunnen werken en de doelgroep maatwerk te kunnen bieden. De behoeften van de werker om de veranderingen naar de doelgroep toe goed te kunnen uitvoeren, liggen vooral op het gebied waar de manager met de werker overlegt. Ook wil de werker duidelijkheid over zijn taken met betrekking tot de doelgroep zwaar problematische cliëntgroep. ZZP 3-4.

6.3.4 Beantwoording deelvraag 4

Deelvraag 4 luidde: 'Hoe kan de leidinggevende faciliterend zijn aan de sociaal werker, bij het werken binnen Welzijn Nieuwe Stijl?'

De leidinggevende kan faciliterend zijn aan de werker door hem mee te nemen in de veranderingen van beleid en de uitvoering hiervan. De leidinggevende wordt door de werker als een belangrijk persoon ervaren, dus is het voor de leidinggevende belangrijk om te communiceren over dingen die moeten veranderen en over zaken die behouden moeten worden. Ook wil de werker met zijn manager communiceren over waar hij wel of niet in meegaat qua veranderingen. Er moet ook ruimte zijn voor de werker die kritiek heeft tegen bepaalde aspecten van WNS. Qua materiële faciliteiten zijn de werkers tevreden, maar onduidelijkheid over tijdsbesteding die de werker mag nemen om veranderingen door te voeren, zorgt ervoor dat werkers soms niet de tijd nemen die zij nodig hebben.

6.4 Conclusies en aanbevelingen

Uit deelvraag 1 blijkt dat de herzieningen op een actieve wijze geïmplementeerd zijn bij beide organisaties. Dat maakt dat beide organisaties naar ons inzicht op hoofdlijnen goed voorgesorteerd staan op de herzieningen die komende jaren kunnen gaan plaats vinden binnen het sociaal domein. Bij beide organisaties uitten de werkers kritiek in de vorm van zorg, dat met de veranderingen in het sociaal domein, een bepaalde cliëntgroep tussen wal en schip dreigt te vallen. Deze cliëntgroep zal niet zelfstandig in de wijk kunnen functioneren en participeren op de manier zoals WNS dat van de burger verwacht.

Deze gedachte wordt overigens door de managers van zowel MDA als Careyn MD, ondersteund. De managers van MDA en Careyn MD geven beiden aan, weerstand te hebben tegen het gegeven dat WNS de perceptie op een maakbare samenleving aanwijst. Ons onderzoek wijst uit dat op verschillende gebieden de doelen van WNS, efficiëntie en doelgerichtheid, niet bereikt kunnen worden. Kortdurende trajecten zorgen voor zogenaamde draaideurcliënten en erop af gaan kan eigen verantwoordelijkheid in de weg staan.

Aanbeveling1: Managers gaan in gesprek met lokale overheden om de conflicterende praktijkvoorbeelden te bespreken en zodoende te pleiten voor maatwerk.

De wijkteams waarin de door ons onderzochte organisaties participeren, bieden laagdrempelige ondersteuning en kunnen voor onze doelgroep wellicht in de toekomst een meerwaarde hebben in de wijk. Echter, wij maken ons zorgen over de beoordeling (indicatie) van onze cliëntgroep door deze wijkteams. In de samenstelling missen wij psychiatrische kennis om de juiste diagnose te stellen voor verwijzing naar de tweedelijns hulpverlener. Wij realiseren ons dat de psychiater onder de AWBZ valt en niet onder de WMO.

Aanbeveling2: Gezien de ontwikkeling van een pilot in Woerden waar gemeente en zorgverzekering een samenwerkingsverband in de vorming van een wijkteam zijn aangegaan, pleitten wij ervoor om in de totstandkoming van beleid een psychiater aan het wijkteam toe te voegen.

In de toekomst zouden onze cliënten, op diegenen met een verstandelijke beperking na, hun buurtcontacten kunnen en willen uitbreiden. Hierin blijken mogelijkheden te zitten. Buren worden nu nog niet voor intieme hulpvragen ingeschakeld (verzorgen bij ziekte etc.), maar wel al voor het doen van een boodschap of oppassen op de hond. Overeenkomstig voor de cliënten die dit soort hulpvragen aan hun burens stellen, is dat zij het prettig vinden om te ruilen: Ik doe voor jou een boodschap, jij helpt mij met het zemen van de ramen. Over het algemeen stuit het inzetten van burens voor praktische zaken nu nog op wat weerstand, en houdt men de burens liever voor leuk en

oppervlakkig contact. In de toekomst, waar nodig liggen hier volgens ons wel mogelijkheden tot uitbreiding op het gebied van de praktische inzetbaarheid van de buurt.

Bij de cliëntgroep met verslaving heeft het wonen in een grote stad over het algemeen als nadeel terugval in gebruik. Algemeen kun je zeggen dat binnen de psychiatrische cliëntgroep de keus om de plaats van wonen te mogen bepalen, van belang is voor het welzijn van cliënten. Dit duidt op maatwerk. Onze aanbeveling is om indicaties door de psychiater te laten doen en niet door de gemeente om onze doelgroep te kunnen beschermen tegen terugval. Zo kan iemand voor wie het belangrijk is een bovenwoning te hebben in verband met straatvrees (psychosen), op indicatie van de psychiater voorrang krijgen voor een bovenwoning.

Uit onze interviews en de beantwoording van deelvraag 3, blijkt dat de bedoelingen van het beleid goed ontvangen zijn door de werkers, maar dat duidelijke richtlijnen van het beleid en de uitvoering ervan, ontbreken. Onduidelijkheid en nieuwe termen voor oude werkwijzen, wekken irritatie op bij een groot gedeelte van de werkers. Werkers ervaren wel vrijheid voor de invulling van hun beroep, maar ervaren onduidelijkheid over de tijd die zij mogen nemen. Inhoudelijk vindt de werker het van groot belang dat hij nog steeds achter de invulling van zijn beroep als maatschappelijk werker moet kunnen staan. Ook loopt de werker aan tegen dilemma's bij het uitvoeren 8 bakens van WNS. Wij concluderen dat de werkers wel voorbereid en bereid zijn te werken binnen de 8 bakens van WNS, maar dat zij het nodig hebben duidelijkheid te krijgen in de uitvoering. Met betrekking tot de uitvoering van veranderingen hebben werkers andere kennis nodig dan voorheen. De hulpvragen blijken veranderd, meer psychiatrie en sommige van de door ons ondervraagde werkers willen verdieping in de vorm van trainingen psychiatrie en bepaalde onderdelen van WNS zoals bijv. outreachend werken. Wij concluderen dat het, ten behoeve van de nieuw ontstane cliëntgroep in de wijk, nodig is dat eerstelijns sociaal werkers extra training krijgen in het omgaan met de doelgroep. Het gaat hierbij volgens ons niet alleen om kennis, maar vooral ook om bejegening.

Met betrekking tot de verdediging van het vak Algemeen Maatschappelijk Werk, hebben de werkers veel behoefte aan overleg met eigen beroepskrachten. Bij de interviews kwam naar voren dat ook de beroepscode met betrekking tot dilemma's als privacy en wel of niet ingrijpen, bij werkers veelvuldig voorkomen. Op dit moment worden mensen bij MDA ingezet om het werk te doen van een maatschappelijk werker, terwijl zij een andersoortige opleiding hebben gevolgd, niet zorg-gerelateerd. Dit baart de werker bij MDA, zorgen met betrekking tot het vak maatschappelijk werk. Er is volgens de werkers een groot verschil tussen de verantwoordelijkheid en taken van een maatschappelijk werker, hetgeen een vak is waarin je moet zijn opgeleid, en andere beroepen.

Aanbeveling3(MDA): laat de geschoolde maatschappelijk werker het uitvoerende werk doen. De organisatie heeft meerwaarde bij het inzetten van andere beroepskrachten op beleidszaken.

De managers en werkers van de door ons onderzochte organisaties, geven aan dat Welzijn Nieuwe Stijl goed en met veel aandacht en zorg is geïmplementeerd. Waar de werker kritiek ervaart op de uitvoering van WNS, vindt deze het belangrijk om dit met de leidinggevende te kunnen delen. Vooral bij MDA werd ervaren dat de leidinggevende voor kritiekpunten minder open stond. Bij Careyn MD was het belangrijkste geluid van de werker te horen in de klacht, dat leidinggevende letterlijk weinig aanwezig was. Volgens ons is het van groot belang dat de leidinggevende luistert naar de kritiek van werkers. Dit, omdat de werker aangeeft het overleg met de leidinggevende belangrijk te vinden om de doelgroep in de wijk adequaat te kunnen ondersteunen. De manier waarop het nu gaat, bij MDA, een leidinggevende die alleen bereidwilligheid wil zien en bij Careyn MD waar de leidinggevende niet in zicht is en het beleid met sommige werkers bespreekt in de hoop dat het zich als een olievlek over de teams zal verspreiden, werkt niet voldoende.

Aanbeveling4: houdt ruimte voor het kritisch vermogen van de werker, ongeacht deze voor of tegen het Werken Nieuwe Stijl is

Aanbeveling5: wees als leidinggevende meer op de werkvloer aanwezig en zichtbaar, om zodoende ook alle onderdelen van beleid met alle medewerkers te delen.

Nawoord

Voorbeeld Indiaanse parabel

Op een avond vertelt een oude Cherokee-indiaan aan zijn kleinzoon bij het vuur over de innerlijke strijd die bij mensen van binnen gaande is... Hij zegt: 'Mijn zoon, deze strijd is eigenlijk een strijd tussen twee wolven die binnenin ons allemaal wonen. De ene wolf is slecht, kwaad, jaloers, afgunstig en bezorgd. Hij is hebzuchtig, arrogant en heeft zelfmedelijden. Ook is hij wrevelig, hij heeft valse trots, voelt zich superieur en inferieur tegelijk, liegt en heeft een groot ego. De andere wolf is goedaardig en welwillend. Hij straalt vrede, liefde, hoop, nederigheid en zachtaardigheid uit. En hij is ook vriendelijk, behulpzaam, gevoelig, genereus en rechtschapen en vol compassie.' De kleinzoon van de Cherokee zit een minuutje voor zich uit in het vuur te staren en na te denken over de woorden van zijn opa. Dan kijkt hij zijn opa aan en zegt: 'En wie wint er, opa?' Waarop de oude Indiaan antwoordt: 'De wolf die jij het beste voedt, jongen.'

Deze parabel trok onze aandacht. Nu onze verzorgingsstaat ten einde loopt en er een nieuwe methode, methodiek of stijl aangeleerd wordt, gaat het erom of er nog voldoende balans is. We kunnen zoals de parabel ons leert de ene kant van eigen kracht, zelfredzaamheid van de burger, krachtgericht werken, etc. etc. voeden en versterken en kloppend maken. Maar wat als we de door de overheid, en door organisaties telkens weer verleid worden om vooral toch naar kosten en resultaten te kijken? Zijn wij als sociaal werkers in deze veranderende omstandigheden voldoende in balans? Weten we nog voor wie we zorgen en om wie het gaat.

Of gaat het er alleen om dat de sociaal werker in staat is nieuwe methoden aan te leren? Laten we voorop stellen dat het niet gaat om een waardeoordeel te vormen over 'het is goed' of, 'het is fout'. Het gaat er naar onze mening om dat we intuïtief kunnen aanvoelen of het klopt of niet. Een voorbeeld ter verduidelijking. Medewerkers van instellingen en organisaties zitten uren per dag hun mails weg te werken. Is dat de reden waarom ze maatschappelijk werker zijn geworden? Het is goed om na verloop van tijd de balans op te maken in de werkzaamheden van de sociaal werker, zeker nu we weer in een nieuwe ontwikkeling staan. Klopt de inhoud van het werk op papier nog met de uitvoering in de praktijk en met de ziel van het beroep?

Zomaar wat vragen die wij onszelf hebben gesteld.

De organisatie kan laden en gummen (Hart, 2012). Wij kunnen dingen die belangrijk zijn nog belangrijker maken door ze te voeden, meer aandacht en meer tijd te geven en in teams te overleggen.

Wij kunnen ook gummen. En dat is iets wat organisaties en sociale professionals naar onze mening te weinig doen. Taken stapelen zich gemakkelijk op in het werk, terwijl wij ondertussen weten dat dit ook minder kan. Het klopt niet. Stevig gummen is nodig om weer ruimte te maken voor iets nieuws. Het is net als bij tuinieren. Wanneer ik een nieuwe tuin aanleg, plant ik geen planten waar al planten staan, maar maak ik eerst ruimte door te snoeien, op te ruimen en weg te halen wat niet meer passend is in het totaal. Dan ontstaat er ruimte, licht en komt een nieuw geheel tot bloei.

Wij hebben met veel interesse aan dit onderzoek gewerkt en hopen dat dit zichtbaar is geworden in het resultaat. Wij hebben geprobeerd voort te bouwen op de vele onderzoeken die al zijn gedaan binnen de sector en hopen ook weer een steentje te hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het vak, eerstelijns sociaal werker.

Persbericht

DATUM: 19 MEI 2014
CONTACTPERSOON: MARLIES VISSER- VAN DER STERRE EN WILLEM NIJHOF
TELEFOONNUMMER: 0628740343/0638278954
ONDERWERP: IS DE SOCIAAL WERKER VOORBEREID OP HET ONDERSTEUNEN VAN COMPLEXE CLIËNTGROEPEN?

Sociaal werker lijkt onvoldoende voorbereid op ondersteuning GGZ-cliënt

Om fors te kunnen bezuinigen plaatst de overheid binnenkort een groot aantal psychiatrische patiënten vanuit de inrichting naar een eigen woning in de wijk. Voor hulp zijn zij voortaan vooral op de sociaal werker in de wijk aangewezen. Dat dit problemen gaat geven, vrezen Marlies Visser-van der Sterre en Willem Nijhof. „Hoe gaat deze burger gepaste ondersteuning krijgen in de toekomst? En, wat is de rol van de eerstelijns sociaal werker in die veranderingen?”

Veranderingen

De veranderingen hebben alles te maken met de omslag van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Burgers met een *Zorgzwaartepakket GGZ 3 of 4* hadden recht op tweedelijnszorg in een instelling. Visser: „Het gaat hierbij om volwassenen met complexe persoonlijkheidsproblematiek, al dan niet in combinatie met een lichtverstandelijke beperking.” Maar de regelingen hiervoor wijzigden met ingang van 2014 voor ZZP klasse 3 en in 2016 gaat dit ook veranderen voor ZZP klasse 4. Voortaan krijgen deze mensen in eerste instantie uitsluitend toegang tot eerstelijnszorg. Als gevolg hiervan blijven deze mensen in de wijk wonen met relatief weinig begeleiding. Daar zijn zij in eerste instantie aangewezen op de eerstelijns sociaal werker. Zo’n sociaal werker heeft de taak om mensen met een zwakke sociale of financiële positie laagdrempelig te ondersteunen. Nijhof: „De sociaal werker helpt de burger op die manier om te kunnen meedoen in de samenleving. Dit voorkomt dat deze geïsoleerd tussen vier muren leeft”.

Onderzoek

Genoemde veranderingen binnen het sociaal domein, brengen veel onduidelijkheid met zich mee voor organisaties, sociaal werkers en burgers.

In hun scriptie ter afronding van hun studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool te Ede hebben Willem Nijhof en Marlies Visser- van der Sterre zich hierover gebogen. Nijhof: „Wij wilden weten in hoeverre de sociaal werker op ondersteuning van de zwaar problematische psychiatrische patiënt is voorbereid. En daarbij, of hij in de nieuwe ontwikkelingen van WNS mee wil gaan.”

Verwarring

„Onze werkers geven aan dat zij verwarring ervaren over hun rol ten opzichte van de zwaar problematische GGZ- doelgroep. Zij missen onder meer duidelijkheid over de tijdsinvestering die zij mogen maken richting de doelgroep. De kortdurende ondersteuning die de eerstelijns werker conform de 8 bakens van WNS wordt geacht te bieden, lijkt volgens de werker haaks te staan op de langdurige begeleiding die de GGZ-cliënt aangeeft nodig te hebben” aldus de onderzoekers. Ook de grenzen aan het beroep maatschappelijk werker, ten opzichte van de tweedelijns hulpverlener, roepen bij de sociaal werker vragen op; “In hoeverre moeten wij kennis en “zin” hebben met betrekking tot deze specifieke doelgroep? Wat hoort bij de eerstelijns werker en waar komt de tweedelijns professional in beeld?”

Tweedelijns zorg

Visser: „In interviews die we sociaal werkers afnamen, gaf een aantal van hen aan, weinig kennis van psychiatrische ziekten te hebben en de zwaar psychiatrische cliëntgroep liefst door te schuiven naar de tweedelijnszorg en hen niet te zien als eerstelijns doelgroep.”

„Werkers worden dus behoorlijk op zichzelf aangewezen, nu de tweede lijn zich aan het terugtrekken is,” concluderen de onderzoekers. „Zij hebben meer nodig dan ondersteuning vanuit een wijkteam. Het toevoegen van psychiatrische kennis aan de wijkteams zou een duidelijke meerwaarde kunnen geven”, luidt één van de aanbevelingen. „ Ook moeten indicaties gegeven worden door de tweedelijns hulpverlener en niet door andersoortige professionals. Maar ook moet de tweede lijn klaar staan om de eerstelijnswerker te ondersteunen. Een psychiater in het wijkteam zou een meerwaarde hebben”, aldus Visser en Nijhof.

Onvoldoende voorbereid

De door Visser en Nijhof onderzochte werker weet niet hoe hij zich moet opstellen na de wijzigingen. Er is nog veel onduidelijkheid. In die zin voelt hij zich niet voldoende voorbereid.

Een vervolg op dit onderzoek zou kunnen leiden tot de vraag of de tweedelijnszorg voldoende is ingericht om de cultuuromslag te maken in het sociale domein.

Noot voor de redactie, niet voor publicatie: Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Marlies Visser van der Sterre en Willem Nijhof via bovenstaande contactgegevens of stuur een e-mail naar: myvdsterre@student.che.nl of wtnijhof@student.che.nl

Literatuurlijst

Adviesorgaan RMO (z.d.). geraadpleegd op 21 maart 2014, van <http://www.adviesorgaan-rmo.nl/>

Arum, S. v. (2014). *Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten*. Amstelveen: Beleidsonderzoek online.

Baarda, D., Goede, M. d., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Bauduin, D., Kanne, M. (2009). *Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie*. Amsterdam: Uitgeverij SVP.

Boer, N. d. (2013). *Burgerkracht in de wijk. Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat*. Den Haag: Platform 31.

Boer, N. d. (2011). *Burgerkracht. De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Clijssen, M., Garenfeld, W., Kuipers, G., & Loenen, E. v. (2008). *Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Reed Elsevier.

Dagblad, Reformatorisch. (2014, maart 25). Van Rijn: Deel langdurige ggz toch in kern-AWBZ. *Reformatorisch Dagblad*, p. 15.

Deth, R. v. (2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Duyvendak, J. & Verplanke, L. (2010). *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Feijter, C. d. (2014, April 1). *Raedelijn als bruggenbouwer in Woerden*. Opgeroepen op Mei 16, 2014, van <http://www.de-eerstelijns.nl/>: http://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2014/04/DEL-nr3-Raedelijn_als_bruggenbouwer_in_Woerden.pdf

GGD Hollands Midden (z.d.). geraadpleegd op 01 april 2014, van <http://www.ggdhm.nl/professionals/item/oggz-ketenpartners/wat-is-oggz>

GGZ, L. P. (2013). *Persbericht Experiment met participatie zwaarste categorie ggz-patiënten*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ.

Hart, W. (2012). *Verdraaide organisaties*. Deventer: Kluwer.

Hengeveld, M. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

HHM, B. (2011). www.nza.nl. Opgeroepen op Februari 18, 2014, van www.nza.nl: http://www.nza.nl/137706/142055/567517/bijlage_2_ZZP%27s_GGZ_2013.pdf

Holstvoogd, R. (2006). *Maatschappelijk werk in kerntaken. Een nieuw profiel van de beroepspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Invoering WMO (z.d.). geraadpleegd op 25 maart 2014 , van <http://www.invoeringwmo.nl/content/programma-welzijn-nieuwe-stijl-1>

Kal, D., Post, R., & Scholtens, G. (2012). *Meedoen gaat niet vanzelf*. Amsterdam: Tobi Vroegh Uitgeverij.

Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanke, L. (2013). *De affectieve burger*. Amsterdam: Van Gennep Uitgeverij.

Klip, H. (2001). *Van idee tot uitwerking, werkstukken, scripties en beleidsrapporten in het HSAO*. Bussum: Coutinho

Korevaar, L., Dröes, J. (2011). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Kraal, M. (2012). *Jaarverslag MDA* . Rotterdam: Maatschappelijke Dienstverlening Alexander.

Kwekkeboom, M.H.& Timmermans, J. M.(2008). *Verwachtingen van de WMO*. Amsterdam: Sorbus.

Labrie, N. (2011). Ruimte of kloof? Over afstemming tussen managers en professionals. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* , 100-117.

Mighebrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: BV Uitgeverij SWP

Ministerie van Volksgezondheid, W. e., Dienstverlening, M.-g. W., & Gemeenten, V. N. (2010, januari 1). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Den Haag, Zuid Holland, Nederland: Ministerie VWS.

NVMW (2011). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Nieuwegein: www.anraad.nl

Schellekens, W. & Everdingen van, J. (2001). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Diegem: Bohn Stafleu van Loghum .

Scholte, M. & Sprinkhuizen, A. (2012). *De generalist*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Scholte, M. & Sprinkhuizen, A. 2012). *De sociale kwestie hervat. De WMO en sociaal werk in transitie*. Amsterdam: Springer Media B.V.

Sluiter, S. (2010). *Signalering in het sociaal-agogisch werk. Met het oog op de samenleving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Soudijn, K. (2005). *Onderzoeksverslagen schrijven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Staatsecretaris van Volksgezondheid, W. e. (2013, 10 3). *www.rijksoverheid.nl*. Opgeroepen op maart 21, 2014, van *www.rijksoverheid.nl*: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/10/03/concept-wetsvoorstel-wmo.html>

Staatsecretaris van Volksgezondheid, W. e. (2014, Maart 2014). *www.rijksoverheid.nl*. Opgeroepen op Maart 21, 2014, van *www.rijksoverheid.nl*: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten-awbz/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/03/10/wetsvoorstel-wet-langdurige-zorg.html>

Staatsecretaris van Volksgezondheid, W. e. (2013, Oktober 3). Concept Wetsvoorstel WMO. *paragraaf 2 algemene maatregelen en voorzieningen; zesde lid*. Den Haag, Zuid Holland, Nederland.

Tonkens, E., Wilde de, M. (2013). *Als meedoen pijn doet*. Amsterdam: Van Genneep.

Vlaar, P., Kluft, M., & Liefhebber, S. (2013). *Competenties Maatschappelijke Ondersteuning*. Utrecht: Movisie.

Zorg&Welzijn. (2014, Januari 31). WMO en Welzijn Nieuwe Stijl doen nog weinig voor cliënt. *zorg&welzijn*, p. 23.