

Activering Sociale Netwerken

Outreachinge Aanpak
Maatschappelijke
Dienstverlening Alexander

Marion Matthijssen



Marion Matthijssen

Activering Sociale Netwerken

Outreachinge Aanpak
Maatschappelijke Dienstverlening Alexander



Marion Matthijssen
Activering Sociale Netwerken
Outreachinge Aanpak Maatschappelijke Dienstverlening Alexander

2014

Grafisch ontwerp: René de Haan, Den Haag / renehaan.net
Verzorging manuscript: Michelle Bax-Driehuijs

© Marion Matthijssen

Alle rechten voorbehouden.



Inhoudsopgave

Voorwoord

7	1.	wmo-onderzoeksthema Activering Sociale Netwerken
8	1.1	Onderzoek naar versterken samenredzaamheid
10	1.2	Doel- en vraagstelling
11	1.3	Methodologische verantwoording
13	1.4	Leeswijzer
14	2.	Literatuuronderzoek
14	2.1	Effecten maatschappelijke ontwikkelingen op de (kwetsbare) burger
14	2.1.1	Effecten van de wmo
15	2.1.2	Welzijn Nieuwe Stijl
17	2.2	Outreachend werken
21	2.3	Activering sociale netwerken
21	2.3.1	Inschakelen van sociale netwerken in sociaal werk
22	2.3.2	Kanttekeningen bij het activeren van sociale netwerken
23	2.3.3	Het bestaande netwerk in kaart brengen
23	2.3.4	Insteken op nieuwe contacten
24	2.3.5	Problemen bij mobiliseren sociaal netwerk
24	2.4	De nieuwe sociale professional
25	2.4.1	Competenties professionals
27	2.4.2	De generalist
28	2.4.3	De outreachende werker
29	3.	De outreachende aanpak van MDA
29	3.1	Missie en visie MDA
30	3.2	Werkwijze MDA
31	3.3	De outreachende aanpak
31	3.3.1	Succesvolle elementen outreachende aanpak
34	3.3.2	Risico's outreachende aanpak
34	3.3.3	Visie vanuit de kennisexperts
36	3.3.4	Beoordeling van de hulpverlening
36	3.4	De cliënten van MDA
36	3.4.1	Kwetsbare burgers
38	3.4.2	De vijf geïnterviewde cliënten
40	3.4.3	Ervaring van de vijf cliënten met het outreachende team van MDA
42	3.4.4	MDA-casus beschreven op basis van observatie

44	4.	Activering sociale netwerken in de praktijk
44	4.1	Inleiding
44	4.2	Zelfredzaamheid óf samenredzaamheid?
45	4.2.1	Bevorderen zelfredzaamheid vanuit MDA
46	4.2.2	Bevorderen zelfredzaamheid vanuit externe professionals
48	4.2.3	Bevorderen zelfredzaamheid vanuit cliënten
49	4.2.4	Bevorderen zelfredzaamheid vanuit de pastoraal werker
49	4.2.5	Bevorderen zelfredzaamheid vanuit kennisexperts
52	4.2.6	Aandachtspunten bij het bevorderen van zelfredzaamheid
55	4.3	Activering sociaal netwerk
55	4.3.1	Activering sociale netwerken vanuit MDA
56	4.3.2	Activering sociale netwerken vanuit wijkteam Jeugd
56	4.3.3	Aandachtspunten bij activeren sociaal netwerk
61	4.4	Activering sociaal netwerk bezien vanuit de cliënt
62	4.5	Resultaten netwerkactivering
64	5.	Lessen voor aankomende professionals
64	5.1	Inleiding
66	5.2	Competenties nieuwe sociale professional
68	5.3	Opleiding nieuwe professionals
70	6.	Conclusies
81	7.	Aanbevelingen

Bijlagen

82	Voetnoten
83	Lijst met geïnterviewde personen
84	Bakens welzijn nieuwe stijl
85	Zelfredzaamheidsmatrix 2013
87	Beschrijving 'Wijkecogram'
89	Beschrijving project 'Even Buurten'
90	Beschrijving 'Vrijwillige Hulpdienst'
92	Literatuur

Voorwoord

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (wmo) in 2007 hebben gemeenten de taak gekregen om de regierol op zich te nemen in de zorg- en welzijnssector. De gedachte is dat er lokaal een beter inzicht aanwezig is in de behoeften aan ondersteuning van kwetsbare groepen op de domeinen arbeid en inkomen, jeugdzorg en de zorg voor kwetsbaren (ouderen die niet meer zelfstandig zijn, licht verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten, mensen met een beperking).

De wmo draagt expliciet een bepaald mens- en maatschappijbeeld uit met veronderstellingen over de sociale kwaliteit van de samenleving en de betrokkenheid van burgers daarbij. Het gaat uit van een samenlevingsvisie waarin een krachtige sociale gemeenschap, zelfredzaamheid, maatschappelijke betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid de boventoon voeren.

De Tweede Kamer nam op 24 april 2014 een nieuwe wmo ('wmo 2015') aan met een ruime meerderheid. In de wettekst krijgen gemeenten een nog grotere verantwoordelijkheid. Verder zijn er in het nieuwe wetsvoorstel geen prestatievelden meer, maar worden de taken van gemeenten op een nieuwe manier omschreven. Maatschappelijke ondersteuning betekent dat gemeenten handelingen dienen te verrichten die gericht zijn op:

- a) De sociale samenhang, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking te bevorderen, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente te bevorderen, alsmede huiselijk geweld te voorkomen en te bestrijden;
- b) Mantelzorgers en andere vrijwilligers te ondersteunen;
- c) Vroegtijdig vast te stellen of ingezetenen maatschappelijke ondersteuning behoeven;
- d) Te voorkomen dat ingezetenen op maatschappelijke ondersteuning aangewezen zullen zijn;
- e) Algemene voorzieningen te bieden aan ingezetenen die maatschappelijke ondersteuning behoeven;

- f) Maatwerkvoorzieningen te bieden ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie aan ingezetenen van de gemeente die daar toe op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit hun sociale netwerk niet of onvoldoende in staat zijn;
- g) Maatwerkvoorzieningen te bieden aan personen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving en beschermd wonen of opvang behoeven in verband met psychische of psychosociale problemen of omdat zij de thuissituatie hebben verlaten, al dan niet in verband met risico's voor hun veiligheid als gevolg van huiselijk geweld.

Om de ingrijpende veranderingen in de zorg- en welzijnsector te ondersteunen zijn er in 2009 zes regionale wmo-werkplaatsen in Nederland gestart. Het zijn regionale samenwerkingsverbanden van hogescholen en lectoraten, zorg- en welzijnsinstellingen en gemeenten, gericht op praktijkonderzoek, beroepsinnovatie en deskundigheidsbevordering op het terrein van maatschappelijke ondersteuning. De wmo-werkplaatsen verbinden praktijkgericht onderzoek en beroepspraktijk en bevorderen het evidence- en practice-based werken in de sector zorg en welzijn. In 2013 is het aantal werkplaatsen, met ondersteuning van het ministerie van vws, uitgebreid tot 13 wmo-werkplaatsen, waardoor een landelijk dekkend netwerk ontstaat. Zo is er ook in Rotterdam een wmo-werkplaats ontstaan. De twee hogescholen in Rotterdam (Hogeschool Inholland en Hogeschool van Rotterdam) verrichten gezamenlijk verschillende studies, waaronder de voorliggende studie naar activering van sociale netwerken binnen de praktijk van Maatschappelijke Dienstverlening Alexander.

1. wmo-onderzoeksthema Activering Sociale Netwerken

Zelfredzaamheid van de burger is een van de kernbegrippen waarop de wmo steunt. Ook voor de gemeente Rotterdam is zelfredzaamheid de basis van de wmo (Gemeente Rotterdam, Meerjarenplan wmo 2010-2014). Zij verwacht van haar burgers dat zij zoveel mogelijk op *eigen kracht* meedoen aan de samenleving. De burger doet eerst een beroep op eigen oplossingen en mensen in de eigen omgeving, alvorens een beroep te doen op professionele voorzieningen. Samen met partners in de stad wil Rotterdam de zelfredzaamheid van Rotterdammers (preventief) versterken en mogelijke belemmeringen wegnemen. Het activeren van de eigen kracht en de kracht van het sociale netwerk, ook wel genoemd samenredzaamheid en samenkracht, is daarbij van grote betekenis.

Voor professionals (sociaal werkers, beleidsmakers en bestuurders) betekent de kanteling in het denken over zorg en ondersteuning aan burgers dat zij nieuwe wegen moeten ontwikkelen gericht op empowerment. Het uitgangspunt wordt *zorgen dat* in plaats van *zorgen voor*. Eén aspect van de gevraagde, nieuwe houding van de sociaal werkers is de grotere nadruk op vroegtijdige samenwerking met het sociale netwerk om cliënten heen. De bedoeling is dat de sociaal werkers contact leggen met het persoonlijke netwerk van de cliënt, bewoners in de buurt, informele verbanden, organisaties en bedrijven; en dat zij aansluiten bij burgerinitiatieven om bewoners met elkaar te verbinden zodat het mogelijk wordt dat zij elkaar ondersteunen. Het activeren van sociale netwerken is daarmee een kerntaak van de sociaal werkers geworden. Het activeren van sociale netwerken vraagt om het gebruiken van specifieke methodieken en strategieën. Aansluiten bij bestaande netwerken die van onderop zijn ontstaan is een beproefde manier, de Eigen Krachtconferenties zijn hier het ultieme voorbeeld van. De burger, het gezin en diens persoonlijke netwerk maken zelf een plan om de problemen op te lossen en vragen de professional om als dienstverlener ondersteuning te bieden bij de uitvoering. Een andere invalshoek om de samenredzaamheid te versterken is die waarbij de professional het initiatief neemt om bestaande of nieuwe netwerken te activeren, bijvoorbeeld door middel van outreachend werken.

1.1 Onderzoek naar versterken samenredzaamheid

Aan de hand van de praktijk van het outreachend werken van Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Alexander en de Eigen Kracht-conferenties zoals deze worden ingezet door de gemeente Rotterdam, wordt het versterken van de samenredzaamheid van burgers onderzocht.

Twee dilemma's

Bij de keuze van de twee praktijken (Eigen Kracht conferenties en Outreachende aanpak MDA) is gekeken naar twee dilemma's die stof voor discussie bieden over de mogelijkheden en beperkingen van zowel de burgers (in kwetsbare posities), de professionals (op zoek naar nieuwe rollen) en de beleidsmakers en bestuurders (werkend vanuit de wmo-gedachte).

De volgende twee dilemma's zijn meegenomen in het onderzoek:

1) Baron van Münchhausen

Het eerste dilemma rond zelfredzaamheid wordt wel het 'dilemma van Baron von Münchhausen' genoemd (Walraven, Den Brabander). Op een van zijn avonturen belandt de baron in een moeras. Verstoken van elke hulp weet hij zichzelf aan zijn eigen haren uit het moeras te trekken, met medeneming van zijn paard.

Dit verhaal illustreert een ongekend staaltje van zelfredzaamheid en sluit aan bij het tweede baken Welzijn Nieuwe Stijl dat wordt ingezet bij de wmo: de eigen kracht van de burger is de basis. Men is te lang voorbijgegaan aan de eigen kracht van de burger en zijn netwerk, de straat of de wijk, met een averechts effect op het zelfoplossend vermogen van de burgers. Een cultuuromslag naar een eigen-kracht-benadering bij burgers en professionals is voor het realiseren van Welzijn Nieuwe Stijl noodzakelijk.

Tegelijkertijd rijst de vraag *'Hoe reëel is het om van kwetsbare burgers te verwachten dat zij op eigen kracht uit de moeilijkheden zullen komen?'* Juist degenen die in een moeilijke positie verkeren, beschikken vaak over minder zelfredzaamheid, zo blijkt ook uit het rapport 'Kwetsbaar en Krachtig'¹) een monitoronderzoek naar de uitwerking van de wmo.

Daarin wordt geconcludeerd dat de participatie en zelfredzaamheid van de respondenten met een psychische en verstandelijke beperking minder groot is. Zij ervaren vooral belemmeringen op het vlak van de informele relaties, wat een reden is voor uitsluiting en isolement. Zij beschikken zogezegd, in vergelijking met Baron von Münchhausen, over een minder sterke vlecht.

2) Van je netwerk moet je het hebben

Het tweede dilemma hangt nauw samen met het eerste. Zelfredzaamheid betekent niet alleen het vermogen om zelfstandig te kunnen functioneren, maar ook het vermogen om ondersteuning te vragen van anderen uit het persoonlijke netwerk, uit de buurt of van professionals. Kern van de Eigen Kracht-conferentie is het besloten gedeelte waarbij de burger samen met de mensen uit zijn persoonlijke omgeving, degenen die er het meest toe doen, een plan maakt. De betrokkenheid van het persoonlijke netwerk vergroot niet alleen het draagvlak voor de oplossingen die ze samen bedenken, maar ook de kans op slagen bij de uitvoering van het plan (Van Beek, 2011).

De wmo onderstreept de kansen die liggen in het betrekken van het persoonlijke netwerk. Maar hier rijst de vraag 'Hoe reëel is het om van kwetsbare burgers te verwachten dat zij een beroep doen op mensen uit hun persoonlijke netwerk?' Uit onderzoek blijkt dat juist degenen die in de meest kwetsbare situatie verkeren, een geringer beroep doen op de ander.

1.2 Doel- en vraagstelling

De overkoepelende probleemstelling is als volgt gedefinieerd:

Hoe en in welke mate dragen de gekozen praktijken bij aan het zelfredzaam worden van de burger?

Welke lessen zijn hieruit te trekken voor (de opleiding van nieuwe) professionals, beleidsmakers en bestuurders?

In de onderzoeksvragen zijn twee dilemma's rond zelfredzaamheid, die bij de praktijk van de outreachende aanpak van MDA naar voren komen, verwerkt.

Vanuit de overkoepelende probleemstelling is een aantal deelvragen voor het onderzoek geformuleerd.

Aanpak

- Welke elementen uit de praktijk van de outreachende aanpak van MDA dragen bij aan het zelfredzamer worden van de burgers?
- Wat zijn de succes- en faalfactoren, risico's en kansen van de praktijk van de outreachende aanpak van MDA?

Burgers, gezinnen

- Is er een bepaalde mate van motivatie, zelfredzaamheid bij burgers vereist om de inzet van de outreachende aanpak van MDA te laten slagen?
- In hoeverre ervaren de burgers baat bij deze ondersteuning?
- Worden met deze praktijken de meest kwetsbare burgers bereikt?

Professionals

- Welke competenties (kennis, vaardigheden, houding) hebben professionals nodig om de zelfredzaamheid van burgers te versterken?

Sociaal netwerk

- Welk positief sociaal netwerk moet minimaal aanwezig zijn voor het slagen van de aanpak in de onderzochte praktijken?
- Hoe ervaren de leden van het sociaal netwerk hun betrokkenheid bij de ondersteuning?

1.3 Methodologische verantwoording

De outreachende hulpverlening die sinds enige jaren door Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA) wordt uitgevoerd, is onderzocht. Deze hulpverlening richt zich op de cliënten die tot dan toe niet of nauwelijks bereikt werden: zorgmijders die wel hulp en ondersteuning nodig hebben. Het werk van Stichting MDA is zowel gericht op het versterken van sociale samenhang als op het ondersteunen van mensen in kwetsbare posities. Dit laatste doen zij door 'erop af te gaan' en het netwerk van de mensen te activeren. In het onderzoek is gekeken of activering van bestaande en/of nieuwe netwerken daadwerkelijk leidt tot zelfredzamere burgers. Conform het werkplan is er eerst een literatuurstudie verricht om te kijken wat er bekend is over outreachende aanpak en in het bijzonder over het activeren van sociale netwerken in de hulpverlening. Gekeken is wat de eventuele kritische kanttekeningen zijn die geplaatst kunnen worden bij het activeren van sociale netwerken. Er is gekeken naar relevante onderzoekspublicaties en beleidsdocumenten.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn er verschillende groepen bij het onderzoek betrokken en is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met een combinatie van diverse onderzoeksinstrumenten.

De onderzoeks aanpak bestaat uit:

- Deskresearch: literatuuronderzoek;
- Interviews;
- Observaties;
- Focusgesprekken.

ad. 1 Deskresearch: literatuuronderzoek

Door middel van literatuuronderzoek wordt uitgezocht wat er al bekend is binnen de regionale en (inter)nationale context over de gekozen praktijk, over het verwerven en versterken van sociale netwerken en de effecten daarvan op de zelfredzaamheid. Het bestuderen van (beleids)plannen van de deelnemende praktijken en partijen wordt hierbij betrokken.

ad. 2 Interviews

Om een goed beeld te krijgen van de outreachende aanpak van Stichting MDA is met veel verschillende partijen gesproken. Er zijn interviews gehouden met:

- Professionals van Stichting MDA;
- Vijf cliënten van Stichting MDA;
- Externe professionals die met MDA samenwerken;
- Kennisexperts op het terrein van de outreachende aanpak.

ad. 3 Observatie

Nadat via de verschillende respondenten meer inzicht is verkregen in de outreachende aanpak van Stichting MDA, is er nog een observatie uitgevoerd.

Geobserveerd is hoe professionals op outreachende wijze te werk gaan. Door middel van zo'n observatie ontstaat inzicht in de werkwijze van de professional. Het biedt de mogelijkheid om te zien hoe de interactie met zo'n cliënt verloopt.

ad. 4 Focusgroep

Deskresearch, interviews en observaties geven voor een deel al antwoord op de onderzoeksvragen. Met de focusgroep is verder op zoek gegaan naar de discussiepunten, de verschillen van inzicht en mening, en de overeenstemming tussen diverse partijen.

Er heeft een focusgroep plaatsgevonden met professionals die betrokken zijn bij de outreachende aanpak van Stichting MDA.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt vanuit de literatuur aandacht besteed aan wat er bekend is over outreachend werken, zelfredzaamheid, het activeren van sociale netwerk en de nieuwe sociale professional. Daarbij wordt speciale aandacht besteed aan de wijze waarop sociale netwerken van cliënten geactiveerd (kunnen) worden.

In hoofdstuk 3 wordt de outreachende aanpak van Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA) onder de loep genomen. Er wordt ingegaan op de missie, visie en werkwijze van MDA. Verder wordt er verslag gedaan van de cliënten van MDA die geïnterviewd en geobserveerd zijn tijdens het onderzoek.

In hoofdstuk 4 staat beschreven hoe het activeren van sociale netwerken in de praktijk vorm krijgt. Hiertoe is een aantal interviews uitgevoerd met maatschappelijk werkers van MDA, professionals die met MDA samenwerken en is gekeken naar beleidsstukken van de gemeente Rotterdam.

In hoofdstuk 5 staat beschreven welke lessen er te trekken zijn voor aankomende professionals.

Het rapport sluit af met een aantal conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6. Hierin staan de antwoorden op de onderzoeksvragen verwoord. Daarnaast zijn in deze conclusies de twee dilemma's meegenomen zoals die staan beschreven onder paragraaf 1.1.

2. Literatuuronderzoek

2.1 Effecten maatschappelijke ontwikkelingen op de (kwetsbare) burger

Nederland is in de afgelopen vijftig jaar in hoog tempo veranderd. Burgers zijn vrijer, mondiger en rijker geworden. Sociale bindingen zijn niet langer vanzelfsprekend, maar moeten worden verworven. De sociale infrastructuur stoelt niet langer op traditionele familiale netwerken, maar op nieuwe wederkerige relaties. Dit proces introduceert nieuwe vormen van kwetsbaarheid. Minder binding en structuur betekent immers ook dat mensen gemakkelijker kunnen loskomen van sociale netwerken zonder dat er nieuwe voor in de plaats komen. Er is een groep burgers die daar moeite mee heeft, die niet (meer) meekomt in het nieuwe verkeer van mondige burgers. Dat kan talloze oorzaken hebben: ze kampen met fysieke, psychische of psychiatrische problemen of vervallen tot materiële armoede ²⁾ of omdat ze geen weerstand kunnen bieden aan de verleiding van consumptie (schulden) of genotsmiddelen (verslaving). Een combinatie van deze factoren komt vaak voor. Veel burgers in kwetsbare posities dreigen de verbinding met hun omgeving en de samenleving te verliezen of zijn deze al kwijt.

2.1.1 Effecten van de wmo

De wmo is in 2007 ingegaan en ontwikkelt zich nu verder met aanvullende taken en verantwoordelijkheden. Huidige AWBZ-voorzieningen vallen vanaf 2015 onder het wmo regime. Veranderingen bij het verwerven van werk en inkomen komen onder de Participatiewet. Waar de wmo eerder met name mensen betrof met lichtere zorgvragen, raken de decentralisaties nu ook mensen die kampen met grotere uitdagingen in het leven. Het zorg- en ondersteuningsbeleid wordt nu ook voor mensen met 'zwaardere' zorgvragen en ondersteuningsbehoeften gedecentraliseerd, zoals cliënten met zwaardere GGZ-problematiek, ouderen met dementie of jongeren met een chronische ziekte of met een (licht) verstandelijke beperking.

Zij ontvangen straks ondersteuning die wordt geregistreerd door lokale overheden en die wordt aangeboden door instellingen met wie zij contracten hebben gesloten en vanuit de uitgangspunten van de wmo. De gemeente biedt ondersteuning bij het kunnen voeren van een huishouden en het kunnen onderhouden van sociale contacten, maar ook bij het inzetten van het eigen sociale netwerk. Telkens blijft het adagium: organiseer de zorg en ondersteuning met de optimale inzet van informele zorg én organiseer deze zorg en ondersteuning zo dichtbij als mogelijk. Er is de afgelopen jaren een beweging ingezet naar dat nieuwe gedrag, passend bij een participatiesamenleving. In plaats van een ondersteuningsvraag met een aanbod, wordt naar oplossingen gezocht in samenwerking met de cliënt. Zoveel mogelijk inzet vanuit het eigen netwerk bij de ondersteuning en inzet van eigen kracht zijn daarbij de uitgangspunten. Deze uitgangspunten komen naar voren in een streven naar minder professionele inzet en het optimaliseren van het gebruik van maatschappelijk vastgoed. De aanname is dat efficiency gewonnen kan worden door voorzieningen en locaties te benutten voor meer doelgroepen. En ook door meer te werken met generalistische professionals en vrijwilligers, in plaats van betaalde krachten in te zetten. Bovendien is de gedachte dat kwetsbare burgers zelfredzamer worden wanneer zij hun informele netwerken aanboren alvorens te leunen op publieke zorg en hulpverlening. Ook zou toenemende onderlinge betrokkenheid van burgers de sociale cohesie bevorderen. Deze verwachting is gebaseerd op het zogenaamde 'verdringingseffect': wanneer de overheid te veel zorgtaken overneemt van burgers dan zou de intrinsieke motivatie van mensen om zelf informele zorg te verlenen afnemen. Dit effect is echter lastig empirisch te onderbouwen, vanwege het gebrek aan longitudinaal, internationaal vergelijkbaar onderzoek naar de verhouding tussen formele en informele zorg (Van Oorschot & Arts, 2005). Bovendien is er ook onderzoek dat erop wijst dat een stevige verzorgingsstaat de informele zorgsector juist versterkt (Arts et al., 2003).

2.1.2 Welzijn Nieuwe Stijl

De (rijks)overheid tracht de gewenste ontwikkelingen rond de wmo te sturen door een toepassingskader uit te werken in wat wel 'Welzijn Nieuwe Stijl' (wms) wordt genoemd (zie bijlage).

Hierin worden acht zogenoemde *bakens* geformuleerd:

1. Gericht op de vraag achter de vraag
2. Gebaseerd op de eigen kracht van de burger
3. Direct eropaf
4. Formeel en informeel in optimale verhouding
5. Doordachte balans van collectief en individueel
6. Integraal werken
7. Vrijblijvend, maar resultaatgericht
8. Gebaseerd op ruimte voor de professional

Deze bakens van wns vragen van beroepskrachten zoals maatschappelijk werkers en samenlevingsopbouwprofessionals een andere houding en nadruk op andere kennis en kunde. Welzijn Nieuwe Stijl gaat uit van de mogelijkheden van mensen zelf. Het zoekt naar sociale gemeenschappen waarbij mensen weer bij elkaar betrokken raken. Het bouwt aan sociale structuren waarin mensen samen zelf verantwoordelijk kunnen zijn: 'samenredzaam'. Om dit te bereiken gaat het sociaal werk steeds meer uit van de leef- en belevingswereld van burgers. Zo pleiten Jos van der Lans en Nico de Boer in hun essay *Burgerkracht* (in opdracht van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling) ervoor om burgerkracht stevig te stimuleren. Professionals moeten ondersteunend en faciliterend worden aan de ideeën en initiatieven van burgers. Professionals zullen meer dan voorheen zelf contacten moeten leggen met cliënten en daarbij in de directe omgeving en de leefwereld van cliënten moeten treden.

In Welzijn Nieuwe Stijl en de wmo zit, naast een ideologische overweging, overigens ook een bezuinigingsmaatregel. Het stimuleren van informele en onbetaalde (onderlinge) zorg wordt daardoor vaak in de context van bezuinigingen gepresenteerd. Maar de combinatie van het stimuleren van samenredzaamheid enerzijds en (direct) bezuinigen anderzijds werkt niet altijd goed. Verbinden eist veel tijd en aandacht van sociale professionals, zeker als het gaat om burgers in kwetsbare posities. Verder is overvraging een groot risico van informele zorg, het gevolg hiervan kan zijn dat de zorg weer geheel wegvalt.

Dus zeker in het begin als het gaat om zwaardere problematiek zullen er vaak professionals nodig zijn, maar die moeten dan wel aanvullend en ondersteunend zijn aan wat mensen zelf beslissen, doen en organiseren (Van Doorn e.a., 2013).

2.2 Outreachend werken

Het werken volgens de bakens Welzijn Nieuwe Stijl vraagt om een andersoortige werkwijze van professionals. Outreachend werken wordt daarbij heel belangrijk. De effectieve outreachend werker doorbreekt de negatieve spiraal van steeds verder afglijden van burgers en draait deze om naar een opwaartse spiraal van positieve ervaringen, waarmee zij 'weven aan de samenleving' (DWO, 2012.) Dit is één van de kernwaarden van outreachend werken zoals omschreven door de Stichting Eropaf!: verbindingen leggen en verbindingen herstellen. In feite gaat dit over (her)verbinden van burger en samenleving.

Deze manier van werken is overigens niet nieuw: het hoort al meer dan een eeuw tot de kern van sociaal werk. In het begin bestaat de groep vooral uit 'zorgwekkende zorgmijders'. Ook het outreachend werken met dak- en thuislozen op straat wordt snel geaccepteerd. Maar het letterlijk betreden van de leefwereld (meestal woningen) gaat het sociaal werk nog lang te ver. Inmiddels buitelen de professionals die zich achter de voordeur begeven soms over elkaar heen. De overheid verlangt van instellingen dat zij allemaal achter de voordeur komen. Outreachende hulpverlening wordt nu ingezet voor mensen die tussen wal en schip vallen: mensen die kampen met een veelheid van problemen, variërend van verslaving, psychiatrische problemen, schulden, depressie, vervuiling tot vereenzaming. Maar die géén (adequate) hulp ontvangen.

Hulpverlening kan als outreachend worden aangemerkt als professionals een proactieve houding aannemen en op pad gaan om contact te leggen met cliënten die anders buiten beeld blijven. Er wordt ongevraagd contact gezocht met (groepen) burgers. Direct nadat het contact ontstaat, moet de betrokken professional resoluut omschakelen naar een ondersteunende houding.

Het vraagt in eerste instantie om een directe en soms directieve benadering. In theorie zijn het professionele methoden gericht op het bevorderen van autonomie en zelfbeschikking van burgers. Dat streven wordt sinds 2007 bekrachtigd door de wmo. Outreachend werken gaat over het herstellen en versterken van de verbinding tussen burgers en samenleving. Dat kan door burgers onderling te verbinden, door burgers en professionals te verbinden en door professionals onderling te verbinden.

Specifieke kenmerken outreachend werken

Outreachend werken kent vier specifiek kenmerken:

1. Outreachende professionals werken nauw samen met professionals uit andere disciplines.
2. Zij zijn toegerust met specifieke hulpverleningsmethoden en -technieken, waarbij de meest in het oog springende is dat ze relatief veel tijd aan deze cliënten kunnen besteden en, indien nodig, gedurende een lange periode.
3. Aan outreachend werken worden specifieke organisatorische voorwaarden gesteld.
4. Er zijn specifieke ethische dilemma's en legitimeringsvragen aan verbonden (Stoelenga, 2004).

Andere stappen in het hulpverleningstraject

Bij outreachende hulpverlening is maatwerk nodig omdat elke cliënt uniek is. Dat vraagt om andere stappen, aangepast aan het betreffende niveau en de wensen in kwestie en aan het individuele verloop van het proces. Er is wel een aantal bijzondere ingrediënten te onderscheiden die in vrijwel alle trajecten terugkeren en die outreachende hulpverlening haar specifieke 'smaak' geven: een aantal professionele vaardigheden en interventiestrategieën dat outreachende professionals in een bepaalde volgorde inzet. Bij outreachende hulpverlening wijkt met name het begintraject af van wat gebruikelijk is in de hulpverlening: de eerste contactlegging verloopt wezenlijk anders omdat cliënten zichzelf niet komen aanmelden. Wanneer het contact eenmaal gelegd is, is er nog steeds een verschil in werkwijze te bespeuren, maar minder opvallend.

De werkwijze van de outreachende aanpak bestaat uit een aantal verschillende fasen.

Fasen outreachende aanpak

Het begint met de fase van signalen verzamelen. Nog niet aangemelde probleemsituaties moeten bij outreachende professionals in beeld komen. Het opsporen van cliënten is een cruciaal onderdeel van outreachende hulpverlening. Er zijn strategieën nodig om signalen op te vangen. Vervolgens is er de voorfase, waarin de potentiële cliënt is aangemeld. Maar men stapt er niet direct op af. In de voorbereidingsfase wordt een besluit genomen over het al dan niet verzamelen van voorinformatie (meestal buiten medeweten cliënt om). Er wordt een analyse gemaakt van de situatie om te beoordelen of de cliënt geschikt is voor de aanpak. En er wordt een strategisch plan van aanpak opgesteld. Dan wordt het eerste contact met de cliënt gelegd. De houding van de professional is daarbij essentieel. De professional moet geloven in wat hij doet en dat uitstralen. Een bepaalde mate van doortastendheid en brutaliteit is daarbij onontbeerlijk. Wanneer de professional bij de cliënt thuis is, kan hij signaleren en strategie bepalen. De professional observeert, maakt inschattingen en besluit direct hoe te handelen welke positie of strategie te kiezen. Dan kan er aangesloten worden bij de directe noden van de cliënt. De probleemdefinitie van de cliënt krijgt in deze fase de volle aandacht. De professional probeert te achterhalen welke problemen de cliënt ervaart en welke het meest urgent zijn. Er volgt aandacht voor het levensverhaal en emoties. Cliënten in de outreachende hulpverlening hebben vaak grotere behoefte om hun verhaal te vertellen, desnoods tien keer opnieuw. Daar is ook ruimte voor. De problemen worden ontrafeld en crisissen in perspectief geplaatst. Achterliggende problemen worden bespreekbaar gemaakt. De professional begint voorzichtig met de cliënt te onderhandelen: over wat de cliënt zelf wil dat er voor hem of haar wordt gedaan en over wat de professional vindt dat goed is voor hem of haar.

Kenmerken outreachend professional

Belangrijk in het hele proces is dat de professional betrouwbaar is in woord en daad, transparant is en tempo aanhoudt om argwaan (die er vaak is) weg te nemen. Het ambitieniveau van deze cliënten ligt in aanvang meestal lager dan bijvoorbeeld van cliënten van maatschappelijk werk. De doelen moeten in eerste instantie niet te hoog worden gesteld, maar realistisch en haalbaar zijn. Het versterken van het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van cliënten belangrijk is, omdat zij vaak een laag zelfbeeld hebben. Verder bemiddelen hulpverleners tussen de cliënt en zijn omgeving, om bij cliënten duidelijk te maken hoe hun gedragingen uitwerken op instanties, professionals, buurtbewoners, etc. Aan de andere kant probeert de professional bij de omgeving begrip te kweken voor het gedrag van de cliënt. De professional probeert ervoor te zorgen dat de cliënt het leuk vindt dat de professional blijft langskomen. Verder beweegt de professional zich op de grenzen van het toelaatbare en balanceert tussen uitersten. Het gaat om een juiste balans tussen meeveren en grenzen stellen, tussen volgen en leiden, tussen sanctioneren en belonen en tussen persoonlijke betrokkenheid en distantie. Tot slot wordt er een contract afgesloten, waarbij er geen eenduidige termijn gehanteerd wordt voor de hulpverleningsduur (Stoelinga, 2004).

2.3 Activering sociale netwerken

2.3.1 Inschakelen van sociale netwerken in sociaal werk

Het inschakelen van sociale netwerken in zorgprocessen is het sociaal werk niet vreemd. Het blijft wel zoeken hoe het concreet vorm gegeven moet worden in de praktijk. De uitgangspunten zijn eenvoudig te benoemen: schaarste aan professionele zorg kan deels opgevangen worden door de zorgkracht van sociale netwerken te ontginnen.

Mensen uit het netwerk willen vaak graag iets betekenen. Het gebeurt dan vanuit de eigen leefwereld en niet vanuit de systeemwereld. Het voordeel hiervan is dat de ondersteuning niet alleen tijdens kantooruren beschikbaar is. Verder kent het netwerk vaak de problemen en valkuilen en meestal de oorzaak van de problemen. De impact van het netwerk is anders dan die van professionals die hun cliënt vertellen dat ze iets niet goed doen. Het netwerk is dichtbij en heeft daardoor sneller zicht op wat wel en niet goed gaat. Er is vaak sneller zicht op wat wel en niet kan. Sociaal werkers moeten durven vertrouwen op het oordeel van burgers en hun netwerken en moeten leren de problemen en oplossingen bij de mensen zelf te laten (Van Doorn e.a., 2013).

Een mooi voorbeeld van het inschakelen van het sociale netwerk is het feit dat er naast de uitgebreide collectieve gezondheidszorg veel mantelzorg wordt verleend. Recente cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) laten zien dat ruim 2,3 miljoen Nederlanders langdurige mantelzorg verstrekken (Sadiraj, et al., 2009). Ook blijkt er een grote principiële bereidheid tot het verlenen van zorg aan naasten: 78% van de Nederlandse bevolking vindt dat je hulp moet geven aan familie in tijden van tegenspoed.

2.3.2 Kanttekeningen bij het activeren van sociale netwerken

Over het gebruik maken van je sociale netwerk kunnen wisselende dingen gezegd worden. Uit onderzoek blijkt vaak dat het merendeel van de Nederlandse bevolking anderen graag helpt. Eveline Tonkens, hoogleraar actief burgerschap in Amsterdam noemt dit het 'altruïsme overschot'. Maar aan de andere kant constateert Lilian Linders in een onderzoek in Eindhoven dat de onderlinge steun tussen burgers moeizaam verloopt vanwege vraagverlegenheid aan de ene kant en handelingsverlegenheid aan de andere kant. Zij suggereert dat sociale professionals hier verbindingsmakelaar kunnen zijn.

Ook uit een ander onderzoek blijkt dat de bereidheid om hulp te ontvangen van naasten minder groot is dan die om hulp te verlenen. Een meerderheid geeft de voorkeur aan formele hulpbronnen wanneer zij zorgbehoevend worden (De Boer, 2007). Bovendien bestaat het risico dat kwetsbare groepen met een klein of zwak sociaal netwerk en beperkte vaardigheden tussen wal en schip vallen. Linders (2010) wijst er in haar proefschrift op dat veel kwetsbare mensen eerder geneigd zijn te lang te wachten met het zoeken naar professionele hulp dan dat zij te vroeg hulp inschakelen. Er lijkt dus een rem te zitten op de uitbreiding van informele zorg die eerder voortvloeit uit de beschroomdheid van hulpbezoekenden om informele zorg te vragen, dan uit het gebrek aan zorgzaamheid binnen het netwerk. Met name in het vragen van hulp aan vrienden, kennissen, burens en verre familieleden zijn mensen terughoudend: het uitspreken van een zorgbehoefte brengt hen in verlegenheid (Linders, 2010). Ook uit ander onderzoek blijkt dat te zeer rekenen op eigen kracht en zelfredzaamheid van kwetsbare personen en hun sociale netwerk een averechts effect kan hebben. Niet alleen verhoogt het de drempel om hulp te vragen, het kan er ook toe leiden dat problemen zich onnodig opstapelen zodat mensen pas (terug) komen als het water ze aan de lippen staat (Scholte, 2010).

Wat verder speelt is dat de relatief grote sociale afstand een bepaalde wederkerigheid in de relatie vraagt, die een hulpbezoekende burger niet kan of wil aangaan. Bij naaste familieleden speelt het aspect van wederkerigheid mogelijk een minder grote rol, aangezien binnen de familie de vanzelfsprekendheid om voor elkaar zorgen groot, zo niet overheersend is (Finch & Mason, 1993; Timmermans & Pommer, 2008).

2.3.3 Het bestaande netwerk in kaart brengen

Bij veel cliënten moet er vaak eerst (bijna letterlijk) puin geruimd worden. Toch kan de sociaal werker ook dan direct insteken op de sociale contacten die er nog zijn, of die er voorheen nog waren. Een van de eerste vragen die de outreachend werker aan zijn cliënt zou moeten vragen is: 'Wie uit uw omgeving zou u hierbij kunnen helpen?' Hiermee wordt direct een verbinding met het netwerk van de cliënt gelegd. De sociaal werker krijgt zo zicht op het netwerk, maar ook op de hobbels die zich hierbij voordoen. Noemt de cliënt vooral professionals en organisaties of noemt hij ook mensen uit zijn persoonlijke sociale netwerk? Een beperkt sociaal netwerk verkleint de zelfredzaamheid en zorgt ervoor dat iemand sneller risicogedrag vertoont. Ook is de zelfwaardering en het zelfvertrouwen van personen met een klein netwerk in veel gevallen laag. Omgekeerd kan een sociaal netwerk ook de eigen regie versterken. Het sociale netwerk van een cliënt moet dus eerst in kaart gebracht worden. Dit om verergering van problemen en overbelasting van de cliënt te voorkomen. Relevante technieken die daarvoor gebruikt worden zijn genogrammen, ecomaps en ecogrammen. Samen met de sociaal werker brengt de cliënt in kaart of en hoe hij het netwerk zou kunnen herstellen. Dit gebeurt veelal niet in één gesprek. De sociaal werker ondersteunt bij het hervinden van zelfvertrouwen en bij de gedachte dat het mogelijk is om het verloren gewaande netwerk weer te herstellen. Het is belangrijk om hierin kleine stappen te waarderen. Zo bouwt iemand weer zelfvertrouwen op en krijgt hij minder de neiging om zich uit sociale relaties terug te trekken.

2.3.4 Insteken op nieuwe contacten

Naast het in beeld krijgen van het netwerk dat is weggevallen kan de sociaal werker ook insteken op nieuwe sociale contacten. Bijvoorbeeld contact met burens, een cursus volgen. De sociaal werker moet zoeken naar het 'juiste'. Aan de ene kant een proactieve houding hebben, aan de andere kant een stap terug kunnen doen en kunnen motiveren tot inzet van het eigen netwerk van de cliënt.

2.3.5 Problemen bij mobiliseren sociaal netwerk

De rol die het sociale netwerk idealiter inneemt in de gewenste participatie samenleving is een grotere dan nu het geval is. Hier gaat de aanname achter schuil dat er nog onbenut en goed in te zetten hulp-potentieel in het sociale netwerk van cliënten te vinden is. Uit onderzoek blijkt dat bij cliënten met zwaardere zorgvragen veelal sprake is van een beperkt sociaal netwerk met weinig mogelijkheden tot extra ondersteuning. Daarnaast spelen ook eigen normen en waarden met betrekking tot vertrouwen, gender en deskundigheid een rol bij het accepteren van hulp uit het eigen sociale netwerk. De wijk en de buurt wordt lang niet altijd als logische plek ervaren waar steun vandaan kan komen. Cliënten geven zelf aan dat zij wel een groter sociaal netwerk zouden willen hebben, maar dat zij hen niet met de zorg zouden willen 'opzadelen'. Ook blijkt uit dit onderzoek dat professionals een cruciale rol spelen: hoewel het initiatief zo veel mogelijk bij cliënten wordt gelaten, vormen zij toch de veilige basis om op terug te kunnen vallen (Houten, 2013).

2.4 De nieuwe sociale professional

Sociale professionals blijven grote moeite hebben om zich los te weken van protocollen en procedures. Een strak geprotocolleerde manier van werken verhindert aansluiting bij de leef- en belevingswereld van burgers. Het moeten voldoen aan formele vereisten en de beperkt beschikbare tijd staan echt contact maken en present zijn in de weg (Van Doorn e.a., 2013).

Sociale professionals die outreachend werken krijgen en nemen de ruimte en hebben de nodige vaardigheden. Zij stellen de cliënt en zijn sociale context centraal en kijken van daar uit wat er nodig is. Ze werken vraaggericht en zijn in staat om samen met de cliënt de hulpvragen helder te maken. Outreachend werkers volgen de plannen, ideeën en capaciteiten van hun cliënt en zijn omgeving, behalve wanneer veiligheid, wetgeving en/of maatschappelijk draagvlak in het geding komen. Zo nodig kunnen zij ook sturen en overnemen, omdat het onrechtvaardig is om te verwijzen naar eigen verantwoordelijkheid wanneer vaardigheden en/of draagvlak ontbreken.

Paradoxaal genoeg betekent het bevorderen van informele zorg en sociale verbindingen juist ook investeren in andere, meer generalistische, sociale professionals. Van deze professionals verwachten we dat zij op hun beurt in zichzelf en hun ambacht investeren door het (verder) ontwikkelen van hun outreachende, ondersteunende, verbindende en versterkende kwaliteiten. Deze ontwikkeling is vooral inductief. Professionals leren dus vooral van hun ervaringen in de praktijk, niet op basis van protocollen of handelingsmodellen. Wetenschappelijke kennis, methodische kennis en ervaringskennis komen samen om op basis daarvan nieuwe vormen van sociaal werk te creëren. Ambachtelijke handelingsruimte én de mogelijkheid om innovatieve en creatieve oplossingen te vinden, wordt vaak beperkt door procedures en de focus op productresultaten. Van het verschuiven van probleemgericht werken naar kansgericht werken komt dan weinig terecht. Vervelende bijkomstigheid is dat veel taken en functies in de sociale sector zo probleemspecifiek zijn geworden dat professionals niet meer in staat zijn om er met een generalistische blik naar te kijken (Van Doorn e.a., 2013).

2.4.1 Competenties professionals

In 2004 (Stoelinga) werden de volgende competenties beschreven voor de 'ideale' outreachende professional. De betreffende competenties zijn ten dele aan te leren en ten dele een 'gave'. Het is iemand die:

- Een groot hart heeft en over levenservaring beschikt;
- Een authentieke persoonlijkheid heeft en zich niet achter een aangemeten professionele rol verschuilt;
- Oprecht geïnteresseerd is in de cliënt en echt wil weten wat deze ervaart en beleeft, wil en voelt. Iemand die goed kan luisteren, de goede vragen stelt en aandacht kan geven en die de taal van de omgeving spreekt;
- Voelsprietten heeft, die intuïtie als leidraad neemt in handelen;
- Volhardend is en wil blijven investeren, oftewel iemand met een 'pitbull-mentaliteit';
- Andermans (culturele) gewoonten en gebruiken respecteert en niet normerend is. Hij of zij neemt niet zichzelf als maatstaf voor hoe andere mensen moeten leven, is niet veroordelend en kan de ander in zijn of haar waarde laten;

- Een pragmatische instelling heeft, 'straight' reageert en niet snel geïntimideerd raakt door stevig taalgebruik of hoekige omgangsvormen;
- Kan schakelen tussen de leefwereld van de cliënt en de systeemwereld van de instanties.

De eerste van deze competenties zijn lastig aan te leren en zitten 'van nature' in de professional: een groot hart hebben, over levenservaring beschikken en een authentieke persoonlijkheid hebben. Ten dele geldt dit ook voor de andere competenties, alhoewel deze ook enigszins aan te leren zijn.

Begin 2013 zijn door MOVISIE tien competenties beschreven waarmee de sociale professional 'wmo-proof' kan werken. Een aantal mbo- en hbo-scholen zetten de competenties in als uitgangspunt voor het opleiden van een nieuwe generatie sociale professionals. Als eerste hogeschool leidt de Christelijke Hogeschool Ede een nieuwe generatie sociale professionals op die in hun toekomstige baan volledig 'wmo-proof' zullen werken.

De competente professional:

- Verheldert vragen en behoeften
- Versterkt eigen kracht en zelfregie
- Is zichtbaar en gaat op mensen af
- Stimuleert verantwoordelijk gedrag
- Stuurt aan op betrokkenheid en participatie
- Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak
- Werkt samen en versterkt netwerken
- Beweegt zich in uiteenlopende systemen
- Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen
- Benut professionele ruimte en is ondernemend

2.4.2 De generalist

Van de nieuwe outreachende (generalistische) professional verwachten we veel. Duizendpoot en verbindingsmakelaar tegelijk. Deze sociaal generalisten leggen verbindingen, kennen hun wijk en de bewoners, werken oplossings- en contextgericht, zijn present bij burger en buurt, volgen de burger als dat kan, bieden ondersteuning waar nodig, laten zich niet leiden door procedures, doorbreken zo nodig grenzen, werken effectief samen en hebben voldoende handelingsruimte. Het zijn professionals met veel handelingskennis en reflectief vermogen.

De generalistisch sociaal werker beheerst de principes van het 'social case work', maar ook van materiële hulp- en dienstverlening, van groepswerk en opbouwwerk. Hij denkt en handelt outreachend, zoekt de vraag achter de vraag en neemt niet direct genoegen met een 'nee' gebaseerd op de regels van de systeemwereld. Hij is vooral aanwezig en weet hoe hij vanuit de context situaties kan beïnvloeden zonder zelf een centrale positie in te nemen. Hij weet hoe samenhangende sociale structuren ontstaan en gestimuleerd kunnen worden. De sociaal generalist is specialist van het alledaagse leven en voorkomt zoveel mogelijk dat vraagstukken of problemen zo uitgroeien dat vakspecialisten nodig zijn. Terwijl hij juist ook weet wanneer specialisten betrokken moeten worden. Over wie hij, samen met de betrokken burgers, de regie voert en die zonder problemen aan hen verantwoording afleggen. De sociaal generalist is zowel leidend als dienend. Leidend ten aanzien van de systeemwereld en de -mogelijke- rol van specialisten en dienend ten aanzien van cliënten en hun sociale omgeving. Ideaal is het wanneer de sociaal werker bij het leggen van het eerste contact een partner mee kan nemen. Dat kan een collega-professional zijn, maar ook een betrokken buurtbewoner. Of een ervaringsdeskundige die kan mee redeneren vanuit de leefwereld van de cliënt. (Van Doorn e.a., 2013).

2.4.3 De outreachende werker

Moderne outreachende werkers zijn evenwichtskunstenaars. Ze balanceren op een dun koord waarbij ze zoeken naar het wankele evenwicht tussen uitersten.

De eerste balans die gevonden moet worden is het antwoord op de vraag 'wanneer erop af en wanneer niet?' Ze opereren op de smalle scheidslijn tussen betutteling en nalatigheid. De vraag naar legitimering van handelen is cruciaal en moet telkens gesteld worden. Een sterk ontwikkeld gevoel voor de vraag wanneer het gerechtvaardigd is om erop af te gaan en wanneer niet is belangrijk. In de tweede plaats zijn outreachend werkers erop gericht om de eigen krachten te ondersteunen en te versterken. Ze balanceren constant tussen regie overnemen en regie versterken. De derde balans gaat over contact maken, nabij blijven en het opbouwen van een sterke persoonlijke band en anderzijds juist eigen kracht aanboren, deze versterken en cliënten weer loslaten. In de vierde plaats zoeken outreachend werkers steeds naar de balans tussen individu en collectief. Directe individuele hulpverlening verschuift

langzaam maar zeker naar ondersteuning van netwerken en versterken van sociale samenhang. Dit vraagt om presentie en – binnen de sociale context – doordacht subtiel handelen (Schlatmann, 2012).

De vijfde balans gaat over evenwicht tussen ambachtelijke handelingsruimte waarmee outreachend werkers hun cliënten kunnen helpen zoeken naar creatieve en onorthodoxe oplossingen buiten de gebaande paden aan de ene kant en regels, protocollen en productresultaten aan de andere kant. Ze maken verbinding en werken in het niemandsland tussen systeem- en leefwereld.

Tenslotte balanceren outreachend werkers tussen generalisme en specialisme. Ze positioneren zich als generalisten omdat ze doen wat nodig is voor de cliënt. Daarnaast zijn ze specialisten: goed in contact maken en houden, uitblinken in communicatieve vaardigheden en doortastendheid, sterk bedreven in het invoegen in het sociale systeem en de leefwereld van de cliënt. Ze zijn specialisten van het dagelijks leven. (Van Doorn e.a., 2013).

3. De outreachende aanpak van MDA

3.1 Missie en visie MDA

Maatschappelijke Dienstverlening Alexander (MDA) is een organisatie in maatschappelijke dienstverlening en biedt vraaggerichte dienstverlening aan de burgers van de deelgemeente Prins Alexander in Rotterdam. De diensten en producten van MDA komen voort uit de volgende visie en missie.

Doelstelling MDA

MDA heeft als doelstelling om burgers van de deelgemeente Prins Alexander die problemen in hun persoonlijk functioneren ondervinden zo licht mogelijk te ondersteunen zodat burgers met hun problemen kunnen omgaan en zelfstandig kunnen (blijven) functioneren en meedoen aan de samenleving. De dienstverlening is gericht op zelfredzaamheid en zelfstandigheid en wordt geboden in aansluiting op de burger en diens sociale omgeving.

Integraal samenwerken

Er wordt integraal samengewerkt. In de eerste plaats met de burger en diens sociale netwerk. Wanneer het sociaal netwerk niet toereikend is of ontbreekt, richt de dienstverlening zich eerst op de ontwikkeling en/of uitbreiding van het netwerk van de betreffende burger. Voorts wordt er integraal samengewerkt met vrijwilligers, externe professionals en (in)formele netwerken (Werkplan MDA, 2015).

De samenwerking binnen MDA wordt integraal vormgegeven door alle medewerkers: beroepskrachten en studenten en/of vrijwilligers, met eigen taken en verantwoordelijkheden. MDA werkt met integrale ondersteuningsarrangementen, waarbij niet volgordelijk, maar gelijktijdig de zelfredzaamheid en in co-creatie met de burger wordt versterkt.

In het arrangement worden taken en verantwoordelijkheden van informele en formele diensten, door middel van taakdifferentiatie uitgezet en 'dubbelingen' worden voorkomen.

In contact komen met MDA: zelf of via outreachende benadering

Mensen kunnen zelf contact opnemen met MDA. MDA komt ook in actie naar aanleiding van eigen analyses en signalen vanuit de omgeving. MDA benadert cliënten outreachend ³⁾. MDA sluit aan bij de situatie waarin de burger zich bevindt en gaat van daaruit aan het werk. MDA biedt dienstverlening op maat en zo beperkt mogelijk in frequentie, (doorloop)tijd en intensiteit. De dienstverlening van MDA is toegankelijk voor alle burgers. Daar waar mensen op basis van zelfredzaamheid van andere 'hulpbronnen' gebruik kunnen maken, verwijst MDA in overleg met betrokkene door.

3.2 Werkwijze MDA

De werkwijze van MDA kenmerkt zich door een integrale aanpak. Deze wordt vormgegeven door een combinatie van het eigen netwerk van de burger, vrijwilligers, studenten en beroepskrachten. Daarnaast door vraaggericht werken, vanuit een generalistische benadering ⁴⁾. Oftewel vanuit een brede kijk. En door het centraal stellen van de burger en zijn/haar sociale netwerk in de dienstverlening. De inzet van vrijwilligers/studenten heeft daarin een grote plaats ingenomen, waarmee MDA-bijdraagt aan het verhogen van participatie. Deze integrale en outreachende wijze van werken sluiten goed aan op het gebiedsgericht (net-)werken en biedt flexibiliteit ten aanzien van vragen zoals die zich in de wijk voordoen.

MDA participeert in het landelijk onderzoekstraject van Movisie/Inholand: Sociaal Werken in de Wijk in het kader van het stimuleringsprogramma van ministerie vws: 'Welzijn Nieuwe stijl' (2011) ⁵⁾ gericht op participatie en eigen kracht. Het werk van de 'generalisten' van MDA is onderzocht en beschreven ⁶⁾. Daarnaast heeft MDA deelgenomen aan de ontwikkeling van een nieuw cliëntvolgsysteem 'Dichterbij' dat is gebaseerd op gebaseerd op Welzijn Nieuwe Stijl (Movisie, 2013). De outreachende en integrale werkwijze van MDA sluit aan bij de acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl die zijn gestart vanuit het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (vws), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (vng) en de mogroep Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening (zie bijlage).

De acht bakens inspireren, stimuleren en bieden concrete handreikingen om de lijn van vernieuwing in de wmo te versterken.

3.3 De outreachende aanpak

Binnen MDA bestaat de reguliere aanpak (de cliënt meldt zichzelf aan) naast de outreachende aanpak (MDA gaat zelf naar de cliënt toe). In de praktijk blijkt dat veel 'reguliere cliënten' die eerst zelf contact hebben opgenomen met MDA op een gegeven moment toch afhaken (zorgmijdend worden). Dit kan velerlei oorzaken hebben. Bijvoorbeeld omdat men niet of heel kort voldoet aan de gestelde voorwaarden, zoals (op tijd) op de afspraak komen, de juiste papieren bij zich hebben. Anderen stellen zich verwijtend of juist heel bescheiden op en haken na een eerste gesprek weer af. Er is dan alsnog een outreachende aanpak nodig. Het outreachende zit in het '*vroegtijdig signaleren, erop af gaan en niet loslaten*'. Er wordt met allerlei partijen samengewerkt, zoals de politie, het Lokaal Zorgnetwerk (LZN) ⁷), het Lokaal Team Huiselijk Geweld (LTHG) ⁸) de huisarts en woningbouwcorporaties. Deze partijen hebben een signalerende functie. Signalen kunnen ook vanuit de wijk komen: van de pastoraal werker uit de wijk, de huismeester, burens of opbouwwerkers. Een signaal is bijvoorbeeld een verwaarloosd balkon of huurachterstand.

3.3.1 Succesvolle elementen outreachende aanpak

De aanpak vanuit het outreachende team is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid en de inzet van het sociale netwerk van de cliënt. Zoals de maatschappelijk werkers het mooi verwoorden '*outreaching werken is onderzoekend maatschappelijk werk bedrijven*'. Ze proberen contact met de cliënt te krijgen (wat vaak de nodige tijd kost), het netwerk te onderzoeken, informatie te verzamelen over de cliënt en de vraag achter de vraag te achterhalen.

Daarnaast is outreachend werken ook een houding van hoe je in je werk staat. *'Niet ik ga het voor je oplossen, maar naast iemand gaan staan en kijken wat er aan de hand is en nodig is'*. Het gaat om het gezamenlijk met de cliënt oplossen van problemen.

Binnen de outreachende aanpak treedt de pastoraal werker ook vaak op als contactpersoon voor cliënten. Het komt voor dat MDA hem vraagt een cliënt te bezoeken. Dat is meestal het geval als mensen *'weinig gemotiveerd zijn'* of hun *'verhaal niet op orde krijgen'* en als er sprake is van *'zingevingsproblematiek'*. Bij *'zingeving'* gaat het dan om de vraag *'wat een persoon zelf wil met zijn of haar eigen leven'*. Als een persoon dat niet weet is er sprake van zingevingsproblematiek en is er inherent daaraan geen intrinsieke motivatie. Op die zingevingsproblematiek ligt de expertise en specialisme van de pastoraal werker. MDA heeft daarin minder expertise en ook minder tijd. De pastoraal werker ziet zichzelf hierin als *'een verlengstukje'* van MDA. Het al dan niet religieus zijn van een cliënt speelt hierbij geen rol.

Maatschappelijk werkers van MDA geven als succesvolle elementen van de aanpak aan dat ze mensen bereiken die zorg mijden of vraagverlegen zijn. Ze werken preventief doordat de professional tijd heeft om contact en een vertrouwensband op te bouwen met de cliënt. De cliënt is daardoor eerder geneigd om hulp te accepteren. Verder hebben ze *'een hele lange adem'*: ze blijven proberen om ergens binnen te komen. Daar krijgen ze ook ruimte en tijd voor. De manager van het outreachende team voegt hieraan toe dat het niet de bedoeling is dan maatschappelijk werkers urenlang bij de cliënt doorbrengen. Maar er wordt in een bepaalde fase wel een *'diepte-investering'* geleverd om vertrouwen van de cliënt te krijgen en de (financiële) zaken van de cliënt op orde te krijgen. De ervaring is dat daarna de intensiteit en de frequentie van het contact weer afneemt.

In het algemeen wisselt de frequentie en de intensiteit van de contacten heel erg, wat in de praktijk goed blijkt te werken. Soms blijkt even langsgaan of een kort telefoongesprek alweer voldoende om de cliënt (zelfs bij ernstige zaken) weer verder vooruit te helpen. De manager geeft aan dat er voor maatschappelijk werk in 2014 en 2015, 1.200 casussen afgerond moeten worden. Eerdere jaren waren het rond de 700 casussen.

Dit blijkt haalbaar dankzij de nieuwe werkwijze waarbij maatwerk wordt geleverd, door de kanteling naar de integrale dienstverlening met het eigen netwerk én door de inzet van studenten en vrijwilligers. Deze manier van outreachend werken heeft MDA veel kennis en inzicht gebracht.

De maatschappelijk werkers van MDA hebben contacten met alle netwerkpartners: ketenpartners, schoolmaatschappelijk werk en sleutelfiguren. Daardoor kent men elkaar, zijn de lijnen kort en kan er gezamenlijk worden gekeken hoe cliënten geholpen kunnen worden. Er wordt gefocust op de zelfredzaamheid van de cliënt. Het kost veel tijd en is *'gemakkelijker gezegd dan gedaan'*, maar de cliënten worden er sterker van. Als cliënten verminderd zelfredzaam blijven, dan wordt er iemand bij gezocht (een vrijwilliger of iemand vanuit het maatjesproject). Tot slot wordt aangegeven dat het *'naast de cliënt staan'* een succesvol element van de aanpak is. Ze bekijken samen met de cliënt de problemen. De problemen worden niet *'van bovenaf'* bekeken.

Externe professionals ⁹⁾ geven aan zeker overtuigd te zijn van de voordelen van de outreachende aanpak. Zij geven ook een aantal succesvolle elementen van de outreachende aanpak aan. Zo geven zij aan dat de wachttijd van intake tot daadwerkelijke hulpverlening aanzienlijk wordt verkort. Voor de cliënten wordt de fysieke en mentale afstand tot de professionele hulpverlening verkleind. Ook worden er burgers bereikt die anders nooit op eigen kracht de weg naar de hulpverlening weten te vinden. De cliënten waarderen de laagdrempeligheid en langdurige inzet van dezelfde professional. Er ontstaat eerder een vertrouwensband en de hulpverlening wordt eerder geaccepteerd door de cliënten. Tot slot wordt aangegeven dat er kan worden teruggevallen op dezelfde maatschappelijk werker na het sluiten van de casus en bij terugval door de cliënt.

3.3.2 Risico's outreachende aanpak

Naast de succesvolle elementen van de outreachende aanpak geven de maatschappelijk werkers ook een paar risico's van de aanpak aan:

- Per casus moet steeds een afweging worden gemaakt waar de grens van de hulpverlening ligt. Hoe ver ga je in het contact leggen met de cliënt en het aanbieden van hulp? MDA gaat – zoals ze zelf aangeven – best wel ver in die aanhoudende inspanning en laat mensen niet snel los, zeker niet wanneer er kinderen in het spel zijn.
- Aan de inzet van informele hulp zitten grenzen. Het is geheel afhankelijk van de problematiek en de cliënt waar het om gaat. Cliënten vinden het bijvoorbeeld niet fijn wanneer ze schulden hebben en de buurman wordt ingeschakeld. Daarnaast blijkt dat er veel mensen zijn die nauwelijks een sociaal netwerk hebben.

De pastoraal werker voegt hier aan toe:

- Als er geen sprake is van intrinsieke levensmotivatie blijft alle professionele inzet kwetsbaar en is de kans op 'terugval' heel groot. Veel problemen zijn daardoor niet zomaar oplosbaar.

In hoofdstuk 5 worden nog de nodige aandachtspunten genoemd bij het bevorderen van zelfredzaamheid van cliënten en het inschakelen van het sociale netwerk.

3.3.3 Visie vanuit de kennisexperts ¹⁰⁾

In het onderzoek zijn twee kennisexperts bevroegd over de outreachende aanpak van MDA. Zij zijn bij het onderzoek betrokken vanwege hun (theoretische) kennis en hun onafhankelijke visie met betrekking tot het thema. Aan de kennisexperts is gevraagd hoe zij denken over de outreachende aanpak van MDA. Daaruit komt het volgende beeld naar voren. Aangegeven wordt dat er goede resultaten te boeken zijn met de 'outreachende aanpak'. Vaak neemt de professional bij praktische problemen de regie en stippelt met de cliënt een route uit.

Tegelijkertijd werkt de professional aan het bevorderen van eigen kracht en eigen netwerk door met de cliënt de mogelijkheden te verkennen en de cliënt daarin te stimuleren. *'Een goede outreachend-werker werkt aan beide kanten'*. Kanttekening hierbij is wel dat voor veel mensen de outreachende aanpak werkt, maar dat voor bepaalde groepen zoals (langdurige) sociaal geïsoleerden die situatie echter wel complexer ligt. Een andere kanttekening is dat de outreachende aanpak van MDA een signaalgestuurde manier van werken is, waarbij de kans groot is dat dan lang niet alle zorgmijders in beeld komen.

Als sterke punten van de outreachende aanpak noemen de kennisexperts:

- Het is een goede manier om in contact te komen met 'moeilijk bereikbare' cliënten.
- Het is een goede manier om snel te kunnen inschatten of laagdrempelige en kortdurende hulpverlening met inzet van eigen kracht en eigen netwerk voldoende is, of dat de professional langer de vinger aan de pols moet houden of dat er een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening nodig is.
- MDA zit dicht op de leefwereld van de burger.
- MDA werkt vanuit een generalistische aanpak.

Het outreachende team van c is goed in staat om in te schatten welke vorm van hulpverlening nodig is en ze krijgen ook de ruimte en ondersteuning van de organisatie om de rol van 'generalist' te vervullen. Want de 'outreachende' rol is heel anders dan de rol van de 'klassieke maatschappelijk werker'. De 'outreachende werker' moet veel meer dan de 'klassieke maatschappelijk werker met zijn of haar 5-gesprekken model' goed luisteren naar de cliënt, samen met de cliënt de mogelijkheden van eigen kracht en eigen netwerk onderzoeken en een maatgericht stappenplan uitvoeren. Dat kost tijd, geld en vereist andere vaardigheden, en *'die ruimte moet je dan wel krijgen van je organisatie'*.

3.3.4 Beoordeling van de hulpverlening

Het werk van MDA wordt geëvalueerd. Er wordt gewerkt met intercollegiale coaching/intervisie en daarnaast is er een opleidingsplan/budget dat uitgevoerd wordt waaronder ook de mogelijkheid van (individuele) interventie of coaching bestaat. De medewerkers die als maatschappelijk dienstverlener zijn opgeleid zijn ingeschreven in het beroepsregister en hebben daardoor ook regelmatig bij/na scholing, waarvan actief gebruik wordt gemaakt.

Wanneer het gaat om de hulpverlening aan cliënten wordt er inzicht verkregen aan de hand van de ZRM waarmee vanaf 2013 gewerkt wordt. Deze wordt aan het begin en einde van het traject afgenomen en geregistreerd. Op deze manier kan inzicht worden verkregen in de scores van de cliënten op de elf domeinen van de ZRM en houdt MDA bij op welke domeinen cliënten vooruitgang boeken.

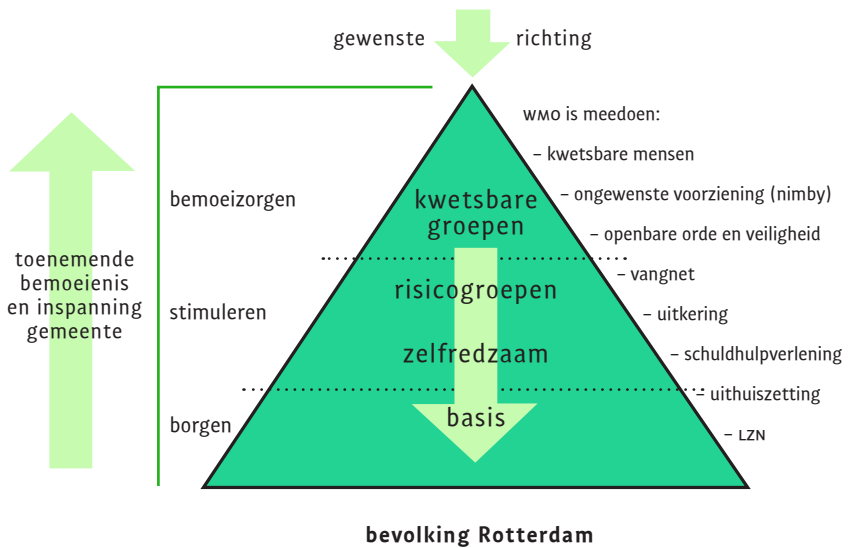
3.4 De cliënten van MDA

3.4.1 Kwetsbare burgers

De dienstverlening van MDA wordt ingezet voor kwetsbare burgers. Bij de maatschappelijk werkers bestaat wel het idee dat de hele kwetsbare burgers bereikt wordt, met name omdat MDA veel contact heeft met partijen als het LZN. Maar ze geven zelf aan dat ze niet het idee hebben dat ze iedereen in beeld hebben. 'Laat die deuren maar dicht, want dat gaan we allemaal niet trekken.' Het LTHG geeft aan dat ze zo'n 250 meldingen per jaar binnen krijgen. Maar gezien het aantal inwoners van de deelgemeente Prins Alexander, denken ze dat het pas het topje van de ijsberg is.

Kwetsbaarheid kenmerkt zich door (het risico op) meervoudige problematiek als betalingsachterstanden, schulden, oplopende spanningen met gevolgen voor geestelijke gezondheid en gezinsrelaties, huiselijk geweld en isolement.

Kwetsbaarheid is gerelateerd aan de indeling zoals die gebruikt wordt in de piramide overheidsbemoeiens naar doelgroep, bekend als 'de piramide van Kriens' ¹¹).



MDA zet zich in voor de risicogroepen en vervult waar nodig een brugfunctie naar bemoeizorg. Wanneer het gaat over kwetsbare burgers, dan gaat het over een hele wisselende doelgroep. Bijvoorbeeld jonge, alleenstaande moeders, oudere mensen die geïsoleerd thuis zitten, gezinnen waar alles boven het hoofd groeit.

Het outreachende team is vooral gericht op de zorgmijdende cliënten die niet uit zichzelf de stap naar de hulpverlening maken. Ze zijn vaak doorverwezen door het LZN, de huisarts, woningbouwcorporaties of vanuit het LTHG. Vanuit het project 'Even Buurten' ¹²) worden veel ouderen aangemeld. De cliënten die worden aangemeld hoeven niet gemotiveerd te zijn vanaf het begin, dat mag best even duren. Er wordt dan gekeken waarom iemand niet gemotiveerd is. Wanneer iemand absoluut niet mee wil werken, dan gaat het uiteindelijk niet lukken om ze te helpen. Bij de afdeling administratieve ondersteuning zijn de cliënten altijd gemotiveerd om mee te werken. Zij zitten meestal met praktische, administratieve problemen die opgelost moeten worden.

Bij de meeste cliënten gaat het vaak om wisselende problematiek en is er vrijwel altijd sprake van multiproblematiek. Veel voorkomende problemen zijn:

- Eenvoudige, praktische hulpvragen;
- Sociaal isolement;
- Armoede;
- Huiselijk geweld;
- Gezinsrelaties;
- Meervoudige problematiek.

Vaak is de eerste vraag een praktische vraag (bijv. huurachterstand) en blijkt er na doorvragen sprake van complexe en psychosociale problematiek.

3.4.2 De vijf geïnterviewde cliënten

In dit onderzoek zijn vijf cliënten geïnterviewd over de outreachende aanpak van MDA. De vijf cliënten die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd hebben allemaal een andere achtergrond.

Dat varieert van:

- een jonge moeder met psychische en financiële problemen die met een beperkt netwerk de zorg voor drie kleine kinderen heeft;
- een man die in de financiële en psychische problemen is gekomen door drugsgebruik;
- een vrouw met heftige burnout-klachten en financiële problemen vanwege scheiding en problemen uit het verleden;
- een vrouw met psychische en financiële problemen veroorzaakt door allerlei zaken (misbruik, scheiding) uit het verleden;
- een vrouw met psychische en financiële problemen veroorzaakt door een zwaar alcoholistische ex-partner.

Alle vijf de cliënten zijn momenteel alleenstaand en hebben kinderen. De hulpvragen van cliënten hebben te maken met hulp die ze nodig hebben bij de aanpak van schuldenproblematiek, problemen in de relationele sfeer en psychische problematiek.

Vanuit MDA is aan deze cliënten de volgende vorm van ondersteuning geboden:

- Ordenen van de administratie, gezamenlijk openen van alle post;
- Hulp bieden om de cliënt aangemeld te krijgen bij de schulddienstverlening van de KBR;
- Tijdig aanleveren van de juiste documenten bij de Kredietbank Rotterdam;
- Zelf leren oppakken van de administratie door trainingen die bij MDA worden gegeven of 1-op-1 ondersteuning door de maatschappelijk werker;
- Regelen van kwijtscheldingen;
- Samen bellen naar instanties, soms door de maatschappelijk werker in bijzijn van de cliënt en soms door de cliënt zelf in bijzijn van maatschappelijk werker;
- Aanmelding regelen bij de Voedselbank;
- Meegaan naar uitkerende instantie;
- Hulp bij het aanvragen van een uitkering;
- Gebruik maken van administratieve inloopspreekuur (wekelijks in een groep) van MDA, waar ter plekke hulp wordt geboden en uitleg wordt gegeven;
- Luisterend oor zijn;
- Stimuleren van zelfredzaamheid en zelfvertrouwen;
- Ondersteuning bij problemen in de relationele sfeer: problemen die een moeder heeft met de vader van haar drie kinderen;
- Afstemming tussen MDA en DOSA (Deelgemeentelijke Aanpak Sluitende Aanpak) waar de cliënt ook mee te maken heeft;
- Ondersteuning bij de aanpak van psychische problemen: intensieve begeleiding door maatschappelijk werk om het leven weer op orde te krijgen:
 - in de vorm van ondersteunende gesprekken
 - regelen van een training 'leven in balans'

Intensiviteit van het contact tussen cliënt en MDA

De cliënten hebben aan het begin van hun traject allemaal intensief contact met hun professional. Het gaat dan veelal om wekelijks contact bij de cliënt thuis. Maar er wordt ook regelmatig op kantoor afgesproken.

Na verloop van tijd (wisselend per cliënt) is het contact vaak maandelijks of incidenteel indien noodzakelijk. De hulpverleningstrajecten wisselen qua tijdsduur. Soms is een cliënt al vier jaar 'in behandeling' bij MDA en soms kan een traject na een jaar weer worden afgesloten. Na afronding van het traject kunnen cliënten vaak nog een beroep doen op de maatschappelijk werker via telefoon, sms en mail. Cliënten kunnen bijvoorbeeld per mail contact opnemen met de maatschappelijk werkster wanneer ze praktische vragen hebben over het aanvragen van kwijscheldingen of binnengekomen post waar ze niet uit komen etc. Cliënten hebben het 06-nummer van de maatschappelijk werker en kunnen gemakkelijk contact opnemen. Maatschappelijk werkers melden aan de cliënt wanneer ze niet bereikbaar zijn (bijvoorbeeld vanwege vakantie) en dan kan het algemene nummer van MDA gebeld worden.

3.4.3 Ervaring van de vijf cliënten met het outreachende team van MDA

De meeste cliënten hebben een vaste professional. Een paar cliënten zijn in de loop van het traject van professional gewisseld. Een cliënt is eerst gestopt met het traject van MDA, omdat de klik met de professional er niet was.

Later heeft hij zich weer opnieuw aangemeld en met de nieuwe professional is er wel een klik. Een andere cliënt heeft drie verschillende professionals gehad. Dat kwam omdat de eerste maatschappelijk werkster een andere baan kreeg. De cliënt vond het spannend om met een andere maatschappelijk werker verder te gaan, maar dat heeft MDA goed opgevangen, aldus de cliënt.

Duidelijk is dat de maatschappelijk werkers van MDA de tijd nemen voor hun cliënten. Een cliënt vertelt dat hij soms uren heeft kunnen praten over zijn problemen en wat hem bezig hield met zijn professional. Een andere cliënt geeft aan dat het voor haar heel belangrijk was dat de professional luisterde naar haar psychische problemen. Daar had ze wat aan, niet aan de psychiater. Ook over de stagiaires van MDA is deze cliënt heel tevreden.

Tevredenheid

Aan de cliënten is gevraagd of ze tevreden zijn over de hulpverlening die geboden is vanuit MDA. De vijf cliënten zijn allemaal heel tevreden met de hulpverlening vanuit MDA. De volgende opmerkingen zijn hierbij gemaakt:

'Ze zijn heel cliëntvriendelijk en ik word goed geholpen.'

'Super, ze is echt mijn redding geweest.'

'Het begrip voor je situatie en een luisterend oor.'

'Ik ben toch wel weer op de rails gezet.'

'Als ik M. niet had gehad, had ik het niet gered.'

Twee cliënten geven aan dat de hulpverlening wel heel erg van de persoon afhangt. Een van deze cliënten wil daarom niet verhuizen: want dan raakt ze haar vaste professional kwijt 'ik ga dat risico nu niet nemen'.

Bereikbaarheid

De bereikbaarheid van MDA wordt door de cliënten goed beoordeeld: 'altijd gehoor, altijd bereikbaar'. Cliënten hebben vaak de 06-nummers van de professional en worden veelal snel terug gebeld. Wanneer de maatschappelijk werkers met vakantie gaan, dan wordt dit gemeld aan de cliënten.

Deskundigheid

Aan de cliënten is gevraagd om de deskundigheid van de maatschappelijk werkers te beoordelen. De maatschappelijk werkers van MDA van deze cliënten zijn allemaal (heel) jong. Soms leverde dat twijfels op bij de cliënt over de deskundigheid, maar uiteindelijk zijn alle cliënten tevreden over de maatschappelijk werkers. Een cliënt merkt dat haar professional in de loop van haar traject gegroeid is in haar werk, dat merkt ze ook aan de vraagstelling. Af en toe had ze wel wat meer coaching verwacht en af en toe eens een 'toverwoord' willen horen als ze in een bepaalde situatie vast zat.

'Ze kon van mij veel leren, dat had ik wel door.'

'Ik moet m'n petje afnemen, want ze heeft nooit haar privé-leven erbij gehaald, ze bleef heel zakelijk...'

3.4.4. MDA-casus beschreven op basis van observatie

Om nog meer zicht te krijgen op het werk van de outreachend maatschappelijk werkers van MDA in relatie tot de cliënt is een observatie uitgevoerd. De onderzoeker is mee geweest op huisbezoek bij een cliënt en heeft geobserveerd hoe zo'n contact verloopt in de praktijk.

Beschrijving van de casus

Een mevrouw van ongeveer 50 jaar heeft veel financiële en psychische problemen. Zij heeft twee zoons van 31 en 28 jaar en is sinds één jaar gescheiden van haar man. De zoons wonen niet meer thuis. Met haar oudste zoon heeft mevrouw goed contact. Met haar jongste zoon niet meer *'er zijn wat akkefietjes geweest'*. Daardoor ziet ze ook haar kleindochter niet meer. Mevrouw is niet erg gezond: ze is vijf keer geopereerd aan hernia en loopt moeilijk. In 2012 heeft zij zelf contact opgenomen met maatschappelijk werk van MDA vanwege psychische problemen. Er was toen nog geen sprake van financiële problemen, deze kwamen pas aan het licht na haar scheiding in 2013. Haar ex heeft veel schulden op haar naam gemaakt: het gaat om zo'n € 100.000,- schuld.

Inmiddels is ze aangemeld bij de Kredietbank Rotterdam en is ze in afwachting of ze de schuldsanering in gaat. Voor wat betreft de financiën heeft ze ook hulp van een bewindvoerder. Eveneens is hulp van Adago ingeschakeld. De hulpverlening vanuit MDA bestond aanvankelijk uit gesprekken vanwege haar psychische problemen. Inmiddels is deze hulp vooral verschoven naar financiële hulp. Op dit moment heeft mevrouw nog één keer per maand een afspraak met MDA om haar post te ordenen. De maatschappelijk werker van MDA gaat dan naar mevrouw toe.

Contact met MDA

Het contact met de maatschappelijk werker van MDA verloopt zeer informeel. De maatschappelijk werker vraagt eerst hoe het met haar gaat, met haar broer en moeder. Ook het (beperkte) contact met haar zoons wordt besproken. Hierover wordt ongeveer twintig minuten met mevrouw gesproken alvorens wordt overgegaan tot het zakelijke deel: het ordenen van haar administratie.

De cliënt komt redelijk zelfredzaam over. Maar ze heeft veel hulp nodig bij het ordenen van haar administratie. De maatschappelijk werker legt uit hoe ze dit het beste kan aanpakken en krijgt opdrachten om zelf aan de slag te gaan. Een volgende keer wordt dan gekeken of het gelukt is. Mevrouw geeft aan wel blij te zijn met de hulp waarbij ze zelf opdracht krijgt om zaken te ordenen. *Daarmee krijg ik ook zicht in mijn eigen financiën.*

Sociaal netwerk cliënt

Met haar moeder heeft mevrouw goed contact, maar zij is ook al op leeftijd. Met haar oudste zoon heeft mevrouw ook goed contact. De hulp die ze nodig heeft is met name op financieel vlak. Er is niemand uit haar netwerk die daarbij helpt. Door MDA zijn er verder geen extra mensen gemobiliseerd uit haar eigen netwerk die haar bij de aanpak van haar financiële problemen kunnen helpen. Deze hulp wordt door professionals (MDA, Adago, Perspect bewindvoering) geleverd. Daarnaast heeft MDA een scootmobiel voor haar geregeld, aangezien ze moeilijk ter been is. In de flat heeft mevrouw wel contact met een buurvrouw waarvan ze haar laptop en printer mag gebruiken.

Dit contact is vooral door de buurvrouw aangewakkerd. Alle andere mensen in de flat zijn veelal een stuk ouder dan mevrouw (50+ flat) en daar heeft ze dan ook weinig contact mee.

Mevrouw geeft zelf aan veel gehad te hebben aan MDA voor hulpverlening op psychisch en financieel vlak.

4. Activering sociale netwerken in de praktijk

4.1 Inleiding

De dienstverlening van MDA kenmerkt zich door het centraal stellen van de burger en zijn/haar sociale netwerk. De outreachende en integrale werkwijze van MDA sluit aan bij de acht bakens van Welzijn Nieuwe Stijl. Wanneer het gaat om het activeren van sociale netwerken en het stimuleren van zelfredzaamheid, dan zijn met name baken twee en vier van belang. Baken twee luidt 'gebaseerd op de eigen kracht van de burger'. Baken vier 'formeel en informeel in optimale verhoudingen' houdt in dat ook het sociale eigen netwerk van de burger blijft of wordt betrokken bij de hulpverlening. Maar hoe werkt dat nou eigenlijk in de praktijk? Hoe kan de zelfredzaamheid van burgers vergroot worden? En wat is eigenlijk zelfredzaamheid? Hoe kan het sociaal netwerk geactiveerd worden? Deze vragen zijn voorgelegd aan alle geïnterviewden.

4.2 Zelfredzaamheid óf samenredzaamheid?

Wanneer aan de professionals wordt gevraagd wat zij onder zelfredzaamheid verstaan, dan is dat nog een lastig te beantwoorden vraag. Voor sommigen is zin hebben in het leven en relaties met andere kunnen aangaan een vorm van zelfredzaamheid. Waar men het wel over eens is, is dat zelfredzame mensen de stap kunnen nemen naar de hulpverlening 'ze gaan een drempel over'. Maar ook de mate waarin je afhankelijk bent van de hulpverlening zegt iets over zelfredzaamheid. Aangegeven wordt dat de term samenredzaamheid wellicht beter past in de huidige tijd waarin we steeds meer willen teruggaan naar een collectieve samenleving: een samenleving waarin iedereen meetelt, participeert en verantwoordelijkheid draagt. Onlangs verscheen er op de website van het Nji een blog over de termen zelfredzaamheid en samenredzaamheid. *'Zelfredzaamheid is het vermogen om zelf je leven in te richten zonder hulp van wie dan ook'*. Als je zelfredzaam bent, ben je dus in staat om in je eentje alles zelf te bedenken en te besluiten. Het gaat hier over het inrichten van je leven; dit betekent niet dat je alles zelf moet uitvoeren.

Maar de term samenredzaamheid is nog niet goed omschreven, maar in de blog als volgt omschreven *'samenredzaamheid is het vermogen om samen je leven in te richten met hulp van niet-professionele anderen.'*¹³⁾

In de interviews met maatschappelijk werkers en externe professionals is ingegaan op de term zelfredzaamheid en gevraagd hoe zij de zelfredzaamheid van de cliënten bevorderen. Daaruit komt het volgende beeld naar voren.

- Kleine stapjes maken
- Samen met de cliënt doen
- Ondersteunen bij zelf doen
- Vrijwilligers inschakelen

4.2.1 Bevorderen zelfredzaamheid vanuit MDA

Niet elke casus komt zomaar bij het outreachende team van MDA binnen. Vanuit het LTHG of LZN is vaak al een afweging gemaakt of een casus naar het outreachende team gaat. Als er bijvoorbeeld sprake is van beperkingen bij de cliënt (denk aan psychische beperkingen), is MDA vaak niet de aangewezen partij. Er wordt dan doorverwezen naar Pameijer, MEE of BAVO. In de praktijk blijkt zo'n 70% van de casussen uiteindelijk door het outreachende team afgehandeld te kunnen worden. Vanuit MDA wordt aangegeven dat zelfredzaamheid, eigen kracht een breed begrip is. De meeste mensen kunnen altijd iets. Maatschappelijk werk kan zo laag insteken als nodig is. Het is belangrijk om te realiseren dat niet iedereen zelfredzaam is in de professionele zin van 'zichzelf staande houden in de maatschappij' (trede vijf uit de zelfredzaamheidsmatrix: zie [bijlage](#)). Voor maatschappelijk werkers is het belangrijk om goed aan te voelen hoe ze de cliënt zelfredzamer kunnen maken en wat de verwachtingen zijn over en weer. Veelal begint de aanpak heel praktisch en met het maken van hele kleine stapjes. Het is heel erg gericht op het aanleren van vaardigheden om mensen zelfredzamer te krijgen. Zo worden voor cliënten bijvoorbeeld takenlijstjes gemaakt, zodat duidelijk is wat er van ze verwacht wordt. Dat is heel sturend, maar soms het maximaal haalbare.

Daarnaast worden veel zaken samen met de cliënt opgepakt. Bijvoorbeeld het samen bellen naar instanties, samen post openen. Met name bij schulden worden afspraken gemaakt over welke post zelf te openen en wat maatschappelijk werk doet. Hierbij wordt vaak ondersteuning geboden door administratieve stagiaires (afkomstig van het MBO-SMD van het Albada College). Er is niet altijd tijd om direct aandacht te besteden aan eigen kracht, bijvoorbeeld bij acute zaken zoals een dreigende huisuitzetting. Dan onderneemt maatschappelijk werk eerst zelf de nodige actie en vervolgens wordt er pas goed gekeken naar de achterliggende oorzaak en naar wat de cliënt zelf kan doen. Maatschappelijk werkers geven aan dat een bepaalde mate van zelfredzaamheid niet nodig is om de aanpak te laten slagen.

Formeel handelen versus inschakelen sociale netwerken

Ergens zit er wel een spanningsveld tussen het formeel handelen aan de ene kant en het inschakelen van sociale netwerken aan de andere kant. Dat wordt ook wel door de maatschappelijk werkers herkend. Want wat kun je precies aan de cliënt overlaten en hoe stimuleer je zelfredzaamheid? En wat doe je als maatschappelijk werker zelf? Deze vragen zijn altijd aan de orde. In de werkwijze van MDA wordt altijd gestreefd naar een soort van uniform handelen. Hieraan wordt gewerkt door middel van intervisie eens per maand en daarnaast in de wekelijkse teamvergaderingen.

'Zelfredzaamheid moet geen verharding worden. Kijk uit dat we niet te ver doorslaan naar de andere kant.'

4.2.2 Bevorderen zelfredzaamheid vanuit externe professionals

Ook andere hulpverleningsinstanties zijn bezig met het bevorderen van zelfredzaamheid van de cliënt. Aan de externe professionals is gevraagd op wat voor een manier zij dat aanpakken. Daaruit komt het volgende beeld naar voren.

Lokaal Team Huiselijk Geweld (LTHG)

Vanuit LTHG wordt aangegeven dat de problematiek van huiselijk geweld zich niet zo leent voor het bevorderen van zelfredzaamheid en de inzet van het eigen netwerk. Huiselijk geweld (dat vaak behoorlijk heftige vormen kan aannemen) is vaak niet iets wat cliënten met hun eigen netwerk willen delen of waarvoor het eigen netwerk ingeschakeld in kan worden. De inzet van LTHG is ook niet primair gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid.

Wijkteam ¹⁴⁾

Het wijkteam voor volwassenen is gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en het activeren van sociale netwerken. Zo is het wijkteam gericht op het 'afschalen' van de hulpverlening: het wijkteam kijkt wat er mogelijk is aan vrijwillige inzet en kijkt wat er vanuit het sociale netwerk gedaan kan worden. Het uitgangspunt hierbij is *'minimaal ondersteunen met maximaal resultaat'*. Het wijkteam doet uitgebreid onderzoek naar de cliënt aan de hand van een huisbezoek en het invullen van de zelfredzaamheidsmatrix. Daarbij wordt de potentie van eigen kracht en het sociale netwerk meegenomen. Mede afhankelijk van de hulpvraag wordt dan bekeken wat er opgepakt kan worden door het eigen netwerk of een vrijwilliger vanuit een vrijwilligersorganisatie. Wanneer er geen bruikbaar sociaal netwerk voorhanden is, wordt er meestal een 'formele' vrijwilliger aangesteld die contact maakt met familie, buren en kennissen. De wensen van de cliënt zijn daarbij wel leidend. Op dit moment zijn er nog onvoldoende referenties om te kunnen zeggen of het echt werkt, maar *'het inzetten van vrijwilligers wordt niet negatief ontvangen'*.

Lokaal Zorgnetwerk (LZN)

Het LZN is zelf niet direct bezig met het bevorderen van zelfredzaamheid, maar zij verwijzen wel door naar partijen die dat wel doen. In het LZN, waar de zwaardere gevallen terecht komen wordt gekeken welke casussen afgeschaald kunnen worden naar het wijkteam, maar als het gaat om behandeling wordt meestal opgeschaald naar de 2^e lijn die niet aanwezig is binnen het wijkteam.

De rol van het wijkteam is vaak *'het blussen van de eerste brandjes'*, het opbouwen van een vertrouwensband met de cliënt, het ontvankelijk maken van de cliënt voor professionele hulpverlening, het verzamelen van informatie zodat een gerichte doorverwijzing of warme overdracht naar de 2^e lijn kan plaatsvinden.

4.2.3 Bevorderen zelfredzaamheid vanuit cliënten

Het sturen op zelfredzaamheid door de professionals van MDA zien de cliënten allemaal als een vanzelfsprekendheid. *'Ja, wat kan je daar van vinden, het is gewoon zo.'*

Voor de cliënten is duidelijk dat MDA daar heel erg op stuurt. *'Ik ben iemand die heel graag vooruit wil en zoveel mogelijk zelf wil doen, maar daar wel ondersteuning bij nodig heeft.'* Een cliënt geeft daarbij aan dat ze zelf de regie op de hulpverlening had. Ze werkte wel samen met haar maatschappelijk werker. Van nature heeft ze veel doorzettingsvermogen. Ook een andere cliënt benadrukt het samenwerken met MDA: kijken waar eventuele drempels zitten en die gezamenlijk met MDA oplossen. Cliënten geven aan dat ze bepaalde zaken zelf moeten oppakken, zoals bellen naar een schuldeiser en het zelf organiseren van de administratie. MDA biedt daarbij ondersteuning. Ze zitten er bijvoorbeeld bij wanneer een cliënt belt en kunnen indien mogelijk het telefoongesprek overnemen. Ook ondersteunt MDA bij het overzicht houden, het gezamenlijk doornemen of uitprinten van formulieren en het beschikbaar stellen van de een mobiele telefoon voor dure 0900-nummers. Sommige cliënten gaan naar de inloopsprekuren van MDA en daar leren hoe ze zelf hun administratie kunnen organiseren.

'Ik vind het goed, het zijn mijn problemen en daar moet ik zelf wat aan doen. Als ik ga zitten wachten krijg ik problemen en niet MDA.' Er zijn ook bepaalde zaken die vanuit MDA worden opgepakt, bijvoorbeeld het schrijven van brieven. Cliënten ervaren allemaal dat ze nu meer zaken zelf op orde kunnen houden, zoals telefoontjes plegen, administratie bijhouden e.d.

4.2.4 Bevorderen zelfredzaamheid vanuit de pastoraal werker

De pastoraal werker werkt aan het versterken van iemands motivatie en diens sociale netwerk, omdat dit beslissende factoren zijn in iemands zelfredzaamheid. Hij is van mening dat daar nog te weinig op wordt ingezet. Zeker voor de doelgroep 'sociaal geïsoleerden' moet er een fysieke plek moet zijn waar mensen elkaar kunnen ontmoeten om aan hun motivatie te werken. Het 'kerkelijk huis' is zo'n plek, maar een fysieke ontmoetingsruimte kan ook ergens anders zijn als het 'maar laagdrempelig' is voor mensen. *'En dat is hard nodig in een flattenwijk zoals Prins Alexander, waar mensen onder andere door die fysieke omgeving geneigd zijn om als atomen te leven.'*

Hij vindt 'zelfredzaamheid' een politiek begrip en gebruikt liever de term 'solidariteit'. *'Het wordt nu van bovenaf opgelegd maar zelfredzaamheid kan alleen van onderop komen.'* Het werkelijk bevorderen van zelfredzaamheid bestaat voor hem niet uit kostenreductie en het verminderen van professionele inzet.

4.2.5 Bevorderen zelfredzaamheid vanuit de kennisexperts

Vanuit de twee kennisexperts wordt het volgende aangegeven met betrekking tot zelfredzaamheid. Het idee is dat het bevorderen van zelfredzaamheid goed aansluit bij wat de meeste mensen ook zelf willen: *'In principe willen mensen graag zelf verantwoordelijk zijn en zaken zelf oplossen met mensen uit hun eigen netwerk, ook al is die vanzelfsprekendheid in de geïndividualiseerde samenleving wel minder geworden'.*

Het is daarom goed dat de hulpverlening nu meer aandacht heeft voor activering van eigen kracht en eigen netwerk en het is een realistische opgave. Ook de andere kennisexpert geeft aan het basisedenken voor wat betreft zelfredzaamheid te steunen. Maar er worden wel een aantal kanttekeningen geplaatst door beide kennisexperts:

1. *Empoweren is iets anders dan zelfredzaamheid bevorderen*

Empowerment is radicaal iets anders dan zelfredzaamheid.

Mensen empoweren betekent niet dat ze ook zelfredzaam zijn, maar in beleidsdiscours krijgt dit vaak nog hele banale uitwerkingen. Empowerment is niet één doel of één methodiek, maar een richtinggevend denk- en handelingskader om sociale problemen van maatschappelijk kwetsbare groepen te begrijpen en om passende interventies te ontwikkelen (Van Regenmortel, 2008). Dit kader wijst ons er op dat we oog moeten hebben voor de kracht van kwetsbare individuen en groepen om invloed uit te oefenen op hun leven. Empowerment betekent dat mensen – ook wanneer zij in een kwetsbare positie verkeren – over competenties beschikken om veranderingen te realiseren, de regie daarover te voeren en om uiteindelijk de eigen maatschappelijke positie te verbeteren (Boumans, 2012).

Wanneer gekeken wordt naar de praktijk, dan blijken daar vaak hele taaie problemen te spelen, waar MDA ook mee te kampen heeft. Het zijn veelal moeilijke en hardnekkige problemen waar moeilijk oplossingen voor te vinden zijn. De oplossingen zijn vaak heel complex ‘*moerasachtige situaties*’. Het werken aan zelfredzaamheid van complexe cliëntgroepen kan wel een bijdrage leveren, maar waarschijnlijk hoogstens aanvullend. Want in de praktijk gaat het vaak om LVG-groepen, psychiatrische problematiek, schuldenproblematiek (en dat generatie op generatie). Er wordt in deze veranderende samenleving heel erg beroep gedaan op mensen waar netwerken vaak fragiel zijn. Bovendien speelt op individueel niveau vaak van alles waardoor het problematisch is. De veerkracht in de samenleving zou vervolgens van alles moeten opvangen, maar zo simpel ligt het allemaal niet.

2. *Sociaal geïsoleerden behoeven een andere aanpak*

De doelgroep 'sociaal geïsoleerden' is een aparte doelgroep wanneer het gaat om het bevorderen van zelfredzaamheid. Het is bij deze doelgroep geen kwestie van niet willen maar van niet kunnen: *'deze mensen hebben veelal geen geschikt netwerk, kunnen het niet opbouwen, niet onderhouden of weten het niet te benutten'*. Bij sociaal geïsoleerden is bij het verbeteren van zelfredzaamheid (in brede zin) nadrukkelijk een belangrijke rol weggelegd voor professionele hulpverlening omdat de professional vaak de enige persoon is die zo'n persoon nog ziet en het leven van die persoon enige zinvolle betekenis kan geven.

Er is daarbij een verschil tussen langdurig sociaal geïsoleerden, die dat veelal zijn door hun persoonlijke eigenschappen en mensen die sociaal geïsoleerd zijn geraakt door omstandigheden. Bij die laatste categorie kan een professional meer inzetten op iets van een 'terugkeer' naar een sociaal en maatschappelijke betekenisvol leven en het versterken van het sociale netwerk. Vraagverheldering en een gezamenlijke route uitstippelen waarbij de professional zich na verloop van tijd kan gaan terugtrekken is daar zeker mogelijk. Bij de langdurig sociaal geïsoleerden is het terugtrekken van de professional doorgaans niet mogelijk en niet wenselijk.

3. *Het aantal zelfredzamen is afhankelijk van de definitie die gehanteerd wordt*

De vaak door beleidsmakers gebruikte definitie van zelfredzaamheid als *'het geen beroep doen op professionele hulp'* wordt niet toereikend gevonden. Want zo bezien zijn 'zorgmijders' zelfredzaam en veel 'sociaal geïsoleerden' zijn praktisch en materieel zelfredzaam maar dat is meer overleven dan zinvol participeren aan de samenleving. Onder zelfredzaamheid verstaat een van de kennisexperts *'Dat iemand zijn leven vorm kan geven op de manier waarop die persoon dat zelf graag wilt en daarbij in staat is om mensen in zijn omgeving te mobiliseren ter ondersteuning in brede zin'*. In deze definitie zijn veel sociaal geïsoleerden nauwelijks of niet zelfredzaam.

4. Oog blijven houden voor de 'informele zorgverlener'

De kanteling van 'de hulpverleningssamenleving' naar 'de zelfredzame samenleving' kan niemand ontgaan. Maar demotivatie en ontmoediging bij 'informele zorgverleners' worden gemerkt als effect. Die hebben vaak zoiets van *'als de overheid zich ook terugtrekt waarom zou ik dat dan ook niet doen'* en *'als de professional nu ook nog verdwijnt, dan kan ik het niet meer'*. De back-up en de ondersteuning van een professional voor de 'informele zorgverlener' is daarbij heel belangrijk.

4.2.6 Aandachtspunten bij het bevorderen van zelfredzaamheid

In de interviews met professionals en kennisexperts wordt aangegeven dat er op het gebied van zelfredzaamheid nog heel veel te winnen is. Deze aandachtspunten hebben betrekking op de aanpak vanuit MDA, maar gelden ook voor andere professionals in het werkveld. De volgende aandachtspunten zijn door de professionals en kennisexperts aangegeven.

De uitdaging is om kwetsbare burgers zonder betekenisvol netwerk zelfredzamer te krijgen

Door de kentering in de hulpverlening zullen mensen op termijn iets zelfredzamer worden en de inzet van informele netwerken zal iets vanzelfsprekender worden. Een deel van de mensen laat zich pampereën door de overheid en als de overheid zich terugtrekt zal een deel van de mensen wel door gaan krijgen dat van hen zelf meer verwacht wordt en zal hun gedrag veranderen. Dat is 'de makkelijke groep' maar hoe gaat het met die mensen waar afhankelijkheid een gevolg is van een gebrek aan zingeving en intrinsieke motivatie en de afwezigheid van betekenisvol persoonlijk netwerk. *'Hoe kan iemand nou krachtig worden als die geen krachten heeft?'* Bovendien is het zo dat veel cliënten zijn gesitueerd in een verharde sociale omgeving wat het inschakelen van sociale netwerken kan bemoeilijken.

Daarnaast bestaat er ook nog een groep cliënten die nauwelijks bereikbaar is, omdat zij bijvoorbeeld niet eens opendoen voor de hulpverlening of omdat zij vanwege taalproblemen en cultuurverschillen slecht kunnen meekomen in de Nederlandse maatschappij.

De professional moet zijn houding veranderen

De professional zal ook het nodige aan zijn houding moeten veranderen. Er zijn cliënten waarbij het bevorderen van zelfredzaamheid niet zal lukken. De winst zit dan vooral aan de kant van de professional. Bovendien zijn veel cliënten gewend om consument te zijn in hulpverleningsland en zijn gefocust op hun rechten. Een kanteling van deze houding zal van de professional moeten komen.

Cliënten niet overschatten en blijven monitoren

Het lijkt erop dat cliënten nog wel eens overschat worden. Zo gaat de hulpverlening er in het algemeen nog te gemakkelijk vanuit dat een cliënt pas met een vraag naar de professional komt nadat de cliënt al zijn mogelijkheden heeft benut. Deze vooronderstelling moet losgelaten worden. Verder is het van belang om cliënten (nog een tijd) te monitoren nadat de hulpverlening stopt of wordt overgedragen. Bijvoorbeeld in de praktijk van de schuldhulpverlening moeten cliënten het vaak snel op eigen kracht doen en wordt de cliënt met zijn dossier overgedragen aan de bewindvoerder zonder dat de cliënt goed wordt gemonitord door de zich terugtrekkende professional. En dan gebeurt het nogal eens dat *'achter de voordeur de shit die zich opstapelt'*.

Bevorderen van zelfredzaamheid inbedden in de werkwijze

Op dit moment zijn er (nog) geen normen beschikbaar om de inzet van sociale netwerken door de hulpverlening te beoordelen, waardoor het niet mogelijk is om de uitvoering hierop te beoordelen. Daarnaast is het van belang dat er voldoende tijd is om de mogelijkheden van de cliënt en het sociale netwerk goed te onderzoeken.

Niet teveel denken vanuit beleid

Er worden veel eisen aan mensen gesteld door de maatschappij en professionele instanties, terwijl dat voor sommige cliënten te hoog gegrepen is. Beleidsmakers hebben daar vaak te weinig oog voor, het ontbreekt hen vaak aan kennis van de praktijk en daarmee de mogelijkheid om realistisch na te denken over zelfredzaamheid en sociale netwerken. *'We denken vaak vanuit onze normen en vanaf de beleidstafels, maar voor bijvoorbeeld psychiatrische patiënten en sociaal zwakkeren gaan die normen niet op.'* Bovendien worden er vanuit de gemeente zoveel regels opgelegd die vaak averechts werken wanneer het gaat om het bevorderen van zelfredzaamheid. Wanneer het erg lang duurt voordat iemand een uitkering ontvangt of in de schuldsanering komt, kan dat een stuk zelfredzaamheid behoorlijk in de weg staan.

Let op de onzichtbare groepen

Sommige groepen zijn redelijk onzichtbaar. Bijvoorbeeld beginnende dementerenden. En sociaal-geïsoleerden weten zich wellicht wel praktisch te redden (zijn praktisch zelfredzaamheid), maar daarmee is het probleem niet opgelost. Deze groep vraagt uit zichzelf ook niet om hulp en het beleid is erop gericht om zelf hulp te zoeken en naar oplossingen te zoeken. Het outreachend team is bij het bereiken van de (redelijk) onzichtbare groepen heel belangrijk! Zij gaan vaak af op signalen uit de wijk: van burens, huismeesters, actieve vrijwilligers, familieleden en andere sleutelfiguren die ook in de wijk werken (zoals bijvoorbeeld een wijkpastor). Ook komt het voor dat cliënten van MDA weer andere cliënten aanmelden. Daarnaast spelen partijen zoals de politie of het meldpunt huiselijk geweld een rol in het aanmelden van 'onzichtbare' groepen. Door MDA wordt aangegeven dat ze op zogenaamde vindplaatsen zoals bepaalde winkels (visboer, markt) vaker zouden moeten zijn. Maar er is te weinig uur beschikbaar, aangezien MDA al veel meldingen met ernstige situaties binnenkrijgt. Daardoor is het lastig om meer naar de preventieve kant van sociaal isolement te komen. Het project Even Buurten (zie blijage) draagt daar wel toe bij, maar dit project richt zich op ouderen met 'lichte' problemen en is preventief van aard. Wanneer de 'spil' van Even Buurten een zwaardere situatie tegenkomt gaat de cliënt naar het outreachend team.

4.3 Activering sociaal netwerk

4.3.1 Activering sociale netwerken vanuit MDA

Over het activeren van sociale netwerken hebben de maatschappelijk werkers van MDA het volgende opgemerkt. De zorg moet goedkoper en efficiënter worden. Daarom moet de professional onderzoeken wat de cliënt en het netwerk maximaal zelf kunnen doen, zodat de professional alleen doet wat daarop aanvullend nodig is. Het inschakelen van het sociaal netwerk is bovendien heel belangrijk om de hulpverlening te laten slagen.

Want het werken vanuit eigen kracht en het eigen netwerk draagt uiteindelijk meer bij aan een langdurig succes voor de cliënt en tot meer en langdurige zelfredzaamheid. Mensen moeten het uiteindelijk toch zelf gaan doen met behulp van hun sociale netwerk. Uit de interviews met de maatschappelijk werkers blijkt dat collega's verschillend omgaan met het inschakelen van het sociaal netwerk en dat er nog meer aandacht aan besteed kan worden. Er wordt wel altijd een analyse van het sociaal netwerk gemaakt samen met de cliënt. Voor de analyse van het sociale netwerk wordt door een aantal maatschappelijk werkers de wijkecogram ¹⁵⁾ (in de bijlage is de wijkecogram opgenomen) gebruikt. Bij MDA heeft een van de maatschappelijk werkers zich bezig gehouden met de vraag hoe het (buurt)netwerk betrokken kan worden bij de hulpverlening. Het resultaat daarvan is dat het wijkecogram als instrument gebruikt wordt om het netwerk in kaart te brengen.

Om te 'bewijzen' dat het sociaal netwerk wordt betrokken in de hulpverlening, heeft MDA het opgenomen in het cliëntvolgsysteem (ontwikkeld met MOVISIE/DICHTERBIJ). Ze merkten toen dat het betrekken van het sociaal netwerk heel vanzelfsprekend al gebeurt, men name in de thuissituatie. Familie en burens worden vaak als vanzelfsprekend in de hulpverlening betrokken. Maar door er meer op te focussen zijn de werkers er actiever naar gaan vragen. 'Is er iemand in de buurt die dat voor u zou kunnen doen?' Rondom kwetsbare, geïsoleerde ouderen waren de outreachers dat vaker gewend te doen, vaak afgestemd op thuiszorg als de zaak eenmaal op orde kwam.

De afdeling administratieve ondersteuning van MDA is niet bewust bezig om het netwerk in kaart te brengen. Er wordt wel gevraagd naar het netwerk, bijvoorbeeld of kinderen kunnen bijspringen bij oudere cliënten. Ook wordt gekeken of bepaalde zaken groepsgewijs opgelost kunnen worden.

Aan het sociaal netwerk worden meestal geen grote vragen gesteld, maar veelal gewoon praktische ondersteuning. Het netwerk reageert overwegend positief en staat ervoor open. Als het mogelijk is moeten cliënten hun netwerk zelf benaderen. Soms worden de cliënt, het netwerk en maatschappelijk werk samengebracht in een soort van rondetafelgesprek, op heel informele wijze.

4.3.2 Activering sociale netwerken vanuit wijkteam Jeugd

Het wijkteam Jeugd zet heel erg in op eigen kracht en het inschakelen van het eigen netwerk. Het is namelijk één van de speerpunten van het nieuwe Rotterdamse Jeugdstelsel. Het wijkteam gebruikt hiervoor de zelfredzaamheidsmatrix. Daarbij worden alle leefgebieden van het gezin uitgevraagd en wordt op al deze leefgebieden onderzocht wat de cliënt, het formele netwerk en het sociale netwerk kunnen bijdragen. Momenteel gebruiken de verschillende partijen binnen het wijkteam nog hun eigen methoden, maar in de toekomst gaan ze allemaal werken met de zelfredzaamheidsmatrix.

4.3.3 Aandachtspunten bij activeren sociaal netwerk

Tijdens de interviews is zowel door de maatschappelijk werkers van MDA, de externe professionals als de kennisexperts een aantal kanttekeningen genoemd. Een aantal van deze kanttekeningen zijn redelijk vanzelfsprekend te noemen, maar dat neemt niet weg dat ze niet belangrijk zijn bij het activeren van sociale netwerken.

Een goed netwerk opbouwen is vaak een probleem

De vraag is in hoeverre bestaande netwerken van cliënten bruikbaar zijn om een cliënt echt verder te helpen en om de problemen ook echt op te lossen. Vaak zijn de netwerken van cliënten niet positief of zelfs gewelddadig. Voor maatschappelijk werkers is het dan zoeken naar de bruikbaarheid van het netwerk en ervoor waken dat de maatschappelijk werker niet teveel eigen waarden/normen oplegt inzake het netwerk. Bovendien is het vaak zo dat wanneer iemand geen persoonlijk netwerk heeft, het probleem altijd in een diepe onderlaag van de persoon ligt. Dááaraan moet de professional werken en dat is niet makkelijk want dat grijpt terug op iemands persoonlijke historie en context. En verder hebben cliënten vaak zelf moeite om een netwerk tot stand te brengen en te onderhouden.

De professional moet de juiste rol aannemen

De professional moet een faciliterende, niet-interveniërende rol aannemen. Zo'n rol is bijvoorbeeld nodig bij het doorbreken van de 'vraagverlegenheid' bij de cliënt en de 'handelingsverlegenheid' bij het netwerk. 'Ik begin klein en ga vanuit een succesje verder, dat pakt meestal goed uit. Mensen ervaren dat iemand iets voor ze doet en dat ze het waard zijn.'

Verder kan het wel eens spanning opleveren om 'in het leven van de cliënt te zitten', want de professional heeft zelf niet veel contact met het netwerk en spreekt er met name met de cliënt over.

Klein denken en langzaam opbouwen

Een risico zit in de overschatting van cliënten en zijn mogelijkheden. Professionals moeten 'klein' kunnen denken: kleine dingen overlaten aan de cliënt is ook eigen kracht en kan een stap zijn op weg naar meer. Het is van belang om de cliënt en het netwerk daarin goed te begeleiden, waardering uit te spreken voor de cliënt bij genomen stappen en een vinger aan de pols te houden.

‘Soms is het voor mensen al een hoge drempel om burens te vragen de post mee te nemen voor een paar weken. Terwijl dat tijdens koffie drinken met de burens zo geregeld kan worden. Er is soms maar een klein dingetje nodig om iets in beweging te krijgen.’

Cliënten over de drempel proberen te helpen

Een sociaal netwerk activeren gaat bij veel cliënten niet vanzelf. Als een cliënt ongemotiveerd is, is het moeilijk doorpakken. Maar ook zijn schaamte en de behoefte aan privacy van de cliënt in zijn directe woonomgeving reële drempels aan de zijde van de cliënt: mensen moeten vaak over een drempel heen om oude contacten te herstellen of een beroep te doen op iemand. Dit kost veelal (veel) tijd. Bovendien is er binnen een sociaal netwerk vaak sprake van een vertrouwensrelatie, waardoor de maatschappelijk werker zich bewust is van de mogelijke kwetsbaarheid van de cliënt.

Er is geen sociaal netwerk

Met een netwerkcoach (werkt binnen de vrijwillige hulpdienst, zie bijlage 6) wordt regelmatig gekeken of er iemand is in de omgeving. Als er echt niemand is, dan kan een vrijwilliger een oplossing zijn. Wat soms gebeurt is dat er twee vrijwilligers zijn bij een ‘moeilijke’ cliënt. Die kunnen dan nog iets delen samen. Daarnaast zijn er ook mensen die echt niemand hebben, vaak bijvoorbeeld ouderen. Vrijwilligers houden het contact met zo’n cliënt vaak ook niet vol, omdat er geen wederkerigheid in zit. Soms neemt een partij als de Thuiszorg het dan over, zodat zo’n oudere dan nog een beetje mensen ziet.

Als iemand echt geen contact wil, dan wordt dat gerespecteerd. Maar meestal blijft MDA toch minimaal contact houden. Ze blijven dan beschikbaar door af en toe even langs te gaan, waardoor er alsnog voldoende vertrouwen ontstaat.

Waar ligt de grens van hulp bieden voor mensen uit het sociaal netwerk?

Een belangrijk punt waar professionals tegenaan lopen is dat mensen uit het sociale netwerk van een cliënt huiverig kunnen zijn voor het aanbieden van hulp en ondersteuning. Het probleem is namelijk vaak dat deze mensen niet weten op wie ze kunnen terugvallen mocht het nodig zijn. Bovendien is het vaak onduidelijk waar de hulp eindigt en waar de verantwoordelijkheden liggen. Deze begrenzing aan het bieden van hulp is heel belangrijk en kan van tevoren vaak niet aangegeven worden.

Probleem van wederkerigheid

Over het algemeen gaan mensen sociale relaties aan om affectieve redenen of omdat zij er iets uit willen halen. Maar deze cliënten hebben vaak weinig of niets terug te geven. Aan de ene kant is het netwerk daardoor niet altijd even gemotiveerd om zich met cliënten te bemoeien. Aan de andere kant durven cliënten het vaak niet aan hun netwerk te vragen, omdat ze weten dat ze niets kunnen teruggeven en door een gebrek aan zelfvertrouwen, eigenwaarde.

Professionals geven aan dat dit echt een probleem is. *‘Wederkerigheid is het scharnierpunt. Als er teveel gegeven wordt of mensen kunnen niet ontvangen, dan is de balans zoek.’* Uit ander onderzoek blijkt dat het aspect van wederkerigheid bij naaste familie een minder grote rol speelt. Maar dat het met name speelt wanneer er sprake is van een relatief grote sociale afstand, waardoor de cliënt deze wederkerigheid in de relatie niet wil of kan aangaan (Finch & Mason, 1993; Timmermans & Pommer, 2008).

Professionals en vrijwilligers blijven essentieel

De vraag is of het realistisch is om een goed netwerk op te bouwen rondom de cliënt. In de praktijk blijven professionals vaak de belangrijkste schakels. Soms zorgt het (in)formele netwerk er ‘alleen’ maar voor dat de situatie stabiel blijft en niet verder escaleert. Praktische hulp bieden is veelal makkelijker dan achterliggende problemen van mensen oplossen.

Voor de echte probleemoplossing is een professional toch vaak essentieel en vormt het sociale netwerk of de inzet van vrijwilligers een belangrijke 'randvoorwaarde', een 'stabiliserende basis' van waaruit de professional verder kan werken.

Generalistisch werken en breed denken

Professionals zouden generalistisch moeten werken en breed moeten kijken. Want een knelpunt kan zijn dat professionals teveel gericht zijn op hulpverleningsachtige interventies op het niveau van de cliënt. Terwijl het activeren van bredere sociale netwerken ook belangrijk is. Bijvoorbeeld wat kan een buurt betekenen voor een vrouw die net weduwe is geworden en vereenzaamd? Een maatschappelijk werker kan geneigd zijn om in te steken op individueel niveau en heeft dan bijvoorbeeld de neiging om in de reflex van rouwverwerking te schieten. Terwijl ook breder gekeken kan worden of de vrouw op school voorleesmoeder/oma wordt of andere participerende activiteiten kan gaan ondernemen, waardoor het netwerk weer wordt opgebouwd.

Binnen het outreachende team van MDA wordt over het algemeen wel 'breed' gekeken. Er wordt gekeken naar de omgeving en de rol die deze omgeving kan spelen. Zelf geven zij aan dat de kern is van maatschappelijk werk: de persoon laten functioneren in zijn omgeving.

Presentiebenadering versus signaalgestuurd

De presentiebenadering gaat over het simpelweg er zijn voor de ander, zodat een vertrouwensrelatie wordt opgebouwd, de ander zich gezien en gehoord voelt en zich volwaardig mens voelt. Alleen al doordat er iemand is die je ziet als volwaardig mens, kan er beweging in de goede richting ontstaan. In de presentiebenadering wordt die beweging niet afgedwongen, de ander hoeft niet te veranderen. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren, ontstaat er ruimte aan wat zich niet laat maken of afdwingen. Juist als hulpverleners ze benaderen als volwaardig mens, zien ze hun eigen kracht weer en krijgen ze vertrouwen in de mogelijkheid om hun leven weer op een voor hen zinvolle manier in te vullen. Dat maakt ruimte voor wensen en verandering.

De presentie-benadering kenmerkt zich door de richting van de beweging: ik ga naar de ander en beweeg me in het milieu van de ander. Bovendien beweegt de presentiebeoefenaar zich in het ritme van degene om wie het gaat (Baart, 2003).

Het was de bedoeling dat MDA vanuit een presentiebenadering zou werken, waardoor er meer oog is voor zaken die vanuit de civil society opgepakt kunnen worden. Maar vanwege capaciteitsgebrek is dat niet mogelijk. De caseload van MDA is dusdanig dat ze nu overwegend signaalgestuurd werken op basis van problemen die door anderen worden aangereikt. Het kost ook veel tijd en investering om een netwerk binnen de wijk op te bouwen en voordat iedereen de professional kent. Wat er ook nog bijkomt is het terugkoppelen naar partijen als LZN, LTHG en schulddienstverlening. MDA heeft momenteel bijna geen wachtlijst, maar doet wel 'outreachinge rondjes' in de wijk.

De wijkpastor werkt wel vanuit een presentiebenadering in de wijk. Zijn werk sluit helemaal aan bij de methodische kenmerken van de presentiebenadering (Baart, 2004):

1. beweging, plaats en tijd: de beroepskracht volgt de ander (in plaats van het omgekeerde);
2. ruimte en begrenzing: uit één stuk werken / integralisme in plaats van fragmentatie en specialisering;
3. aansluiting: bij het geleefde leven zijn in plaats van bij de bureaucratische schematisering ervan;
4. zich afstemmen: het goed van de ander centraal zetten in plaats van de eigen (goede) bedoeling;
5. betekenis en relatie wegen het zwaarst.

4.4 Activering sociaal netwerk gezien vanuit de cliënt

Aan de cliënten is gevraagd in hoeverre hun sociale netwerk betrokken of geactiveerd is bij de hulpverlening. Opvallend is dat bij vier van de vijf cliënten het sociaal netwerk geen rol speelt in de aanpak van hun problemen. Het netwerk wordt bijvoorbeeld niet betrokken bij het oplossen van financiële problemen. Eén cliënt geeft aan dat hij een zeer minimaal netwerk heeft en deze twee personen hebben allebei hun eigen problemen.

En met zijn moeder gaat hij niet zijn problemen bespreken *'ze hoeft niet alle details te weten'*. Maar *'ik ben misschien een beetje een loner wat dat betreft'* geeft deze cliënt aan. Andere cliënten gebruiken hun sociale netwerk vooral voor praktische, leuke, sociale en emotionele zaken.

Bijvoorbeeld om op de kinderen te passen, vrienden mee uit te gaan, samenzijn voor de gezelligheid. Bij één cliënt zijn er wel meerdere personen betrokken uit het persoonlijke netwerk. Het netwerk heeft de cliënt samen met de professional in kaart gebracht en het benaderen van de personen heeft ze zelf gedaan. Maar dat zou ze zonder de professional ook gedaan hebben, geeft de cliënt aan. Haar zoon helpt met boodschappen doen en steunt haar ook wel eens financieel met wat extra's.

Een vriendin is met haar meegegaan naar de GGD voor een medische keuring. En toen ze thuis zat wegens een knieoperatie, kookte een buurvrouw voor haar. Ook zijn er een tweetal burens die haar sleutel hebben, in verband met haar hartklachten is het belangrijk dat de woning altijd snel toegankelijk is. De cliënt vond het wel moeilijk om hulp te vragen aan haar kinderen en burens. Maar omdat haar zoon haar vertelde dat hij heel graag wil dat ze hem betreft bij vragen en problemen, vindt ze het nu niet moeilijk meer om hulp te vragen.

4.5 Resultaten netwerkactivering

Het activeren van sociale netwerken zal uiteindelijk mogelijk een aantal (positieve) resultaten tot gevolg hebben. In de interviews met professionals is gevraagd welke (positieve) resultaten zij verwachten. Daarbij is het volgende genoemd:

- Cliënten zullen meer tevreden zijn over de hulpverlening omdat de professionele hulpverlening die wordt ingezet 'lichter' is en minder impact heeft op de cliënt en zijn omgeving.
- Er zal minder en een betere doorverwijzing plaats gaan vinden naar de 2^e lijns hulpverlening, daardoor zullen de cliënten de 2^e lijns hulpverlening beter en eerder accepteren.
- De bemoeizorg zal afnemen en met het teruggeven van de regie aan de cliënten bevordert je eigen verantwoordelijkheid en dringt je consumptisme in de hulpverlening terug.

Maar ook wordt het volgende risico aangegeven:

- Een aantal mensen zal echt tussen wal en schip gaan vallen, met escalatie van hun problematiek tot gevolg. *'Psychiatrische patiënten en sociaal zwakkeren hebben echt behoefte aan meer actieve ondersteuning.'*

Meer in het algemeen wordt aangegeven dat men verwacht dat de resultaten van de nieuwe aanpak pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn. De burger gaat zelf meedoen en wordt zelf verantwoordelijk: dit kost aanvankelijk veel meer tijd, maar leidt op de langere termijn tot duurzamere probleemoplossing en zelfredzamere cliënten.

Outreaching werk heeft altijd wel naar het sociale netwerk van de cliënt gekeken, dat is niets nieuws. Maar maatschappelijk werkers merken op dat met de huidige ontwikkelingen het netwerk eerder betrokken wordt in de hulpverlening dan voorheen: men is er alerter op. Aangegeven wordt dat ze als professionals af en toe contact hebben met mensen uit het netwerk, vaak in aanwezigheid van de cliënt of telefonisch of per mail. Maar mensen uit het netwerk worden niet structureel bij gesprekken betrokken bijvoorbeeld in de vorm van systeemgesprekken of rondetafelgesprekken. Contacten verlopen over het algemeen wat 'losser'.

5. Lessen voor aankomende professionals

5.1 Inleiding

Zoals al eerder in deze rapportage vermeld verandert de sociale structuur van de samenleving. Collectieve voorzieningen van vroeger maken plaats voor sociale structuren waar veel meer van burgers zelf wordt verwacht (burgerkracht en participatiesamenleving). Daarnaast nemen overheidsvoorzieningen (de verzorgingsstaat) af als gevolg van bezuinigingen en verschuiven overheidstaken door decentralisatie naar de lokale overheid waardoor gemeenten genoodzaakt zijn om sociale- en zorgvoorzieningen effectiever in te zetten.

Onlangs heeft het bestuur van de Vereniging Hogescholen een commissie gevraagd om voor het Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs (HSAO) een toekomstgerichte verkenning te maken. Dit heeft geresulteerd in het adviesrapport 'Meer van Waarde' (2014).

De commissie heeft zich laten leiden door de gedachte dat de opleidingen moeten worden afgestemd op de huidige transformatie van de samenleving. In deze transformatie komen naar de mening van de commissie drie ontwikkelingen samen:

1. De doorontwikkeling van de netwerksamenleving.
2. De druk op de overheidsfinanciën.
3. De decentralisatie van sociaal beleid.

Samengevat resulteert het advies van deze commissie in de volgende vijf punten:

1. Versterk de identiteit van de opleidingen
 - Naamgeving: Hogere Sociale Studies die opleiden tot sociaal werker
 - Kernfunctie: opleiding ter bevordering van de sociale kwaliteit van de samenleving, in relatie tot de gezondheidszorg, veiligheidszorg en recht, leefbaarheid en stedelijke ontwikkeling, het onderwijs, culturele vorming en zingeving
 - Centrale perspectieven: collectief (participatie/emancipatie) en individueel (begeleiding/hulpverlening)

2. Leid op tot reflectieve professional
 - Bied een stevig kennisfundament op basis van de sociale wetenschappen
 - Werk permanent en systematisch aan een professionele houding
 - Zorg op deze wijze voor een gemeenschappelijke stam van minstens vijftig procent.
3. Kies voor een overzichtelijke ordening in drie basisprofielen
 - profiel 1: Integraal sociaal werk
 - profiel 2: Sociaal werk in de langdurige zorg (ouderen, gehandicapten, GGZ)
 - profiel 3: Sociaal werk in het brede jeugddomein
 - het masterniveau leidt op tot generalist
4. Ontwikkel of versterk regionale samenwerkingsverbanden:
 - verbind werken en leren: kennisontwikkeling en kennisbenutting
 - versterk de samenwerking tussen lectoraten, kenniskringen en werkveld en stem het masteraanbod inhoudelijk hierop af
5. Versterk de inbedding
 - Zorg voor aanspreekpunten bij departementen en gemeenten
 - Positioneer het sociale domein nadrukkelijker ook in haar preventieve functie
 - Werk aan het zichtbaar maken van het maatschappelijk rendement
 - Draag belang en functie van Hogere Sociale Studies uit: meer van waarde!

Het hernieuwde opleidingsaanbod moet studenten opleiden tot sociale professionals met een vernieuwd en sterker profiel, zo stelt de commissie.

Het mag dus duidelijk zijn dat de kanteling in het denken over zorg en ondersteuning van grote betekenis is voor de aankomende professional. Zij zullen nieuwe wegen moeten ontwikkelen gericht op empowerment. Het uitgangspunt wordt *zorgen dat* in plaats van *zorgen voor*. Eén van de aspecten van de gevraagde, nieuwe houding van de sociale professional is de grotere nadruk op vroegtijdige samenwerking met het sociale netwerk om cliënten heen. De bedoeling is dat de professionals contact leggen met het persoonlijke netwerk van de cliënt, bewoners in de buurt, informele verbanden, organisaties en bedrijven; en dat zij aansluiten bij burgerinitiatieven om bewoners met elkaar te verbinden zodat het mogelijk wordt dat zij elkaar ondersteunen.

Het activeren van sociale netwerken is daarmee een kerntaak van de sociaal werkers geworden. Dit netwerken vraagt om een selectief gebruik van methodieken en strategieën om als individuele professional of sociaal team een erkende plaats in een gebied of werkveld in te nemen. Waar men nu in de praktijk bijvoorbeeld nog tegenaan loopt is dat het voor veel professionals nog lastig is om generalistisch te werken. Met name voor professionals uit de 2^e lijn is dat lastig, die zijn veelal nog niet generalistisch. Maar ook opbouwwerkers uit de 0^e lijn hebben nog wel eens de neiging om hun professie bij hoge werkdruk los te laten en zich als professional te gaan gedragen.

5.2 Competenties nieuwe sociale professional

Er ontwikkelt zich niet één (beroeps)profiel van 'de' sociaal werker. Wel ziet de commissie, die het rapport 'Meer van Waarde' heeft opgesteld, dat de behoefte toeneemt aan professionals met een sterke en eigen identiteit ofwel reflectieve sociale professionals. De bekwame sociale professional is onderzoekend, ondernemend, heeft organiserend vermogen en handelt als professional op basis van een goede balans tussen empathie en zakelijkheid. Met meer autonomie en mandaat om kunnen gaan, vraagt om een stevig kennisfundament en generieke professionele houdingsaspecten.

Dergelijke competenties en eigenschappen worden ook genoemd door sociale professionals in dit onderzoek. Hier is meer specifiek gevraagd naar de specifieke competenties die de nieuwe sociale professional in huis moet hebben om de zelfredzaamheid van de burgers te kunnen versterken. Deze vraag is aan verschillende respondenten ¹⁶⁾ gesteld. De volgende competenties/eigenschappen zijn daarbij naar voren gekomen:

Belangrijke (karakter)eigenschappen voor de professional

- 'Je moet het voelen'
- Niet veroordelend
- Inlevingsvermogen, empathisch vermogen
- Mensen kunnen motiveren
- Innovatief en ondernemend zijn

- Makkelijk contact kunnen leggen met de cliënt, burger: open houding/mind hebben
- Af en toe hard kunnen zijn, bijvoorbeeld in het nakomen van afspraken
- Verantwoordelijkheid nemen
- Stabiliteit hebben
- Grenzen kunnen aangeven
- Kunnen relativiseren
- Ertegen kunnen dat je de hele dag problemen aanhoort

Belangrijke communicatieve eigenschappen voor de professional

- Goed kunnen doorvragen
- De vraag kunnen verhelderen
- Goed kunnen schrijven

Eigenschappen met betrekking tot de cliënt

- Eerst onvoorwaardelijk contact aangaan met de cliënt en daarna pas uitbreiden in een soort van professionals – cliënt relatie
- Mensen een kans kunnen geven zichzelf te verbeteren (ook al gaat dat in kleine stapjes)
- Aansluiten op het niveau van de cliënt:
 - In welke fase zit die?
 - Ontvankelijk zijn voor wat er echt speelt
- Niet vast zitten in een structuur: kijken wat er op maat nodig is voor de cliënt
- Niet overnemen, maar motiveren en ondersteunen
- Naast de cliënt kunnen staan
- Denken vanuit de eigen kracht van de cliënt en kijken hoe je dat kan inzetten
- Iemand in kleine stapjes vaardigheden kunnen aanleren
- Cliënt in het middelpunt zetten

'Generalistische' eigenschappen

- Op een verstandige manier het sociale netwerk kunnen betrekken (doorvragen naar het probleem en de bruikbaarheid van het netwerk in kaart brengen)
- Activiteiten voor groepen kunnen aanbieden:

'Als je drie cliënten met dezelfde problematiek hebt, ze bij elkaar brengen zodat onderlinge uitwisseling ontstaat'

- Zichtbaar zijn op straat, in de buurt en in professionele netwerken
- Presentie (in de wijk, bij de cliënt) is belangrijk: vooral in het begin om een relatie op te bouwen
- Netwerken kunnen zien en kunnen samenwerken (zowel professioneel als informeel)

Overige belangrijke eigenschappen

- Je gemakkelijk op allerlei niveaus kunnen aanpassen
- Zorgsignalen herkennen en kunnen plaatsen
- Levens- en werkervaring: niet alleen hele jonge professionals
- Toekomstgericht kunnen nadenken
- Ruimte geven wanneer het gaat om privacy: transparant zijn
- GGZ-problematiek bij cliënten kunnen herkennen

'Je moet van mensen houden, het werk willen doen, geduld hebben, gevoel hebben en misschien zelf al het een en ander meegemaakt hebben.'

'Je moet van nature dingen in je hebben, maar wat dat precies is, daar is moeilijk een vinger op te leggen.'

5.3 Opleiding nieuwe professionals

In het adviesrapport 'Meer van Waarde' wordt een aantal zaken genoemd die tot verandering in de sociale opleidingen zullen leiden. Aangegeven wordt dat de nieuwe sociale professional in het onderwijs vraagt om het versterken van grondige kennis- en attitude leerlijnen. Kennisfundament, professionele attitude en vaardigheid in handelen moeten in het hoger beroepsonderwijs in balans zijn. Er moet geen handelingsverlegenheid ontstaan. Een stevig fundament biedt professionals een referentiekader dat hen zekerheid en houvast biedt, in staat stelt berekeneerde (en kostenbewuste) keuzes te maken en tegelijkertijd flexibel om te gaan met variëteit en veranderingen in de beroepspraktijk.

Daarnaast zal er steeds mee aandacht komen voor collectieve oriëntatie door sociale professionals in plaats van individuele oriëntatie.

De sociaal agogische professionals zijn van oudsher gericht op zowel een collectieve als een individuele oriëntatie en op het schakelen tussen leefwereld en systeem. De individuele oriëntatie, waarin begeleiding en (psychosociale) hulpverlening centraal staan, is de afgelopen decennia in de beroepsmatige taken van deze professionals voorop komen te staan. Maar in het licht van actuele en te verwachten ontwikkelingen in het maatschappelijk domein neemt de noodzaak van een kanteling van perspectief of ten minste herstel van de balans tussen beide oriëntaties in het HSAO toe: de generieke toerusting van sociale professionals moet toegespitst worden op handelen in aansluiting op de behoefte aan en het vermogen tot participatie en zelfregie van burgers, cliënten/zorgvragers.

De sociale professionals in het veld hebben zelf ook ideeën aangereikt over de onderdelen die van belang zijn in de sociale opleidingen.

De verschuiving van individuele oriëntatie richting collectieve oriëntatie wordt ook duidelijk genoemd door deze sociale professionals:

- Minder focus op de cliënt en zijn probleem en meer focus op het inzetten van sociale netwerken en het aanspreken van eigen kracht.
- Werkveld kunnen verbreden van de cliënt naar het hele netwerk. Er zijn verschillende methoden waar je stukjes uit kunt gebruiken, bv eigen kracht en het ecogram.
- De rol van de professional verschuift van 'problematiserend kijken naar zelfredzaamheid bevorderen': dat moet je in de opleiding terug zien.
- Tips en tricks hoe je zelfredzaamheid kunt bevorderen.

Daarnaast wordt een aantal onderdelen aangegeven door de professionals die belangrijk zijn in de sociale opleidingen:

- Het onderdeel outreachend werken.
- Basiskennis van psychiatrie om een goede signalerende rol te kunnen uitoefenen.
- Aanleren van een professionele houding en tools hoe je dat kan doen.
- Andere focus op de rol van maatschappelijk werker: van dingen overpakken naar in het midden staan en zaken aan elkaar kunnen verbinden.
- Het aanbieden van generieke, brede kennis.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord op basis van het literatuuronderzoek en het veldwerkonderzoek.

Aanpak

Welke elementen uit de praktijk van de outreachende aanpak van MDA dragen bij aan het zelfredzamer worden van de burgers?

MDA is gefocust op het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt. Maar uit de interviews blijkt duidelijk dat dit veel tijd kost en dat het *'gemakkelijker gezegd dan gedaan is'*. In de aanpak van het outreachende team van MDA zitten een aantal elementen die bijdragen aan het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers. Deze elementen komen ook duidelijk naar voren in ander onderzoek naar outreachende aanpak (Van Doorn e.a., 2013).

De maatschappelijk werkers van MDA geven aan dat het vergroten van zelfredzaamheid kan beginnen met hele kleine, praktische stapjes. Er wordt heel bewust voor deze insteek gekozen. Aanvankelijk is het heel erg gericht op het aanleren van vaardigheden om mensen zelfredzamer te krijgen. Maatschappelijk werk kan hierbij zo laag insteken als noodzakelijk is. Daarin wordt aangegeven dat het ambitieniveau van cliënten van de outreachende aanpak veelal lager ligt dan van bijvoorbeeld cliënten van maatschappelijk werk. Daarom moeten de doelen aanvankelijk niet te hoog worden gesteld, maar realistisch en haalbaar zijn.

Daarnaast geven de maatschappelijk werkers van MDA aan dat ze er op gericht zijn om problemen samen met de cliënt op te lossen. *'Niet ik ga het voor je oplossen, maar naast iemand gaan staan en kijken wat er aan de hand is en nodig is.'* Bepaalde zaken worden samen opgepakt (bv. samen naar een uitkerende instantie) of de maatschappelijk werkers ondersteunen de cliënt wanneer deze zaken zelf oppakt. Deze manier van werken zorgt ervoor dat cliënten het in een later stadium mogelijk zelf kunnen oppakken.

Daarnaast schakelt MDA stagiaires ¹⁷⁾, vrijwilligers of maatjes in om te werken aan de zelfredzaamheid van de cliënt.

- Beginnen met kleine (praktische) stapjes
- Dingen samen met de cliënt oppakken
- Cliënt ondersteunen bij zelf doen
- Vrijwilligers, maatjes en stagiaires inschakelen

Wat zijn de succesfactoren van de praktijk van de outreachende aanpak van MDA?

- MDA bereikt mensen die zorg mijden of vraagverlegen zijn die anders nooit bereikt zouden worden. Ze zitten dicht op de leefwereld van de burger. Daarbij werkt MDA voornamelijk 'signaalgestuurd': signalen over zorgmijdende of vraagverlegen cliënten worden veelal aangereikt van-uit de omgeving van de cliënt. Vervolgens gaat MDA af op deze signalen. Daardoor bereiken ze burgers die anders nooit op eigen kracht in aanraking met de hulpverlening komen.
- MDA heeft een goed netwerk van samenwerkingspartners (ketenpartners, schoolmaatschappelijk werk, pastoraal werk en andere sleutelfiguren). Daardoor kan er gezamenlijk worden gekeken hoe problemen van de cliënt opgelost kunnen worden. Ook zijn de lijnen daardoor heel kort en is de wachttijd aanzienlijk verkort. De pastoraal werker is vaak contactpersoon voor cliënten en treedt met name op wanneer er sprake is van 'zingevingsproblematiek'. MDA heeft daarin minder expertise en het ontbreekt MDA vaak aan tijd om hier met cliënten aan te werken.
- MDA heeft ruimte en tijd om bij een cliënt binnen te komen. Met name in de beginfase wordt er een 'diepte-investering' geleverd om het vertrouwen van de cliënt te winnen en de (financiële) zaken op orde te krijgen. Het zorgt er tevens voor dat er snel ingeschat kan worden of laagdrempelige en kortdurende hulpverlening met inzet van eigen kracht en eigen netwerk voldoende is of dat er een doorverwijzing nodig is.
- MDA focust op de zelfredzaamheid van de cliënt. Zoals uit de beantwoording van de voorgaande onderzoeksvraag al bleek, heeft MDA daar een aantal manieren voor.

Vooral het 'naast de cliënt staan' in plaats van de problemen 'van bovenaf' bekijken is daarbij van belang. En als cliënten verminderd zelfredzaam blijven, dan wordt er iemand bij gezocht (een vrijwilliger of iemand vanuit het maatjesproject) om cliënten te ondersteunen.

- De wachttijd van intake tot daadwerkelijke hulpverlening wordt verkort.
 - Door de langdurige inzet van dezelfde professional en laagdrempeligheid ontstaat er een vertrouwensband tussen de cliënt en de professional en wordt de hulpverlening eerder geaccepteerd. Bovendien mogen cliënten bij terugval bij dezelfde professional aankloppen.
 - MDA werkt vanuit een generalistische aanpak. Er wordt gekeken naar de omgeving en de rol die de omgeving kan spelen in de aanpak van problemen bij de cliënt.
-
- Bereiken van zorgmijders
 - Goed netwerk van samenwerkingspartners
 - Ruimte om vertrouwensband op te bouwen en inschatting van hulpverlening te maken
 - Focus op zelfredzaamheid cliënt
 - Verkorte wachttijd tot hulpverlening
 - Snellere acceptatie hulpverlening door cliënt
 - Cliënt mag terug aankloppen
 - Generalistische aanpak

Wat zijn de risicofactoren van de praktijk van de outreachende aanpak van MDA?

- Er moet steeds een afweging worden gemaakt waar de grens van de hulpverlening ligt: hoe ver ga je in contact leggen met de cliënt en het aanbieden van hulp?
- Er zijn (nog) geen normen beschikbaar om de inzet van sociale netwerken door de hulpverlening te beoordelen, waardoor het moeilijk is om de uitvoering hierop te beoordelen.
- Als er geen sprake is van intrinsieke levensmotivatie blijft alle professionele inzet kwetsbaar en de kans op terugval heel groot.

- Er zitten grenzen aan de inzet van informele hulp: veel mensen hebben nauwelijks een sociaal netwerk en veel problemen lenen zich niet voor deze vorm van hulp.
 - Het is een signaalgestuurde manier van werken waardoor lang niet alle problemen in zicht komen.
 - Informele zorgverleners die hard nodig zijn binnen de outreachende aanpak raken ontmoedigd door de kanteling van 'hulpverlenings-samenleving' naar 'zelfredzame samenleving'.
-
- Hoe ver ga je in hulp verlenen?
 - Er zijn geen normen om hulpverlening te kunnen beoordelen
 - Er moet wel sprake zijn van intrinsieke levensmotivatie bij cliënten
 - Er zitten grenzen aan inzet informele hulp
 - Het is een signaalgestuurde manier van werken vanuit een vrij geïsoleerd team
 - Ontmoedigde informele zorgverleners

Burgers, gezinnen

Welke mate van motivatie, zelfredzaamheid bij burgers is vereist om de inzet van de outreachende aanpak van mda te laten slagen?

De aanpak vanuit MDA is dusdanig ingericht dat de kans van slagen voor het merendeel van de cliënten zo groot mogelijk is. Dat blijkt al uit de succesvolle elementen die de aanpak kent, zoals veel tijd investeren aan het begin van het traject, zo laag mogelijk insteken, kleine stapjes maken, naast de cliënt gaan staan, vrijwilligers inschakelen. De maatschappelijk werkers van MDA geven zelf aan dat een bepaalde mate van zelfredzaamheid niet nodig is om de aanpak te laten slagen. Maar toch zijn er ook kanttekeningen genoemd bij het laten slagen van de outreachende aanpak:

- Het mag best even duren voordat een cliënt gemotiveerd is. Maar wanneer de motivatie achterwege blijft, dan gaat het niet lukken om de cliënt te helpen.
- Bij het ontbreken van een intrinsieke levensmotivatie blijft de professionele inzet kwetsbaar en is de kans op terugval erg groot.

- Langdurig sociaal geïsoleerden hebben veelal geen (geschikt) sociaal netwerk, kunnen het niet opbouwen, niet onderhouden en weten het niet te benutten. Het terugtrekken van de hulpverlener is daar doorgaans niet mogelijk en niet wenselijk. Ook zijn er andere groepen (zoals ouderen, dementerenden) die echt geen sociaal netwerk hebben.
- Er bestaat een groep cliënten die nauwelijks bereikbaar zijn voor de hulpverlening, omdat zij niet eens opendoen of omdat zij vanwege taalproblemen en cultuurverschillen niet kunnen meekomen in de Nederlandse maatschappij.

In hoeverre ervaren de burgers (cliënten) baat bij deze ondersteuning?

De cliënten die geïnterviewd en geobserveerd zijn, zijn allemaal erg tevreden over de hulpverlening, de stappen die ze (zelf) hebben genomen en de resultaten die bereikt zijn. Een aantal van de punten die genoemd zijn bij de succesfactoren van de outreachende aanpak komen ook duidelijk terug in de interviews. De laagdrempeligheid wordt gewaardeerd, het samenwerken met één professional, de vertrouwensband die er is, het gevoel dat de professional voldoende tijd voor je vrijmaakt. Wanneer het gaat over het activeren van het sociale netwerk, dan heeft het sociale netwerk bij vier van de vijf cliënten geen rol gespeeld in de aanpak van hun problemen. Soms omdat er een beperkt netwerk is, maar ook vanwege de aard van de problemen. Bij financiële problemen lijken cliënten minder geneigd te zijn om mensen uit hun sociale netwerk te betrekken. Cliënten gebruiken mensen uit hun netwerk veelal voor leuke, praktische, sociale en emotionele zaken. De zelfredzaamheid van deze cliënten is wel toegenomen. Alle cliënten zijn nu een stuk minder afhankelijk van de professionele hulpverlening en zijn veel beter in staat om hun eigen leven weer vorm te geven.

Door de professionals zelf wordt aangegeven dat de cliënten zeker baat zullen hebben bij deze vorm van (laagdrempelige) ondersteuning. De verwachting is dat cliënten meer tevreden over deze vorm van hulpverlening omdat deze 'lichter' is en daardoor minder impact heeft op de cliënt en zijn omgeving.

Daarnaast zal er een betere doorverwijzing gaan plaatsvinden richting de 2^e lijnszorg en is de verwachting dat cliënten deze 2^e lijnszorg ook beter kunnen accepteren. Bovendien zal het teruggeven van de regie aan cliënten ervoor zorgen dat de eigen verantwoordelijkheid bevorderd wordt en dat het consumptisme in de hulpverlening wordt terug gedrongen.

Worden met deze praktijken de meest kwetsbare burgers bereikt?

De dienstverlening van MDA wordt ingezet voor kwetsbare burgers. Bij de maatschappelijk werkers van MDA bestaat wel het idee dat de hele kwetsbare burgers bereikt worden, met name omdat MDA veel contact heeft met partijen zoals het Lokale Zorgnetwerk. Maar ze geven zelf aan dat ze niet het idee hebben dat ze iedereen in beeld hebben. Voor een deel kan dat ook verklaard worden door het feit dat MDA signaal-gestuurd werkt en niet vanuit een presentiebenadering. Vanuit MDA wordt aangegeven dat het qua capaciteit ook niet haalbaar is om vanuit een presentiebenadering te werken. Allereerst kost het veel tijd om een relatie op te bouwen in de wijk en daar in te investeren. Daarnaast is het aantal casussen dat dan extra zou binnenkomen voor MDA niet te behappen. 'Laat die deuren maar dicht, want dat gaan we allemaal niet trekken.' Op dit moment heeft MDA een minimale wachtlijst.

Sociaal netwerk

Welk positief sociaal netwerk moet minimaal aanwezig zijn voor het slagen van de aanpak in de onderzochte praktijken?

Veel cliënten van MDA hebben geen of een zeer beperkt netwerk. Het hebben van geen of een beperkt netwerk betekent niet dat de aanpak niet kan slagen. Als mensen een goed sociaal netwerk hebben, dan speelt dat vaak van nature al een rol en zouden de problemen waarschijnlijk minder groot zijn. Als iemand geen sociaal netwerk heeft, ligt het probleem veelal in de diepere onderlaag van een persoon en daaraan moet dan eerst gewerkt worden, wat niet eenvoudig is. Het opbouwen van een sociaal netwerk gebeurt vaak in hele kleine stapjes. Zo is er vaak sprake van een niet al te positief sociaal netwerk.

Of er is sprake van 'vraagverlegenheid' aan de kant van de cliënt en 'handelingsverlegenheid' bij het netwerk. Cliënten moeten veelal een behoorlijke drempel over om hulp te vragen. Hier ligt een taak voor de professionals om hier op een faciliterende, niet-interveniërende manier mee om te gaan. Professionals maken vaak kleine stapjes met de cliënt en het netwerk en begeleiden hierin.

Wat in de praktijk vaak blijkt is dat het (minimale) netwerk met name zinvol is om de 'situatie stabiel te houden' en voor praktische hulp. Voor de echte probleemoplossing blijft de professional vaak essentieel en vormen het sociale netwerk of vrijwilligers voor een stabiliserende basis van waaruit de professional verder kan werken. De vraag is dus hoe realistisch het is om een netwerk rondom de cliënt op te bouwen, aangezien de professionals in de praktijk vaak de belangrijkste schakels blijven.

Hoe ervaren de leden van het sociaal netwerk hun betrokkenheid bij de ondersteuning?

Dit is niet onderzocht.

Professionals

- Verheldert vragen en behoeften
- Versterkt eigen kracht en zelfregie
- Is zichtbaar en gaat op mensen af
- Stimuleert verantwoordelijk gedrag
- Stuur aan op betrokkenheid en participatie
- Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak
- Werkt samen en versterkt netwerken
- Beweegt zich in uiteenlopende systemen
- Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen
- Benut professionele ruimte en is ondernemend

Welke competenties (kennis, vaardigheden, houding) hebben professionals nodig om de zelfredzaamheid van burgers te versterken?

De nieuwe sociale professional is onderzoekend, ondernemend, heeft organiserend vermogen en handelt als professional op basis van een goede balans tussen empathie en zakelijkheid. Met meer autonomie en mandaat om kunnen gaan, vraagt om een stevig kennisfundament en generieke professionele houdingsaspecten. In dit onderzoek zijn een aantal specifieke competenties naar voren gekomen.

Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen competenties die 'van nature' aanwezig zijn bij de (aankomende) professional en competenties die zijn aan te leren.

Competenties die van nature aanwezig zijn

Zowel in dit onderzoek als in de literatuur wordt aangegeven dat specifieke (karakter)eigenschappen wenselijk zijn voor de (nieuwe) sociale professional. Het gaat hierbij om (karakter)eigenschappen zoals niet veroordelend zijn, empatisch vermogen hebben, innovatief en ondernemend zijn, stabiel zijn en makkelijk contact kunnen leggen.

Competenties die van nature aanwezig zijn, maar ook door scholing verbeterd kunnen worden

Een aantal competenties kunnen van nature aanwezig zijn bij de (aankomende) sociale professional, maar zijn te versterken door scholing, opleiding. Het gaat hierbij om competenties, zoals:

- goede communicatieve vaardigheden hebben;
- vanuit de (eigen kracht van de) cliënt kunnen denken, ernaast gaan staan, aansluiten op zijn niveau, niet vast zitten in een structuur, kleine waardering hebben voor kleine stapjes;
- generalistische eigenschappen hebben zoals netwerken zien en kunnen betrekken, present zijn;
- toekomstgericht kunnen denken.

Competenties die aangeleerd kunnen worden door scholing

En daarnaast zijn er competenties die (aankomende) sociale professionals vergaren door middel van scholing.

Het gaat hierbij om competenties, zoals:

- het herkennen van GGZ-problematiek;
- zorgsignalen kunnen herkennen en plaatsen.

Veel van de competenties die genoemd zijn in dit onderzoek komen (weliswaar in andere bewoordingen) terug in de competenties zoals die begin 2013 door MOVISIE zijn beschreven.

- Verheldert vragen en behoeften
- Versterkt eigen kracht en zelfregie
- Is zichtbaar en gaat op mensen af
- Stimuleert verantwoordelijk gedrag
- Stuur aan op betrokkenheid en participatie
- Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak
- Werkt samen en versterkt netwerken
- Beweegt zich in uiteenlopende systemen
- Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen
- Benut professionele ruimte en is ondernemend

Twee dilemma's

In dit onderzoek zijn twee dilemma's meegenomen:

1. Baron van Münchhausen, waarbij de vraag rijst *'Hoe reëel het is om van kwetsbare burgers te verwachten dat zij op eigen kracht uit de moeilijkheden zullen komen'*.
2. Van je netwerk moet je het hebben, waarbij de vraag rijst *'Hoe reëel het is om van kwetsbare burgers te verwachten dat zij een beroep doen op mensen uit hun persoonlijke netwerk'*.

Hoe reëel is het om van kwetsbare burgers te verwachten dat zij op eigen kracht uit de moeilijkheden zullen komen?

In dit onderzoek is aangegeven dat er door de maatschappij en professionele instanties veel eisen aan mensen worden gesteld en dat het voor sommige cliënten te hoog gegrepen is.

Veel normen die 'vanaf de beleidstafels' zijn bedacht gaan voor kwetsbare burgers niet op. Zonder (professionele) hulpverlening zullen kwetsbare burgers niet op eigen kracht uit de moeilijkheden komen. Daar moet eerst hulpverlening aan te pas komen. Want de cliënten van MDA hebben meestal te kampen met taaie, hardnekkige problemen die niet zomaar op te lossen zijn. Door de kennisexperts is aangegeven dat het werken aan zelfredzaamheid van complexe cliëntgroepen vaak hoogstens een aanvullende bijdrage kan leveren. In de praktijk gaat het namelijk vaak om LVG-groepen, cliënten met psychiatrische problematiek en schuldenproblematiek of een combinatie van meerdere problemen.

Bovendien zijn de netwerken van deze cliënten vaak fragiel. Wanneer het gaat om sociaal geïsoleerden dan is de professional vaak de enige persoon in het netwerk en die betekenis aan zo'n leven kan geven. Dat geldt zeker voor langdurig sociaal geïsoleerden.

Door MDA zelf wordt aangegeven dat niet iedereen zelfredzaam is in de professionele zin van 'zichzelf staande houden in de maatschappij'. Maar de meeste mensen kunnen altijd wel iets. Maatschappelijk werk kan daarbij zo laag insteken als nodig is. Zij moeten aanvoelen hoe zij de cliënt zelfredzamer kunnen maken en wat de verwachtingen over en weer zijn. In het begin gaat het vaak om een praktische aanpak, het aanleren van vaardigheden, het maken van kleine stapjes en dingen samen oppakken. De cliënten geven aan dat ze na verloop van tijd steeds meer zaken zelf op orde kunnen houden: zelfredzaamheid komt in kleine stapjes.

Hoe reëel is het om van kwetsbare burgers te verwachten dat zij een beroep doen op mensen uit hun persoonlijke netwerk?

Uit onderzoek blijkt dat er wel wat kanttekeningen te plaatsen zijn bij het inschakelen van sociale netwerken door kwetsbare burgers. Uit onderzoek van Linders (2010) blijkt dat kwetsbare burgers terughoudend zijn in het vragen om hulp aan mensen uit hun netwerk. Bovendien kan het ertoe leiden dat problemen zich onnodig opstapelen (Scholte, 2010). Verder geeft de meerderheid vaak de voorkeur aan formele hulpbronnen (De Boer, 2007).

Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten worden gestimuleerd om een beroep te doen op hun netwerk. Dit gebeurt veelal op aangeven van de professional. De professional speelt hierbij een faciliterende, niet-interveniërende rol. Deze rol is nodig om de 'vraagverlegenheid' bij de cliënt en de 'handelingsverlegenheid' bij het netwerk te doorbreken. Vaak wordt er voorafgaand eerst een analyse van het sociaal netwerk gemaakt, bijvoorbeeld aan de hand van het wijkecogram (zie bijlage). Meestal worden er aan het sociale netwerk geen grote vragen gesteld, maar gaat het om praktische ondersteuning. Bij maar één van de vijf cliënten die geïnterviewd zijn, is het sociale netwerk actief betrokken om een rol te spelen. Drie andere cliënten maakten al enigszins gebruik van hun (redelijk beperkte) sociale netwerk, met name voor praktische en sociale zaken. Eén cliënt heeft een (te) beperkt netwerk. Er wordt een aantal aandachtspunten aangegeven bij het inschakelen van het sociaal netwerk:

- De bestaande netwerken zijn lang niet altijd bruikbaar om de cliënt verder te helpen;
- Er is geen sociaal netwerk;
- Reële drempels aan de zijde van de cliënt zijn ongemotiveerdheid, schaamte en de behoefte aan privacy van de cliënt in zijn directe woonomgeving;
- Cliënten durven vaak geen hulp te vragen aan het netwerk omdat ze weinig tot niets terug te geven hebben, door een gebrek aan zelfvertrouwen en eigenwaarde;
- In de praktijk blijven professionals vaak de belangrijkste schakels en vormt het sociale netwerk een belangrijke randvoorwaarde van waaruit de professional verder kan werken.

Concluderend kan dus gesteld worden dat er wel van (bepaalde) kwetsbare burgers verwacht kan worden dat zij een beroep doen op hun sociale netwerk, maar met de nodige kanttekeningen. Het gaat dan veelal om praktische zaken. Het inschakelen van het sociale netwerk is dus niet voor alle kwetsbare burgers neergelegd. Het ligt aan het beschikbare netwerk en aspecten als ongemotiveerdheid, schaamte, behoefte aan privacy, zelfvertrouwen en het niets kunnen teruggeven.

7. Aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat er nog een aantal producten ontbreekt die zinvol kunnen zijn bij het activeren van sociale netwerken van cliënten en het beoordelen daarvan. Het gaat hierbij om drie producten:

- Een kader dat professionals kunnen gebruiken bij het activeren van sociale netwerken;
- Normen aan de hand waarvan het mogelijk is om sociale netwerken van cliënten te beoordelen;
- Een meetinstrument waarmee beoordeeld kan worden in hoeverre het gelukt is om de sociale netwerken van cliënten te activeren.

Voor de wmo-werkplaats is het wellicht interessant om (één van) deze instrumenten te ontwikkelen voor de professionele hulpverlening.

Voetnoten

- 1) Kwetsbaar en Krachtig, gemeente Rotterdam 2012
- 2) 7,1% van de bevolking komt niet rond. Dat constateert het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) in het rapport Armoedesignalement 2012.
- 3) Pro-actieve attitude en werkwijze, ook wel 'Er op af' genoemd. Zie S. Khonraad, MDA Outreachend Maatschappelijk Werk als frontlijnwerk (2009).
- 4) De generalist, de sociale professional aan de basis, Margot Scholte, Ard Sprinkhuizen, Martin Zuithof, Houten, 2012.
- 5) Brochure 'Welzijn Nieuwe Stijl', ministerie vws, 2011.
- 6) Scholte, M. Sprinkhuizen, A. De generalist, de sociale professional aan de basis, Bohn, Stafleu van Loghum, Houten, 2012
- 7) Lokale zorgnetwerken regelen zorg voor mensen die zorg mijdend zijn en problemen hebben op diverse gebieden. Om deze mensen te kunnen helpen moet er snel en intensief samengewerkt worden tussen verschillende instanties, in de directe leefomgeving van de cliënt.
- 8) Het LTHG is een samenwerkingsverband van hulp- en dienstverlenende instanties, gespecialiseerd in de aanpak van huiselijk geweld. Het doel van de LTHG's is om huiselijk geweld in een zo vroeg mogelijk stadium bestrijden en gezinnen die te maken hebben met huiselijk geweld sluitende hulpverlening te bieden. In een LTHG stemmen lokale en stedelijke partijen de aanpak van huiselijk geweld met elkaar af.
- 9) De professionals die buiten MDA werken, maar veel met MDA te maken hebben, worden in het rapport aangeduid als externe professionals.
- 10) Als kennisexperts zijn Anja Machielse en Ard Sprinkhuizen benaderd.
- 11) Sociale Strategie/Uitvoeringsagenda 2010-2014, de Kracht van Rotterdam, p. 58, gemeente Rotterdam, 2009. De piramide is genoemd naar Jantine Kriens. Ze was van 2006 tot 2014 wethouder in Rotterdam en had onder andere Volksgezondheid, Welzijn en Maatschappelijke Opvang in haar portefeuille.
- 12) Even Buurten is een project vanuit de gemeente Rotterdam voor en door de buurt om ouderen langer zelfstandig te laten wonen (zie bijlage 5).
- 13) Anke Slegers, Samenredzaam of zelfredzaam, wat bedoelt u? Kennisnet Jeugd Transitie & Transformatie, Nederlands Jeugdinstituut, juli 2014.
- 14) Sinds kort zijn in de deelgemeente Prins Alexander pilots sociale wijkteams gestart: één wijkteam voor volwassenen en twee wijkteams voor jeugd. Voor alle partijen is het nog onduidelijk hoe de toekomst er precies uit gaat zien. Er zitten nu een aantal maatschappelijk werkers van MDA in het wijkteam samen met iemand van MEE, Even Buurten, het CIZ, een WMO-consulent en een meewerkend voorman van de gemeente. Het is onduidelijk welke rol er straks voor MDA is weggelegd, ook in de aansturing en doorontwikkeling van het werk. Voor een deel lijken de wijkteam-casussen op de MDA-casussen.
- 15) Wat werkt.. op weg naar een netwerk in de buurt? Maatschappelijk werk met oog voor de contacten die een cliënt heeft in de buurt, Johanneke Kamp, Master Social Work, 2012.
- 16) Maatschappelijk werkers MDA, professionals vanuit andere organisaties, kennisexperts, de wijkpastor.
- 17) De stagiaires zijn afkomstig van Hogescholen: hbo-MWD en hbo-SJD (HRO, Hogeschool Inholland: Den Haag, Leiden en Utrecht).
- 18) Ontwikkeld met dr. Sjaak Khonraad, lector integrale veiligheid Avans Hogeschool.
- 19) S. Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. de Wit, S. Van de Weerd, G. Tigchelaar, Zelfredzaamheidsmatrix, GGD, Amsterdam 2010.
- 20) Competenties Maatschappelijke Ondersteuning (2013), MOVISIE, ministerie vws, 2013.
- 21) Gebaseerd op het wijkcogram uit het boek "Sterk met een vitaal netwerk" van Maria Scheffers (2010).

Lijst met geïnterviewde personen

Maatschappelijk werkers MDA

1. Elly Hijdra, administratief dienstverlener bij MDA
2. Hanneke van Heeren, maatschappelijk werker outreachend team
3. Natasje Sterk, maatschappelijk werker outreachend team
4. Ellen Staat, maatschappelijk werker outreachend team
5. Johanneke Kamp, aandachtsfunctionaris MDA

Cliënten

1. Antilliaanse vrouw van 28 jaar, alleenstaand met 3 kinderen
2. Nederlandse vrouw van 49 jaar, gescheiden met 2 kinderen
3. Nederlandse vrouw van 40 jaar, gescheiden met 1 kind
4. Nederlandse man van 50 jaar, alleenstaand, 2 kinderen die volwassen zijn
5. Nederlandse vrouw van 66, alleenstaand, 2 volwassen kinderen en 2 kleinkinderen

Professionals

1. Lucienne van Klooster, coördinator LZN Prins Alexander en meewerkend teamleider wijkteam
2. Diana Kuik, coördinator LTHG Prins Alexander
3. Floor Polak, meewerkend voorman Wijkteam Jeugd Ommoord
4. Marieke Neervoort, Projectmanager Implementatie Toegang Volwassenen, dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, gemeente Rotterdam
5. Bart Starreveld, kerkelijk werker Prins Alexander

Kennisexperts

1. Anja Machielse, filosoof en sociaal-wetenschapper, associate professor bij de Universiteit of Humanistic Studies, onderzoeker bij LESI
2. Ard Sprinkhuizen, associate lector Maatschappelijk Werk Hogeschool Inholland

Bakens welzijn nieuwe stijl

Baken 1: De vraag achter de vraag

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

Baken 2: Gebaseerd op de eigen kracht van de burger

MDA initieert, faciliteert, adviseert, coacht, maar neemt de verantwoordelijkheid niet over van de burger en hun netwerk.

Baken 3: Direct erop af

MDA hanteert sinds 2007 een outreachende werkwijze ¹⁸⁾, waarbij dienstverleners burgers actief benaderen op grond van (zorg-) signalen. Door motiverende benadering wordt aan versteviging van het netwerk en zelfredzaamheid toegewerkt.

Baken 4: Formeel en informeel in optimale verhoudingen

MDA heeft taakdifferentiatie tot stand gebracht tussen beroepskrachten, studenten en vrijwilligers. Dit betreft vooral huishoudelijke administratie of toeleiding naar schulddienstverlening. Ook het sociale eigen netwerk van de burger blijft of wordt betrokken bij de dienstverlening.

Baken 5: Doordachte balans van collectief en individueel

MDA maakt gebruik van bestaand (lokaal) collectief aanbod en creëert collectieve voorzieningen/groepswerk met studenten, vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en beroepskrachten.

Baken 6: Integraal werken

Aanmeldingen worden voorgelegd in een integraal overleg, waarna medewerkers (formeel en informeel) niet langer volgorde- maar gelijktijdig in een vroeg stadium de diensten inzet.

Baken 7: Niet vrijblijvend, maar resultaatgericht

Elk traject is voorzien van een plan van aanpak met een begin-, evaluatie- en afsluitfase. De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) ¹⁹⁾ wordt hierbij als meetinstrument gehanteerd.

Baken 8: Gebaseerd op ruimte voor de professional

Ruimte voor professionals is onlosmakelijk verbonden aan verantwoord professioneel handelen. Dit stelt eisen aan de competenties en vaardigheden van alle medewerkers. Richtlijn hiervoor is de publicatie Competenties Maatschappelijke Ondersteuning ²⁰⁾.

Zelfredzaamheidsmatrix 2013

S.Lauriks, M.C.A. Buster, M.A.S. De Wit, S. van de Weerd, G. Tigchelaar, en T. Fassaert.

Domein	1= acute problematiek	2= niet zelfredzaam	3= beperkt zelfredzaam	4= voldoende zelfredzaam	5= volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten. Hoge, groeiende schulden.	Onvoldoende inkomsten en/of spontaan of ongepast uitgeven. Groeiende schulden.	Komt met inkomsten aan basis behoeften tegemoet en/of gepast uitgeven. Eventuele schulden zijn tenminste stabiel en/of bewind-voering/inkomens-beheer.	Komt aan basis behoeften tegemoet zonder uitkering. Beheert eventuele schulden zelf en deze verminderen.	Inkomsten zijn ruim voldoende, goed financieel beheer. Heeft met inkomsten mogelijkheid om te sparen.
Dagbesteding	Geen dagbesteding en veroorzaakt overlast.	Geen dagbesteding maar geen overlast.	Laagdrempelige dagbesteding of arbeidsactivering.	Hoogdrempelige dagbesteding of arbeidstoeleiding of tijdens werk en/of volgt opleiding voor startkwalificatie (havo, vwo of mbo-2).	Vast werk en/of volgt opleiding hoger dan startkwalificatie (havo, vwo of mbo-2)
Huisvesting	Dakloos en/of in nachtopvang.	Voor wonen ongeschikte huisvesting en/of huur/hypotheek is niet betaalbaar en/of dreigende huisuitzetting	In veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend en/of in onderhuur of niet-autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en (huur)contract met bepalingen en/of gedeeltelijk autonome huisvesting.	Huishouden heeft veilige, toereikende huisvesting en regulier (huur)contract en/of autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Sprake van huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden gaan niet goed met elkaar om en/of potentieel huiselijk geweld, kindermishandeling of verwaarlozing.	Leden van het huishouden erkennen problemen en proberen negatief gedrag te veranderen.	Relationele problemen tussen leden van het huishouden zijn niet (meer) aanwezig en/of woont alleen.	Communicatie tussen leden van het huishouden is consistent open. Leden van het huishouden ondersteunen elkaar.
Geestelijke gezondheid	Een gevaar voor zichzelf of anderen en/of terugkerende suïcide-ideatie. Ernstige moeilijkheden in het dagelijks leven door geestelijke stoornis.	Aanhoudende geestelijke gezondheidsproblemen die het gedrag kunnen beïnvloeden, maar geen gevaar voor zichzelf/ anderen. Moeilijkheden in het dagelijks functioneren door symptomen en/of geen behandeling.	Milde symptomen kunnen aanwezig zijn en/of enkel matige functioneringsmoeilijkheden door geestelijke problemen en/of behandeltrouw is minimaal.	Minimale symptomen die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven en/of marginale beperking van functioneren en/of goede behandeltrouw.	Symptomen zijn afwezig of zeldzaam. Goed of superieur functioneren in een groot aantal diverse activiteiten. Niet meer dan de dagelijkse besommeringen of zorgen.
Lichamelijke gezondheid	Heeft direct medische aandacht nodig. Een noodgeval/ kritieke situatie.	Een (direct/chronische) medische aandoening die regelmatige behandeling vereist wordt niet behandeld. Matige beperking van (lichamelijke) activiteiten tgv een lichamenlijk gezondheidsprobleem.	Een (chronische) medische aandoening wordt behandeld maar behandeltrouw is minimaal. De lichamenlijke gezondheidsproblemen leiden tot een lichte beperking in mobiliteit en activiteit.	Erkent behoefte aan hulp voor de (chronische) medische aandoening. Goede behandeltrouw.	Er zijn geen directe of voortdurende medische problemen.
Verslaving	Voldoet aan criteria voor ernstig misbruik/verslaving. Resulterende problemen zijn zo ernstig dat institutionalisering of hospitalisatie noodzakelijk is.	Voldoet aan criteria voor verslaving. Preoccupatie met gebruiken en/of bemachtigen van middelen. Onthoudingsverschijnselen of afkick-ontwikkend gedrag zichtbaar. Gebruik resulteert in ontwijken of verwaarlozen van essentiële activiteiten van het dagelijks leven.	Gebruik binnen de laatste 30 dagen. Aanwijzingen voor een middelengebruik gerelateerde sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen. Gebruik interfereert niet met essentiële activiteiten van het dagelijks leven en/of behandeltrouw is minimaal.	Client heeft gedurende de laatste 30 dagen gebruikt maar er zijn geen sociale, werkgerelateerde, emotionele of fysieke problemen ten gevolge van het gebruik zichtbaar. Geen aantoonbaar voortdurend of gevaarlijk middelengebruik en/of goede behandeltrouw.	Geen middelen gebruik/misbruik in de laatste 30 dagen.

Domein	1= acute problematiek	2= niet zelfredzaam	3= beperkt zelfredzaam	4= voldoende zelfredzaam	5= volledig zelfredzaam
Activiteiten dagelijks leven	Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe activiteiten.	Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan en meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in de meeste maar niet alle basis behoeften van het dagelijks leven en de zelfzorg is op peil, maar één of meerdere complexe activiteiten worden niet uitgevoerd.	Voorziet in alle basis behoeften van het dagelijks leven en alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorgeriseerd).	Geen problemen van deze aard en functioneert goed op alle gebieden.
Sociaal netwerk	Gebrek aan noodzakelijke steun van familie/vrienden en geen contacten buiten eventuele foute vriendenkring of ernstig sociaal isolement.	Familie/vrienden hebben niet de vaardigheden/ mogelijkheden om te helpen en nauwelijks contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Blijvend, belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties.	Enige steun van familie/vrienden en enige contacten buiten eventuele foute vriendenkring. Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties.	Voldoende steun van familie/vrienden en weinig contacten met eventuele foute vrienden.	Gezond sociaal netwerk en geen foute vrienden.
Maatschappelijke participatie	Niet van toepassing door crisissituatie en/of in 'overlevingsmodus'.	Maatschappelijk geïsoleerd en/of geen sociale vaardigheden en/of gebrek aan motivatie om deel te nemen.	Nauwelijks participierend in maatschappij en/of gebrek aan vaardigheden om betrokken te raken.	Enige maatschappelijke participatie (bijv. adviesgroep, steungroep) maar er zijn hindernissen zoals mobiliteit, discipline of kinderopvang	Actief participierend in de maatschappij.
Justitie	Zeer regelmatig (maandelijks) contact met politie en/of openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig (meerdere keren per jaar) contact met politie en/of lopende zaken bij justitie.	Incidenteel (eens per jaar) contact met politie en/of voorwaardelijke straf of –invrijheidstelling.	Zelden (minder dan eens per jaar) contact met politie en/of strafblad.	Geen contact met politie. Geen strafblad.

Beschrijving 'Wijkecogram' ²¹⁾

Vragenlijst inventariseren sociaal netwerk van de cliënt in de buurt/ wijk

Algemeen

- Wonen er familieleden van jou in dezelfde wijk waarin jij woont?
- Heb je vrienden in de wijk?
 - Hoe heten ze?
 - Waar staan zij ten opzichte van jou in de cirkel?
 - Hoe betrokken zijn jullie bij elkaar?
 - Hoe vaak hebben jullie contact?
- Heb je contact met je buren? Met wie?
 - Waar staan zij ten opzichte van jou in de cirkel?
 - Hoe betrokken zijn jullie bij elkaar?
 - Hoe vaak hebben jullie contact?
- Ken je nog meer mensen in de wijk?
 - Waar ken je hen van?
- Ben je tevreden met het aantal contacten dat je in de wijk hebt?
- Zou je graag meer mensen willen leren kennen in de wijk?
- Heb je enig idee hoe je dat kunt bereiken?

Gevarieerdheid

- Is.... hier of elders geboren?
- Uit welk land komen zijn of haar ouders?

Inhoud van het contact

- Hoe ziet het contact met eruit?
- Met wie deel je dezelfde interesses of onderneem je activiteiten?
- Welke activiteiten ondernemen jullie?
- Nemen jullie deel aan activiteiten in de wijk?
- Ondernemen jullie zelf activiteiten in de wijk?
- Gaan jullie bij elkaar op bezoek?
- Heb je het gevoel dat je erbij hoort?

Praktische steun

- Wie helpt jou wel eens met praktische zaken, zoals het invullen van formulieren, het vertalen van brieven, op de kinderen passen, een boodschap doen, een klusje in huis, jou wegbrengen ergens naar toe etc.....?
- Help jij anderen met praktische zaken?
 - Aan wie geef jij welke hulp?

Materiële steun

- Leen je wel eens spullen of geld?
 - Van wie?
 - Aan wie?
 - Geef of krijg je wel eens iets?

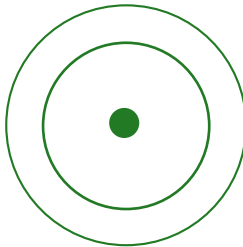
Emotionele steun

- Met wie kun je praten als je de behoefte hebt om met iemand te praten als iets je dwars zit?
- Wie steunt je bij het nemen van moeilijke beslissingen?

'Slapend netwerk'

Bij mensen met een erg klein netwerk kun je ook vragen stellen over contacten die zij hadden in de wijk voordat de problemen begonnen. Mogelijk kunnen die contacten weer geactiveerd worden.

- Met wie had je contact voordat de problemen begonnen?
 - Waar kenden jullie elkaar van?
 - Wat deelden jullie met elkaar?
 - Zou je graag opnieuw contact met hen hem/ haar willen hebben?



● = de persoon zelf

Beschrijving project 'Even Buurten'

Het project 'Even Buurten Rotterdam' richt zich op ouderen boven de 70 jaar die in hun dagelijkse leven tegen kleine of grote problemen aanlopen, die zij zelf niet meer kunnen oplossen. Hun gezondheid verslechtert en ze zijn minder goed ter been. Of zij hebben psychische problemen zoals geheugenklachten, somberheid of angst. Ook hun sociale kring wordt vaak kleiner. Met een beetje hulp uit de buurt kunnen zij echter prima zelfstandig blijven wonen.

Even Buurten bekijkt met de ouderen waar zij behoefte aan hebben om vervolgens samen met de buurt passende ondersteuning te bieden. De oplossing is in de praktijk vaak verrassend eenvoudig. Met een buurtgenoot boodschappen doen, een wandeling maken of samen deelnemen aan een sociale activiteit in de wijk kan al een groot verschil maken. Even Buurten is actief in vier wijken in Rotterdam. In het Lage Land, Lombardijen, Vreewijk en het Oude Westen.

Beschrijving 'Vrijwillige Hulpdienst'

De vrijwillige hulpdienst geeft tijdelijke hulp en ondersteuning aan burgers met een verminderde zelfredzaamheid of functiebeperking. De doelgroep wordt enerzijds gevormd door de burgers van de deelgemeente Prins Alexander die tijdelijk hulp en ondersteuning nodig hebben en anderzijds door burgers die tijdelijk hulp en ondersteuning willen bieden omdat zij (naast hun betaalde werk) vrijwilligerswerk willen doen en/of hun talenten willen ontwikkelen en hun competenties willen vergroten.

Het doel is het benutten en bevorderen van burgerkracht in de eigen buurt. Zowel burgers die de vrijwillige inzet geven als burgers die deze ontvangen kunnen zo het maatschappelijk leven versterken.

De vrijwillige hulpdiensten bestaan uit een groot aantal hulpdiensten die aan burgers worden aangeboden. Het betreft dienstverlening die op maat wordt aangeboden aan burgers bij onder andere het op orde brengen en houden van hun huishoudelijke administratie, het budget en het uitbreiden en opbouwen en bestendigen van sociale contacten.

Het aanbod van vrijwillige hulpdiensten is flexibel en sluit aan op de actuele vraag van burgers. Momenteel bieden zij onder meer:

- Budgetbegeleiding en ondersteuning bij schulddienst/hulpverlening;
- Postwijzer (op orde brengen van huishoudelijke administratie);
- Administratieve ondersteuning;
- Zorgmaatje (samen activiteiten ondernemen);
- Zorgzaam (respijtzorg mantelzorgers);
- Hulp(v)aardig (praktische ondersteuning, klussen);
- Ziekenhuisbegeleiding (vervoer);
- Netwerkcoaches (versterken informele netwerk);
- Hulp bij belastingaangiftes (jaarlijks in de periode voor 1 april).

De hulpdiensten worden uitgevoerd door gekwalificeerde vrijwilligers. Zij worden geworven op basis van vrijwilligersprofielen via advertenties, acties, beurzen etc.

In de matching vindt de koppeling plaats tussen de vrijwilliger en de burger in afstemming en overleg met de betreffende professional(s). Vrijwilligers volgen een basisopleiding aan de MD-academie en afhankelijk van de inzet vervolgmodes (bijvoorbeeld budgetbegeleiding, belastingen, omgaan met psychiatrische aandoeningen, netwerkversterking).

De vrijwilligers werken vanuit hun eigen kennis en expertise integraal samen met het eigen informele netwerk van de burger, andere vrijwilligers en beroepskrachten. Er is sprake van taakdifferentiatie, waarbij ieder verantwoordelijk is voor de eigen taak en afstemming met betrokkenen. Er wordt samengewerkt en afgestemd met de andere organisaties die met vrijwilligers werken. In het bijzonder gebeurt dit in het netwerk Zinvol Actief, een lokaal samenwerkingsverband van vrijwilligersorganisaties, waarvoor MDA de coördinatie verzorgt. De doelstellingen van dit netwerk zijn het promoten van vrijwilligerswerk met de focus op zorg & welzijn, gezamenlijke werving en scholing en het uitwisselen van hulpvragen en vrijwilligers. Het netwerk Zinvol Actief maakt deel uit van het stedelijk Marktplaats Vrijwillige Zorg.

Literatuur

- Baart, A. (2004). *Een theorie van presentie*. Utrecht: Boom Lemma uitgevers.
- Baart, A. (2003). *Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie. Sociale interventie*.
- Boer, N. de & Lans, J. van der (2011). *Burgerkracht. De toekomst van sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO.
- Boer, A. de (red.) (2007). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (scp-publicatie 2007-21).
- Doorn, L. van, Huber, M.A., Kemmeren, C., Linde, M. van der, Räkera, M. & Uden, T. van (2013). *Outreaching werkt!* Utrecht: MOVISIE.
- dwo (2012). *Eropaf in Crabbehof*. Dordrecht: dwo.
- Kampen, T., Verhoeven, I. & Verplanke, L. (2013). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid*. Amsterdam.
- Hoekstra, L.T.M. & Reelick, N.F. (2012). *Kwetsbaar en krachtig*. Sociaalwetenschappelijke Afdeling, gemeente Rotterdam.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid*. Den Haag: SdU.
- Sadiraj, K. (2009). *Toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schlatmann, T., Waarde, R. van (2012). *Zo wordt het spel gespeeld. Over empowerment en gemeenschap, een praktijkonderzoek*. Tubbergen: van der Ros communicatie.
- Tonkens, E. (2010, 2 juni). *Altruïstisch overschot*. De Volkskrant.
- Scholte, M. (2010). *Oude waarden in nieuwe tijden. Over de kracht van maatschappelijk werk in de 21e eeuw*. Utrecht: MOVISIE.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2012). *Armoedesignalement*. Den Haag: scp en cbs.
- Stoelinga, B. (2004) *Nieuwe Competenties voor beroepskrachten*. NIZW.
- Houten, M. van, Kruijswijk, W. & Peters, A. (2013). *Beleidsidealen in de praktijk. Kansen en risico's vanuit het perspectief van cliënten bij de decentralisatie zorg en ondersteuning*. Utrecht: MOVISIE.
- Oorschot, W.J.H. van, Arts, W.A. & Halman, L. (2005). *Welfare state effects on social capital and informal solidarity in the European Union*. Tilburg University.
- Verkenningcommissie HSAO, Meer van waarde, Kwaliteitsimpuls en ontwikkelrichting voor het hoger sociaal agogisch onderwijs, 2014.

