

Het recht van de sterken

Een onderzoek naar uitsluiting van mensen met complexe problemen



Afstudeerscriptie in het kader van de
Masteropleiding Grootstedelijk Vraagstukken en Beleid
Erasmus Universiteit Rotterdam

Stef van de Weerd
studentnummer 306228 SW
maart 2009

begeleiding: Prof. Dr. D. Houtman
tweede beoordelaar: Dr. Th.W.M. Veld

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
1 Inleiding	6
2 Inhoud en probleemstelling	7
2.1 Mensen met complexe problemen	7
2.2 Uitsluiting	7
2.3 Probleemstelling	8
2.4 Opbouw van het onderzoek	9
3 Verkenning	10
3.1 Complexe problemen	10
3.2 Uitsluiting in drie discoursen	11
3.4 Zelfredzaamheid als panacee?	14
3.5 'Wasted lives'	16
3.6 Intrusieve hulp	17
4 Onderzoeksonderwerp en dataverzameling	19
4.1 De casestudy	19
4.2 Het Meldpunt Complexe Zorgvragen en de omgeving	20
4.3 De meldingen bij het Meldpunt	20
4.4 Drie steekproeven	23
5 Onderzoeksresultaten	25
5.1 Kenmerken die bijdragen aan uitsluiting	25
5.1.1 Het ontbreken van steun in de omgeving	26
5.1.2 Gebrek aan vaardigheid in het omgaan met regels en procedures	27
5.1.3 Een ontbrekende hulpvraag	28
5.1.4 Beperkende regels en procedures	30
5.1.5 Beperkingen van het hulpaanbod	31
5.1.6 Problematische samenwerking tussen hulpverleners	32
5.2 Veranderingen in de hulpverlening	33
5.3 Beperkte zelfredzaamheid als belangrijkste beperking	38
5.4 Verkokering en intrusieve hulp	39
6 Conclusie	41
7 Epiloog	43
Bibliografie	44
Bijlage 1 Beschrijving probleemcategorieën	47
Bijlage 2 Cliëntkarakteristieken	48
Bijlage 3 Topografie van keuzevrijheid	49
Bijlage 4 Lijst met geïnterviewden	51
Bijlage 5 Foldertekst Meldpunt	52

Voorwoord

Dit onderzoek is het eindwerkstuk van de Masteropleiding Grootstedelijke Vraagstukken en Beleid. Het is een werkstuk waarin ik de inspiratie, opgedaan in deze studie, en mijn ervaringen als hulpverlener heb gecombineerd. Dat was niet altijd makkelijk. Ik moest loskomen van het hulpverleningsidoom en mezelf een sociologische bril aanmeten. Dick Houtman heeft me daarbij geholpen. Hij heeft me in figuurlijke zin door elkaar geschud en me sterk geprikkeld er iets moois van te maken.

Hierbij dwalen mijn gedachten ook naar de mensen die mij in mijn werk als hulpverlener geïnspireerd hebben. Jacques Weeda en Bram van der Leden waren collega's, maar ook sparringpartner. Zij zijn degenen met wie ik eindeloos gesproken heb over hoe de wereld in elkaar zit, of in elkaar zou moeten zitten.

Dankzij mijn hulpverleningsachtergrond was het mogelijk om onderzoek te doen bij de GGD¹. Ik ben de GGD West Brabant, en met name Bernadette van Oers, erkentelijk voor de mogelijkheid die mij geboden is. Dorien Lips, Marieke Caron, Carmelita Brooks en Angelique van Gorp waren bereid om mij een inkijk te geven in hun werkzaamheden. Ook Gertie Linssen, Ruud Verstralen, Jan Hopman, Carien van Weezel en Nico Wassenberg bedank ik voor de input die ze mij gegeven hebben.

De combinatie van een gezinsleven hebben, werken en studeren is zwaar. Misschien wel het meest voor mijn gezin. Ik was veel afwezig, heb me veel teruggetrokken op zolder, en ook als ik er wel was, was ik er met mijn hoofd niet altijd helemaal bij. Dees, Ik ben jou zeer dankbaar voor de steun en feedback die je mij gegeven hebt. Jouw reactie op mijn eerste schrijfsels: 'mooi lettertype', is legendarisch geworden. Ondertussen draaide het huishouden op volle toeren, was jij druk met je werk en rondde ook jij een opleiding af. Dat dwingt bewondering af.

Eelke, Freek en Rinus: niet in de laatste plaats denk ik aan jullie. Ik zal meer tijd hebben om met jullie te voetballen of andere leuke dingen te doen. Jullie hebben mij gestimuleerd met mooie dansvoorstellingen, door elke keer weer harder te lopen (net iets harder dan ik), en prachtige doelpunten te scoren.

Stef van de Weerd

¹ GGD: Gezondheidsdienst die werkt voor één of meerdere gemeenten

1 Inleiding

‘Just because I’m losing, doesn’t mean I’m lost’
Coldplay²

Dit onderzoek gaat over toegankelijkheid van hulpverlening. In deze casestudy ga ik in op de toegankelijkheid van hulpverlening door te onderzoeken wat de oorzaken zijn van uitsluiting van reguliere hulpverlening. In mijn werk als hulpverlener ben ik veel aangelopen tegen het probleem dat juist zwakke groepen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Dit is niet alleen een hulpverleningsprobleem. Het is ook een verdelingsvraagstuk dat relatie heeft met veranderingen in de samenleving en met allerlei organisatievraagstukken.

Ik heb dit onderzoek uitgevoerd bij de GGD West Brabant in Breda. Omdat ik gebruik gemaakt heb van privacygevoelig materiaal, heb ik de in dit werkstuk aangehaalde voorbeelden geanonimiseerd. Alle namen zijn fictief en vaak zijn ook de voor de casus niet relevante zaken aangepast. Van alle casussen heb ik relevante kenmerken ingevoerd in een database.

In dit onderzoek spreek ik over ‘cliënten’ of mensen met complexe problemen. Veel van deze mensen waren nog niet bij een hulpinstelling ‘in beeld’ of willen helemaal geen hulp. Om deze groep toch op een eenduidige manier aan te duiden heb ik gekozen om de term ‘cliënt’ te gebruiken. Het gaat dus steeds om geïdentificeerde probleemdragers, soms om hulpvragers, soms om hulpweigeraars.

² Dit komt uit het nummer Lost! Van de groep Coldplay, afkomstig van de CD Viva La Vida (2008).

2 Inhoud en probleemstelling

Ik heb in mijn werk als hulpverlener geconstateerd dat mensen met complexe problemen niet de hulp krijgen die ze mijns inziens verdienen. In veel gevallen komt er geen hulp tot stand. Hoe komt het dat er geen contact tot stand komt met reguliere hulpverlening?

2.1 Mensen met complexe problemen

Veel mensen met ernstige complexe problemen maken geen, of in beperkte mate gebruik van professionele hulp. In deze scriptie wordt onder mensen met complexe problemen verstaan:

‘Mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en die om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van hun problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om een of meer van deze problemen te verlichten’ (RMO, 2001). Impliciet wordt er in deze definitie uitgegaan van het oordeel van deskundige hulpverleners.

Er is sprake van een complex probleem omdat mensen kampen met meerdere problemen op verschillende vlakken. De hulpverlening aan deze groep verloopt meestal niet soepel. Daarbij gaat het niet alleen om de interactie tussen cliënt en hulpverlener. De manier waarop hulp georganiseerd wordt heeft veel invloed op de toegankelijkheid van die hulp. Hulpverleningsinstellingen zijn uitgegroeid tot instituties. Deze instituties drukken samen met de overheid een stempel op de manier waarop hulpverlening vorm krijgt. De overheid, hulpverleningsinstellingen, zorgverzekeraars en indicatiestellers; al deze spelers zijn gevangen in een spel dat gemakkelijk leidt tot uitsluiting van mensen met complexe problemen (Baart, 2006).

Mensen met complexe problemen worden in het discours van hulpverleners en beleidsmakers vaak aangeduid met termen als ‘zorgmijders’, ‘onbemiddelbaren’ of ‘verkommerden en verloederden’ (Brussel, 2001; RMO, 2001). Deze kwalificaties geven de relatie tussen de mensen met complexe problemen en de hulpverleningsinstellingen een zekere kleur en lading. De boodschap lijkt: Mensen met complexe problemen wijken af van de norm (hulp ontvangen) en kunnen, doordat zij niet aangesloten zijn op hulpverlening, gemakkelijk in de marge van de samenleving terecht komen.

De *mismatch* tussen degenen die hulp nodig hebben en de hulpverleners heeft ook een andere kant: Sluit de aangeboden hulp wel aan bij mensen met complexe problemen? Hoe kijkt de rest van de samenleving aan tegen deze groep?

2.2 Uitsluiting

Uitsluiting wordt in het maatschappelijk en wetenschappelijk discours van verschillende kanten benaderd. Levitas (1998) onderscheidt drie discourses.

Allereerst wordt vaak de link met armoede gelegd. Armoede biedt een minder gunstig perspectief op kansen en ontwikkeling en daardoor bestaat er een grotere kans op uitsluiting (Wilson, 1996; Jehoel-Gijsbers, 2004; Levitas, 1998).

Een tweede benadering focust vooral op afwijkende normen en waarden. Mensen kiezen voor de makkelijkste weg en doordat mensen zich afwijkend gedragen sluiten zij zichzelf uit van de rest van de samenleving (Burney, 2005; Dalrymple, 2004; Levitas, 1998).

De derde benadering benadrukt het belang van het hebben van betaalde arbeid. De gedachte hierachter is dat arbeid verbindend werkt en bijdraagt aan de integratie van mensen in het grotere geheel. Niet-werken leidt tot minder maatschappelijke betrokkenheid en status (Wilson, 1996; Giddens, 2000; Levitas, 1998).

Deze drie benaderingen hebben een sterk verband met elkaar: Wie niet werkt zal eerder arm zijn, en wie zich niet gedraagt volgens de maatschappelijke normen zal minder snel een baan vinden.

In de loop van de tijd is de verhouding tussen de verschillende discourses veranderd. Zo werd uitsluiting in de hoogtijdagen van de verzorgingsstaat vooral benaderd als een gevolg van armoede. Toen de verzorgingsstaat onder druk kwam te staan door de voortdurend uitdijende voorzieningen kwam de morele dimensie meer naar voren. In de glorie tijd van De Derde Weg³ werd daarbij integratie door arbeid nadrukkelijk op de agenda gezet (Levitas, 1998).

De hulpverlening aan mensen met complexe problemen is onder invloed van de krimpende verzorgingsstaat en de sterke nadruk op normen en waarden veranderd. Hulpverlening werd verzakelijkt en versoberd en er kwam meer aandacht voor intrusieve⁴ vormen van hulpverlening (Baart, 2006; Dijk, Mulder, Roosenschoon, Kroon, & Bond, 2007; Lans, Keuzevrijheid mogelijk maken, 2005).

Met de versobering van de verzorgingsstaat kwam de term zelfredzaamheid in zwang. Vergroting van zelfredzaamheid wordt gezien als een panacee tegen uitsluiting (Tonkens, 2002; Heerikhuizen, 1997; Oorschot & Kolkhuis Tanke, 1989)

2.3 Probleemstelling

Met dit onderzoek wil ik inzicht krijgen in de sociale processen die van invloed zijn op het ontstaan van uitsluiting. Het onderzoek gaat in op de vraag hoe het komt dat er geen aansluiting is tussen mensen met complexe problemen en reguliere hulpverlening. De probleemstelling luidt:

Hoe is te verklaren dat mensen met complexe problemen en reguliere hulpverlening elkaar niet bereiken?

³ De Derde Weg is hier een aanduiding voor de koers die West-Europese sociaaldemocratische partijen volgden in de jaren 90 van de vorige eeuw, waarbij liberale en socialistische ideologie werden gecombineerd (Giddens, 2000). In de jaren 90 van de vorige eeuw was deze stroming dominant en kwam in Nederland tot uiting in de vorm van twee Paarse kabinetten.

⁴ Opdringerig; binnendringend zonder permissie. Zie ook §3.6.

2.4 Opbouw van het onderzoek

De probleemstelling werk ik theoretisch uit in hoofdstuk 3. Ik ga in op problematiek van mensen met complexe problemen en maak onderscheid in discourses over uitsluiting. Ten slotte beschrijf ik de opkomst van de term zelfredzaamheid in het publieke discours.

In hoofdstuk 4 licht ik mijn keuze voor een casestudy toe, beschrijf ik de gebruikte onderzoeksmethode en beschrijf ik de context waarbinnen ik de casestudy gedaan heb.

In hoofdstuk 5 presenteer ik de resultaten van het onderzoek aan de hand van drie steekproeven. Ik beschrijf allereerst welke kenmerken bepalend zijn voor het niet tot stand komen van hulp. Daarna ga ik in op de invloed van het hulpaanbod op uitsluiting van mensen met complexe problemen. Dit doe ik door een vergelijking te maken tussen de effecten van reguliere hulp en reguliere hulp gecombineerd met intrusieve hulp. Vervolgens abstraheer ik de gevonden resultaten.

In hoofdstuk 6 presenteer ik de conclusies van mijn onderzoek.

In de slotbeschouwing (hoofdstuk 7) sta ik ten slotte stil bij een aantal consequenties van mijn bevindingen en doe ik enkele aanbevelingen.

3 Verkenning

In dit hoofdstuk exploreer ik de probleemstelling theoretisch met behulp van relevante literatuur. Dit doe ik door stil te staan bij de twee kernbegrippen uit de probleemstelling, namelijk: ‘mensen met complexe problemen’ en ‘uitsluiting’. Deze begrippen beschrijf ik en voorzie ik van een context.

3.1 Complexe problemen

‘Hoe meer de samenleving hygiëne betracht, hoe meer deze vieze mensen opvallen’
(RMO, 2001, p. 13)

Mensen met complexe problemen vormen een heterogene groep. Het is een groep die varieert van jongeren, die een verleden van verwaarlozing en geweld achter de rug hebben, tot ouderen die lichamelijk en geestelijk aftakelen in een omgeving waarin ze sterk vereenzamen. Het gaat over de kleine ondernemer, die zijn bedrijf failliet zag gaan; de blowende psychotische jongen die geen enkel probleem lijkt te zien, en de man die, nadat hij zijn partner verloor, bleef hangen in zijn verdriet.

Mensen met complexe problemen komen gemakkelijk in een negatieve spiraal terecht waarbij problemen niet oplossen, maar zich juist opstapelen en verdiepen. De complexiteit heeft niet alleen te maken met de individuele problemen maar ook met de omgeving waarin degene leeft. Bovendien heeft ook de maatschappelijke positie en het maatschappelijk klimaat invloed op de situatie (Scholten & Wolf, 2002).

De risico-indicatoren voor een negatieve spiraal zijn, op verzoek van het ministerie van VWS, in 2002 door Scholten en Wolf op een rijtje gezet:

Schema 2: Risico-indicatoren voor marginalisering (Scholten & Wolf, 2002)

Niveau	Risico-indicatoren
Macro Samenleving	• Lage sociaal-economische status: geringe toegang tot maatschappelijke hulpbronnen (opleiding, werk, inkomen) • Individualisering • Nieuwe en hogere eisen • Grote nadruk in samenleving op eigen verantwoordelijkheid van mensen • Grote prestatiegerichtheid van de samenleving • Weinig inspanningen door overheden voor mensen die buiten de boot vallen
Meso Instanties, buurt, groep, gezin, hulpverlening	• Instabiele, onveilige opvoedingssituatie met als extreme vorm kindermishandeling en -verwaarlozing. • Vroege negatieve en traumatische ervaringen • Geringe deelname aan sociale en maatschappelijk verbanden, inactiviteit • Meervoudige problemen op diverse leefgebieden • Cumulatie van levensgebeurtenissen en stressvolle voorvallen • Gebrek aan sociale steun • Afkalving verbondenheid op lokaal niveau • Weinig responsieve, niet goed functionerende hulpverlening

Micro Individueel functioneren	• Persoonlijkheidstrekken • Persoonlijke disposities en oriëntaties, onder andere draagkracht en veerkracht • Psychische problemen • Verslaving • Lichamelijke problemen • Geringe Competenties
--------------------------------------	--

Uit dit overzicht wordt duidelijk dat het hier niet gaat om elkaar uitsluitende risico-indicatoren; de risico-indicatoren overlappen elkaar in belangrijke mate. Het gaat om risico's op verschillende niveaus. De manier waarop de maatschappij georganiseerd is speelt een rol, maar ook omgevingsfactoren, de levensgeschiedenis en de vaardigheden van het individu zijn relevant. Het individu dat in deze negatieve spiraal terecht is gekomen krijgt in de regel geen passende hulp. De onderzoekers concluderen o.a.: 'het zorggebruik staat niet in verhouding tot de vele problemen en de door mensen geuite zorgbehoeften en degenen met de grootste problemen en zorgbehoeften krijgen verhoudingsgewijs de minste hulp' (Scholten & Wolf, 2002).

Hier is sprake van het zogenaamde 'Mattheus-effect'⁵. Dit effect werd o.a. beschreven door Deleeck (1988): 'Onder invloed van sociaal-culturele en van sociaal-politieke factoren gaan vele voordelen van het sociaal beleid verhoudingsgewijs meer naar hogere dan naar lagere bevolkingscategorieën'.

De ongelijke verdeling tussen bevolkingscategorieën komt tot stand door verschillen in sociaal economische positie, door socialisatie en door communicatie. Sociaal beleid wordt niet ingericht naar de behoeften van de meest kwetsbare burgers, maar vooral ingericht naar de behoeften van de dominante middengroep. Dit komt o.a. tot uitdrukking in de toegankelijkheid van voorzieningen, de taal die gesproken wordt en de verwachtingen die hulpverleners hebben ten aanzien van hun cliënten (Deleeck, 1988; Jenkins, 1992).

3.2 Uitsluiting in drie discoursen

Uitsluiting wordt in het politiek, maatschappelijk en wetenschappelijk debat vanuit verschillende zienswijzen benaderd. Er zijn drie discoursen herkenbaar (Levitas, 1998):

- a. Het discours van de ongelijke verdeling
- b. Het morele onderklasse discours
- c. Het participatie discours

De geschetste discoursen zijn ideaaltypen in de traditie van Weber⁶. Deze drie discoursen zijn herkenbaar in het maatschappelijk debat maar worden niet vaak in hun pure vorm gebruikt. De discoursen worden hieronder uitgewerkt.

⁵ Deze naam is ontleend aan 'De gelijkenis van de talenten' uit het evangelie van Mattheus (25; 29) waarin staat: "Want aan een ieder, die heeft, zal gegeven worden en hij zal overvloedig hebben. Maar wie niet heeft, ook wat hij heeft, zal hem ontnomen worden" (NBG, vertaling 1951).

⁶ ideaaltypen zijn theoretische abstracties die ontleend zijn aan de sociale werkelijkheid. Ideaaltypen zijn een heuristisch hulpmiddel om de sociale werkelijkheid te beschrijven.

Ad a. Het discours van de ongelijke verdeling

In het discours van de ongelijke verdeling wordt armoede gezien als de belangrijkste reden van uitsluiting. Armoede leidt direct tot materiële achterstand maar heeft ook indirect een sterke sociale en culturele impact. Directe gevolgen zijn bijvoorbeeld het niet kunnen betalen van een aanvullende ziektekostenverzekering, de huur of een telefoonrekening. Armoede betekent ook dat je minder keuze hebt met betrekking tot woonruimte. Arme mensen komen in de regel terecht in wijken met minder cultureel en sociaal kapitaal. Dat wil zeggen dat er minder mensen in de directe omgeving zijn waar men zich, wat betreft sociaal-maatschappelijke positie, aan kan optrekken. Bovendien is armoede vaak intergenerationeel. Als ouders arm zijn, 'leren' zij hun kinderen ook om arm te zijn door de sociale en culturele bagage die ze hun kinderen meegeven.

Mensen die in armoede leven komen gemakkelijk in een negatieve spiraal terecht. Voorzieningen die bedoeld zijn om compensatie te bieden, zoals huursubsidie en aanvullende bijstand, zijn vaak moeilijk bereikbaar voor deze groep: de regelingen zijn ingewikkeld, bevatten allerlei drempels en vragen om voldoende kennis van de regelgeving.

In het discours van de ongelijke verdeling ligt de verantwoordelijkheid voor de aanpak van uitsluiting bij de overheid en de verzorgingsstaat. Door het creëren van een evenwichtiger inkomensverdeling en financiële ondersteuning van mensen die het niet redden, kan uitsluiting worden voorkomen (Lewis, 1966; Wilson, 1996; Oorschot & Kolkhuis Tanke, 1989; Levitas, 1998).

Ad b. Het morele onderklasse discours

In het 'morele onderklasse discours' is uitsluiting het gevolg van het apathische, afhankelijke gedrag van de onderklasse. De verzorgingsstaat neemt de prikkel weg voor groepen mensen aan de onderkant van de samenleving om aan het werk te gaan. Zij worden door de verzorgingsstaat 'gepamperd' en ze gaan zich daar in toenemende mate naar gedragen. Afhankelijkheid van de overheid is een rationele keuze: waarom werken als je zonder te werken ook je geld krijgt? De onderklasse ontwikkelt zo een levensstijl die botst met de heersende normen en waarden in de maatschappij.

Kenmerkend voor deze onderklasse is het relatief veel voorkomen van geweld, tienerzwangerschappen, één-oudergezinnen, en drugsmisbruik. Hierdoor ontstaat een onderklassecultuur, welke los staat van de rest van de samenleving.

Het tegengaan van uitsluiting wordt in het morele onderklasse discours vooral bereikt door disciplineren en bestraffing. Voorzieningen moeten zoveel mogelijk worden afgebouwd en de onderklasse moet streng gecontroleerd worden door bijvoorbeeld 'blauw' op straat en camera's op 'hotspots'⁷ (Levitas, 1998; Dalrymple, 2004; Burney, 2005; Engbersen, Snel, & Weltevrede, 2005)

Ad c. Het participatiediscours

Het 'participatiediscours' legt een sterke nadruk op deelname aan de arbeidsmarkt. Betaalde arbeid is in dit discours het centrale integratiemechanisme in de samenleving, en daarmee de sleutel voor andere verbanden. In een samenleving die gekenmerkt wordt door consumptie en individualisme moet het individu in zichzelf investeren door scholing en een

⁷ Gebieden die geïdentificeerd zijn als concentratieplekken van overlast en criminaliteit.

plaats veroveren op de arbeidsmarkt. Een leven lang leren is daarbij het uitgangspunt. Bijscholing en omscholing zijn belangrijk zodat het individu een goede kans blijft houden op een plek op de arbeidsmarkt. Mobiliteit en flexibiliteit zijn daarbij cruciaal. De overheid heeft een actieve rol in de voorkoming van uitsluiting van die arbeidsmarkt. Het sociale beleid is sterk gericht op verminderen van werkloosheid door het creëren van drempels voor uitkeringen, flexibiliseren van de arbeidsmarkt door het aanpassen van regelgeving⁸, en allerlei stimuleringsmaatregelen voor het behalen van startkwalificaties (Giddens, 2000; Levitas, 1998; SER, 1997).

3.3 Verschuivingen in het maatschappelijk discours

Vanaf de tweede wereldoorlog tot midden jaren zeventig van de vorige eeuw was het ‘discours van de ongelijke verdeling’ dominant en werd uitsluiting vooral gezien als een gevolg van armoede. De verzorgingsstaat werd steeds verder uitgebouwd.

Midden jaren zeventig van de vorige eeuw lijkt de verzorgingsstaat vast te lopen. De kosten van de voorzieningen liepen op en er was een grote werkloosheid. Er worden kanttekeningen geplaatst bij de houdbaarheid van de verzorgingsstaat. Vooral vanuit neo-liberale hoek wordt het ‘morele onderklasse discours’ ingezet: de verzorgingsstaat maakt mensen afhankelijk en werkt allerlei perverse effecten, zoals een groot aantal arbeidsongeschikten, in de hand; er zijn te weinig prikkels voor mensen om aan het werk te gaan. Er worden forse bezuinigingen op de sociale voorzieningen ingezet.

In het maatschappelijk discours duikt de term ‘zelfredzaamheid’ steeds nadrukkelijker op. Met het appel op zelfredzaamheid worden nadrukkelijk degenen aangesproken die afhankelijk zijn van de verzorgingsstaat. Grof gezegd: de overheid trekt zich terug en mensen moeten zichzelf zien te redden (Tonkens, 2002; WRR, 2006; Swaan, 1996; Heerikhuizen, 1997).

Het versoberen van de verzorgingsstaat zorgde voor een crisis in sociaal-democratische hoek. Het ideaal van de verzorgingsstaat bleek minder haalbaar dan gedacht of gehoopt. Er werd een nieuwe koers uitgezet. Waar er eerst werd gestreden voor een rechtvaardige verdeling van de welvaart, -waarbij de strijd om de productiemiddelen werd gesmoord door de verzorgingsstaat-, werd nu het individu gezien als belangrijkste productiemiddel. De ideologen van dit ‘participatiediscours’, dat de Derde Weg werd genoemd, pleitten voor *empowerment* van de burger. De burger moest een springplank krijgen om tot gelijke kansen te komen. De zelfredzaamheid van die burger was hierbij het uitgangspunt. De overheid moest die springplank bieden. Niet door te verzorgen, maar door voorwaarden te creëren in de vorm van bijvoorbeeld onderwijs. Betaalde arbeid is het ultieme doel in deze benadering. Grof gezegd is zelfredzaamheid in deze benadering de norm, en moeten mensen die niet zelfredzaam zijn *empowered* worden (WRR, 2006; Giddens, 2000; Heerikhuizen, 1997; Tonkens, 2002).

⁸ Maatregelen die daarbij passen zijn: het versoepelen van het ontslagrecht en het verbeteren van de rechtspositie van mensen met een tijdelijk contract door CAO-afspraken.

Eind jaren negentig van de vorige eeuw werd het ‘morele onderklasse discours’ weer dominant. Deze periode werd gemarkeerd door de Fortuyn-revolutie⁹. Er volgde een politieke omwenteling waarbij er sterk werd ingezet op bestrijding van onveiligheid en overlast. Groepen die overlast verzorgden of afweken van de norm, zoals druggebruikers, prostituees, maar ook huisjesmelkers werden niet meer gedoogd. Wet- en regelgeving werden aangepast om op te kunnen treden tegen deze groepen. Er was als het ware geen plaats meer voor deze grensoverschrijdende vormen van zelfredzaamheid. In het politieke debat werd sterk de nadruk gelegd op ‘normen en waarden’.

Het klimaat voor allochtone burgers werd in deze periode ongunstiger. Deze groepen zouden zich onvoldoende aanpassen aan de Nederlandse normen en waarden en dit werd gekoppeld aan de problemen die een deel van de allochtone jongeren veroorzaakten. Veelal bleef de ongunstige sociaal-economische positie van allochtonen groepen buiten beeld. Samenvattend kan gezegd worden dat in deze periode de nadruk lag op zelfredzaamheid binnen het dominante Nederlandse kader van normen en waarden (Jong, 2007; Swaaningen, 2005; Burney, 2005).

Het huidige discours kan gekenschetst worden als een combinatie van het morele onderklasse discours en het participatiediscours. Dit komt o.a. tot uiting in het beleidsprogramma van het Kabinet Balkenende IV waarin aan de ene kant werk en scholing en aan de andere kant veiligheid als belangrijke thema’s naar voren komen (Ministerie van Algemene Zaken, 2007; Steyaert, Bodd, & Linders, 2005).

3.4 Zelfredzaamheid als panacee?

Zelfredzaamheid is een veel gebruikt en breed begrip in het huidige maatschappelijk discours¹⁰.

Over het begrip zelfredzaamheid schrijft de Van Dale¹¹:

“vermogen om het leven in te richten zonder dat hulp van anderen nodig is”.

Vanuit het morele onderklasse discours geredeneerd is het van belang om mensen aan te spreken op hun zelfredzaamheid zodat zij geen ongewenst gebruik van voorzieningen maken. Door mensen aan te spreken op hun zelfredzaamheid kan de overheid een stap terug treden.

Vanuit het participatiediscours is zelfredzaamheid een essentiële voorwaarde voor participatie op de arbeidsmarkt.

Het begrip zelfredzaamheid wordt veel gebruikt in verband met stelselwijzigingen op het gebied van de ziektekosten en de maatschappelijke ondersteuning, zonder dat er een duidelijke definitie gebruikt wordt (Movisie). Met name bij de actuele bezuinigingen op de

⁹ Fortuyn maakt in 2001 en 2002 faam als een onconventioneel politicus. Hij stelde de heersende politieke cultuur aan de kaak en werd op 6 mei 2002 vermoord.

¹⁰ Een google zoekopdracht ‘zelfredzaamheid’ in de categorie nieuwsberichten levert vanaf medio oktober 2008 tot medio januari 2009 vrijwel dagelijks berichten op.

¹¹ Van Dale Handwoordenboek Hedendaags Nederlands, Utrecht, 2003.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt nadrukkelijk een beroep gedaan op de zelfredzaamheid van burgers (Reerink & Wammes, 2008)¹².

Movisie e.a. (Movisie / NJI / Vilans) beschrijven zelfredzaamheid als “het vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bijvoorbeeld wassen, aankleden en koken en vermogen om sociaal te kunnen functioneren”.

Deze definitie legt meer nadruk op het sociaal functioneren. Maar ook psychologische en cognitieve vaardigheden spelen een rol bij het begrip zelfredzaamheid. Het individu moet zichzelf bijvoorbeeld op een adequate manier waarnemen. Als er bijvoorbeeld een hongerprikkel is, moet dat uiteindelijk resulteren in iets te eten. Dat lijkt voor veel mensen geen probleem, maar als iemand somber, onder invloed van weed¹³ of psychotisch is, bestaat de kans dat die zelfwaarneming anders is en dat er uiteindelijk niet wordt gegeten. In sociale contacten kunnen problemen met zelfwaarneming ook tot belemmeringen leiden. Daarbij kan gedacht worden aan het niet goed kunnen inschatten van risico's of juist het te voorzichtig zijn. Zelfredzaamheid impliceert bovendien dat het individu een aantal basisvaardigheden bezit zoals kunnen lezen, het begrijpen van regelgeving, kunnen plannen en kunnen ordenen. Niet iedereen beschikt echter over die vaardigheden.

In meer sociologische beschrijvingen van het begrip zelfredzaamheid wordt vooral ingegaan op het contextuele karakter van het begrip. Mensen zijn sociale wezens die op elkaar zijn aangewezen. De ene mens kan de ander redden. Maar jezelf redden is een vreemd gegeven. Je kunt vaardig zijn in overleven of slimme wegen bewandelen, maar jezelf redden kan eigenlijk niet. Tonkens spreekt over een *contradictio in terminis*: ‘Het is een reactief woord, dat verwijst naar iets anders waar het een reactie op is, maar dat zelf verzwegen wordt. Blijkbaar redde er eerst iemand anders. Die ander doet het nu niet meer en daarom moet je nu maar jezelf redden. Wie redde er dan eerst, die er blijkbaar nu geen zin meer in heeft of het niet meer kan en daarom roept dat we dus nu onszelf moeten redden?’ (Tonkens, 2002, p. 243).

Van Heerikhuizen (1997) verbindt de opkomst van het begrip zelfredzaamheid aan het wegvallen van traditionele sociale verbanden. Het propageren van zelfredzaamheid in een periode waarin traditionele sociale verbanden wegvallen, bestempelt hij als een voorbeeld van ‘twijfelachtig reductionisme’. Juist mensen die niet in staat zijn om zich te voegen in andere, nieuwe sociale verbanden komen alleen te staan. Problemen van het collectief worden op die manier geïndividualiseerd, en het feit dat er sprake is van grotere maatschappelijke problemen verdwijnt hiermee naar de achtergrond.

Zelfredzaamheid wordt in de benadering van Van Heerikhuizen vooral bepaald door de mate waarin mensen kunnen functioneren in een sociale context. Hij spreekt over ‘zelfredzaamheid nieuwe stijl’: ‘Het excelleren in en naar je hand zetten van de subtiële spelregels van de moderne onderhandelingsmaatschappij’. Daarnaast moeten de

¹² De nadruk op eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid is niet onomstreden. De vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) verzet zich tegen de maatregelen die naar haar mening ten koste gaan van kwetsbare groepen (brief van aan VNG aan staatsecretaris Bussemaker d.d. 30-09-08)

¹³ Softdrug met geestverruimende werking.

zelfredzame mensen zich soepel kunnen verplaatsen van de ene naar de andere sociale rol en daarbij is ‘kunnen netwerken’ een belangrijke vaardigheid (ibid).

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat het appel op zelfredzaamheid niet voor iedereen reëel is. Individuen die problemen hebben met zelfredzaamheid zijn aangewezen op hulp van anderen. Door voortdurend te wijzen op het belang van zelfredzaamheid, zonder expliciet te maken wat er precies mee bedoeld wordt of wat er verwacht wordt, maakt de overheid zich naar deze groepen schuldig aan ‘symbolisch geweld’¹⁴: De overheid creëert een symbool (zelfredzaamheid) dat op zichzelf niet omstreden is, maar impliciet niet-zelfredzame groepen buitenspel zet. Zelfredzaamheid is de norm (Jenkins, 1992; Heerikhuizen, 1997).

De versoering van de verzorgingsstaat zou volgens de overheid ook opgevangen moeten worden door een versterking van de sociale structuur. De gedachte is dat door meer sociale samenhang, mensen meer steun kunnen ontlenen aan hun omgeving en daardoor een minder groot beroep op hulpverlening (Dautzenberg, Neefjes, Kolner, & Soomeren, 2008). Impliciet is hier de veronderstelling dat mensen met meer steun in hun omgeving dus ook zelfredzamer zijn.

Beck (Beck & Beck - Gernsheim, 2001, pp. 202-213) karakteriseert concepten zoals sociale samenhang en ‘de buurt’ als ‘zombie categorieën’. Het zijn concepten die veel gebruikt worden, maar waarvan de waarde twijfelachtig is. Het zijn letterlijk ‘dode’ concepten. De huidige tijd wordt gekenmerkt door een sterke individualisering en een ambivalente, vluchtige ‘*self-driven*’ sociale structuur die sterk gekleurd is door het eigen belang van het individu (ibid.). Sociale structuren ontstaan vooral op basis van wederkerigheid; Ik doe iets voor jou, omdat jij ook wat voor mij doet, of omdat ik dan wat van je terug kan verwachten. Mensen met complexe problemen lopen in een dergelijke situatie het risico buitengesloten te worden omdat hun ‘ruilwaarde’ gering is, en ze bovendien vaak als een bedreiging van die sociale structuur gezien worden (Dautzenberg, Neefjes, Kolner, & Soomeren, 2008). Schinkel (2007) benadrukt dit door zijn stelling dat in de huidige maatschappij een vorm van sociale hypochondrie heerst; een ziekelijke preoccupatie met alles wat afwijkt van het ‘normale’. De doorgeslagen zelfreflectie maakt maatschappelijke problemen groter dan ze zijn, door mensen met problemen uit te sluiten in plaats van in te sluiten.

3.5 ‘Wasted lives’

Mensen die niet zelfredzaam zijn zijn vaak afhankelijk van sociale voorzieningen. In het huidige overheidsbeleid wordt veel nadruk gelegd op productiviteit. Een te grote nadruk op productiviteit in de vorm van betaalde arbeid brengt het risico met zich mee dat degenen die daartoe (b.v. door complexe problemen) niet in staat zijn, buitengesloten worden. Zygmunt Bauman schetst in zijn boek ‘*Wasted Lives*’ (2004) hoe mensen hun rol in de samenleving verliezen en overbodig worden voor die samenleving. Hij spreekt in dit

¹⁴ Symbolisch geweld is een term die geïntroduceerd is door de Franse socioloog Bourdieu.

verband over 'human waste'. De bijdrage van de overheid aan het overbodig worden van mensen beschrijft hij als volgt:

'It did it first by dismanteling collective forms of insurance to cover individuals who fell off the productive treadmill (temporarily, it was assumed). It was the kind of insurance that made obvious sense to both left and right wings of the political spectrum as long as the fall (and thus the assignment to productive waste) was deemed to be a temporary mishap, ushering in a brief stage of recycling ('rehabilitating', then returning to active service in the industrial force). But it quickly lost its 'beyond left and right' support once the prospects of recycling started to look remote and uncertain and the facilities of regular recycling looked increasingly incapable of accommodating all who had fallen or who had never risen in the first place' (Bauman, 2004, p. 84).

Bauman schetst hier hoe het dominante discours, een mengeling van het morele onderklasse discours en het participatiediscours, leidt tot een situatie waarin mensen 'overbodig' worden. Daarin ligt de gedachte besloten dat mensen pas volwaardig meetellen als ze productief zijn. Hulpverlening slaagt er niet in om deze mensen weer productief te maken en daarmee weer bij de samenleving te betrekken. Ze worden daardoor overbodig voor de samenleving.

Bauman vervolgt:

'Second, the state obliged by designing and building new secure waste-disposal sites - an endeavour certain to command ever growing popular support as the hopes of successful recycling faded, as the traditional method of human-waste disposal (through the exportation of surplus labour) ceased to be available, and as the suspicion of human universal disposability deepened and spread wider, together with the horror that the sight of 'wasted human' evoked' (Bauman, 2004, pp. 84-85).

Bauman verwijst hier naar het ontstaan van nieuwe vormen van opvang van mensen die overbodig zijn geworden. Zij worden afgescheiden van de rest van de samenleving; 'opgeborgen' om de overlast tot een minimum te beperken.

3.6 Intrusieve hulp

Vanaf het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw is er in Nederland een toenemend bewustzijn bij sommige hulpverleners en belangengroepen dat veel mensen niet bereikt worden door hulpverlening. Hun kritiek op de bestaande hulpverlening is dat reguliere hulpverlening zich steeds meer achter bureaus en in kantoren teruggetrokken heeft; dus uit de leefwereld van cliënten. De verantwoordelijkheid voor hulpverlening wordt door de reguliere hulpverlening bij de cliënten gelegd. Cliënten die niet zelfredzaam zijn worden zo niet bereikt. Vanuit deze onvrede ontstonden er naast de reguliere zorg allerlei initiatieven die te omschrijven zijn als intrusieve hulpverlening. De hulpverlener

neemt hierbij zo nodig het initiatief en de verantwoordelijkheid voor de relatie. Cliënten worden in hun eigen leefwereld opgezocht waarbij op een praktische wijze hulp wordt verleend. Deze vormen van hulp worden ook wel bemoeizorg¹⁵ genoemd. In de regel wordt intrusieve hulp gegeven vanuit een team van hulpverleners en zijn deze teams gericht op samenwerking met andere vormen van hulpverlening (Lans, Medema, & Räkers, 2003; Mulder & Kroon, 2005).

¹⁵ De term ‘bemoeizorg’ werd geïntroduceerd door Henselmans in het boek: Bemoeizorg; ongevraagde hulp voor psychotische patiënten, Eburon, Delft (1993).

4 Onderzoeksontwerp en dataverzameling

4.1 De casestudy

Voor de uitwerking van de probleemstelling heb ik gekozen voor een casestudy. Door een beperkt aantal exemplarische casussen te bestuderen, verbanden te leggen met relevante literatuur en de relevante omgevingsfactoren te betrekken wil ik inzicht krijgen in de vele factoren die van invloed zijn op de hulpverlening aan mensen met complexe problemen.

Om informatie over mensen met complexe problemen en hun problemen met de toegang tot reguliere hulpverlening te verzamelen heb ik gebruik gemaakt van cliëntgegevens van het Meldpunt Complexe Zorgvragen van de GGD Westbrabant (Meldpunt). Bij het Meldpunt worden mensen aangemeld met complexe problemen die om een of andere reden niet bij de reguliere hulpverlening terecht komen. Daarom was het meldpunt een goede locatie voor mijn onderzoek.

Hierbij kon ik tevens profiteren van mijn werkervaring in het verleden. Ik heb in de regio Breda gewerkt als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en was daardoor bekend met de sociale kaart en de aard van de werkzaamheden van het Meldpunt. Door stage te lopen bij de GGD kon ik, op basis van mijn verpleegkundige achtergrond, toegang krijgen tot de benodigde informatie.

Het doel van de bemoeienis van het Meldpunt is om de cliënten die aangemeld worden zo snel mogelijk naar passende hulpverlening te leiden. Het doel is dus niet om zelf hulp te verlenen. In de regel zijn de reguliere kanalen naar hulpverlening verstopt, geblokkeerd, of is het onduidelijk welke kanalen überhaupt begaanbaar zijn. Het toeleiden van cliënten is daarom in de meeste gevallen een tijdrovende zaak. Het werk bestaat uit veel telefoneren, het leggen van contact met cliënten, het overleggen met instanties en het verleiden van instanties tot het leveren van zorg.

Het Meldpunt neemt meldingen uit heel West-Brabant aan. Voor dit onderzoek heb ik me geconcentreerd op de aanmeldingen uit de stad Breda. Ik heb gekozen voor een stedelijke omgeving, omdat ik verwachtte dat uitsluiting van mensen met complexe problemen juist daar zichtbaar is. Bovendien was ik bekend met de hulpverlening in Breda en ben ik geïnteresseerd in de ontwikkelingen die er in het hulpverleningsaanbod in Breda plaats vinden.

4.2 Het Meldpunt Complexe Zorgvragen en de omgeving

Het onderzoek is uitgevoerd bij het Meldpunt complexe zorgvragen van de GGD West-Brabant¹⁶. Het meldpunt is telefonisch bereikbaar en is bedoeld voor iedereen die zich zorgen maakt over een medeburger. Cliënten kunnen zich ook zelf melden of komen in beeld bij een spreekuur van de GGD binnen de opvangvoorziening voor daklozen. Ook instanties zoals de politie, woningcorporaties en de gemeenten kunnen cliënten melden bij het Meldpunt.

Het Meldpunt heeft met veel instellingen te maken, zoals de GGZ¹⁷, de verslavingszorg, maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, woningcorporaties en andere instanties. Door contact te zoeken met deze instellingen wordt ervoor gezorgd dat cliënten de juiste hulp krijgen.

Daarnaast bestaan er vanuit kerkelijke instellingen enkele inloopvoorzieningen waar mensen met complexe problemen zich kunnen melden. Daar vinden ze een luisterend oor en van daaruit wordt ook een beroep op hulpverlening gedaan. ‘De inloopvoorzieningen functioneren als een soort luis in de pels voor de reguliere instellingen’, aldus Mw. Van Wezel, beleidsambtenaar maatschappelijke Opvang bij de gemeente Breda. Zij geven signalen over knelpunten en houden daarmee de gemeente en de hulpinstellingen scherp. Verder werken vanaf 2006 hulpverleningsinstellingen, woningcorporaties en politie samen in drie zogenaamde zorgnetwerken verspreid over de stad. Dit zijn overlegorganen waar casussen (meestal van mensen met complexe problemen) besproken wordt en waar taken verdeeld worden.

De gemeente faciliteert deze zorgnetwerken en de GGZ-instelling coördineert deze netwerken.

4.3 De meldingen bij het Meldpunt

Alle meldingen worden telefonisch getoetst door een sociaal verpleegkundige. Er wordt gecheckt of er daadwerkelijk sprake is van complexe problematiek. Met de melder wordt een afspraak gemaakt over de terugkoppeling en over de voortgang van de melding. Bij elke casus worden de bevindingen teruggekoppeld. Daarbij wordt overigens nadrukkelijk rekening gehouden met de privacy van de cliënt.

Na een melding gaat de sociaal verpleegkundige op onderzoek uit. Zij kijkt of de cliënt al eerder aangemeld geweest is bij het Meldpunt en informeert op basis van de melding bij instellingen of de cliënt daar bekend is. Soms leidt die inventarisatie al direct tot het opstarten van hulp. Soms gaat de sociaal verpleegkundige op huisbezoek om inzicht te krijgen in wat er aan de hand is.

Als er sprake is van complexe problematiek word de casus geregistreerd in een zogenaamd Client Volg Systeem (CVS). Het systeem is vanaf eind 2005 in gebruik bij de GGD. In Tabel 1 vindt u een overzicht van alle meldingen in het CVS.

¹⁶ Uitgebreide informatie over het Meldpunt is te vinden in bijlage 5 of op <http://www.ggdwestbrabant.nl/Vragen/meldpunt-ggd/Meldpunt-GGD.html>

¹⁷ Geestelijke Gezondheidszorg

Tabel 1

Meldingen in het CVS per jaar d.d. 15-05-2008					
2005	2006	2007	2008	Totaal	
53	133	126	45	357	totaal
31	107	108	35	281	reguliere meldingen
22	26	18	10	76	zelfmelders

Op 15 mei 2008 stonden er 357 cliënten in het CVS geregistreerd. In enkele gevallen stonden cliënten dubbel in het systeem. Die informatie is ten behoeve van dit onderzoek samengevoegd. Om inzicht in de populatie te krijgen werd van al deze casussen de problematiek geïnventariseerd en het resultaat hiervan werd ingevoerd in een database.

Over het verloop van het aantal meldingen valt niet veel te zeggen. Na de invoering in de loop van 2005 worden er in 2006 133 meldingen gedaan. In het volgende jaar 126 en in de eerste periode van 2008 45. Als we dit laatste cijfer omrekenen naar een jaarcijfer, zou 2008 uitkomen op 120. Er lijkt dan sprake van een licht dalende tendens. Het gaat te ver om deze conclusie te trekken omdat dit slechts gebaseerd is op twee volledige metingen (2006 en 2007). Ook als de cliënten die zich zelf melden (zelfmelders) op een van de spreekuren van de GGD (o.a. in de opvang voor daklozen) weggelaten worden is er sprake van een licht dalende tendens, zonder dat hier conclusies aan te ontleen zijn.

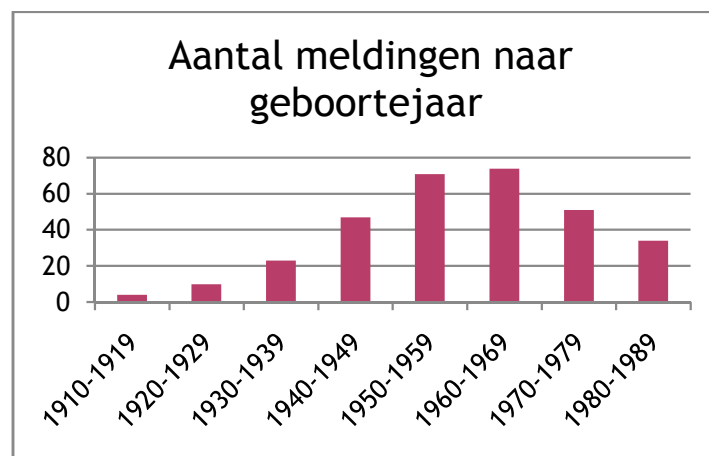
In tabel 1 heb ik een onderscheid gemaakt tussen reguliere meldingen (meldingen door derden) en zelfmelders. Ik heb de groep 'zelfmelders' er uitgelicht omdat deze vooral voortkomen uit de consulten in de maatschappelijke opvang. Deze consulten zijn een onderdeel van de medische vangnetfunctie die de GGD naast het Meldpunt ook vervult. Uit de analyse van de casussen blijken de zelfmelders vooral te kampen met somatische problemen en huisvestingsproblemen¹⁸. Dat komt overeen met de verwachtingen. Deze groep meldt zich in de maatschappelijke opvang waar de GGD spreekuur houdt voor mensen met somatische problemen. Omdat het ook gaat om een groep die de reguliere zorg niet bereikt en die kampt met complexe problemen heb ik deze groep meegenomen in het onderzoek.

Voor alle aanmeldingen bij het Meldpunt geldt dat mensen niet via de reguliere weg de zorg krijgen die nodig is. Die reguliere weg loopt in de regel via de huisarts. De huisarts vervult in de Nederlandse zorg de functie van poortwachter. De huisarts kan zorgbehoefte signaleren en vaststellen en de juiste professionals inschakelen. Meldingen die bij het Meldpunt terecht komen omzeilen deze route.

Om een indruk te krijgen van de populatie die bij het Meldpunt in beeld komt belicht ik hieronder een aantal kenmerken van de meldingen in het CVS.

¹⁸ Zie voor meer informatie ook tabel 4 of bijlage 2

Grafiek 1



De gemiddelde leeftijd van de cliënten in het CVS is 50 jaar¹⁹. De leeftijden lopen uiteen van hoogbejaard (97 jaar) tot jongvolwassen (20 jaar).

Alle burgers kunnen melden bij het meldpunt complexe zorgvragen. Overige melders zijn woningcorporaties, politie, en de gemeente. In dit laatste geval gaat het meestal om de dienst Welzijn, die als verstrekker van uitkeringen in contact komt met cliënten.

Ook zorgverleners melden bij de GGD. Dit gaat om vrijwel alle instellingen die er binnen het zorgspectrum te vinden zijn. Vaak weten individuele hulpverleners van deze instellingen niet hoe de zorg rond een cliënt georganiseerd kan worden, en vragen daarbij de hulp van de GGD.

Niet in alle gevallen was de melder uit het CVS te achterhalen omdat die niet ingevoerd was in het CVS.

Tabel 3

Meldingen aan het meldpunt zoals vermeld in CVS d.d. 15-05-2008		
Clïënt meldt zichzelf	21%	(76)
Burger	18%	(65)
Zorgverleners	15%	(54)
Woningbouwcorporatie	14%	(48)
Politie	10%	(34)
Gemeente	7%	(24)
Onbekend	16%	(56)

De problemen waarmee cliënten gemeld worden zijn divers. Bij het maken van een onderverdeling is zoveel mogelijk aangesloten bij de terminologie en de interpretatie zoals die door de GGD gebruikt wordt²⁰.

¹⁹ Peildatum is 15 mei 2008

²⁰ Zie bijlage 1 voor een uitgebreidere beschrijving

Tabel 4

Problematiek van cliënten zoals vermeld in het CVS d.d. 15-05-2008			
	totaal	regulier	zelfmolders
Psychiatrische problemen	41%	47%	17%
Huisvestingsproblematiek	35%	24%	74%
Somatische problemen	31%	22%	68%
Verslaving	31%	31%	34%
Vervuiling	21%	27%	0%
Ernstige financiële problemen	17%	19%	13%
Overlast aan derden	15%	19%	3%
Verwaarlozing	14%	17%	1%
Huiselijk geweld	6%	7%	1%

Veel cliënten hebben problemen die in meerdere categorieën scoren.

Om inzicht te krijgen in de intensiteit van de bemoeienis van de GGD heb ik ten slotte per casus het aantal interventies²¹ vastgelegd en bovendien heb ik vastgelegd hoelang een dossier in behandeling was²². Gemiddeld werden per casus 9 interventies uitgevoerd en was een dossier 6 maanden in behandeling.

4.4 Drie steekproeven

Uit alle casussen heb ik vervolgens drie steekproeven getrokken welke ik nader heb onderzocht. Ik zal hieronder toelichten hoe ik tot mijn keuze van de steekproeven ben gekomen.

Eerste steekproef

Allereerst ben ik op zoek gegaan naar de categorie cliënten waar uitsluiting van hulp het sterkst waarneembaar zou kunnen zijn. Ik heb daarom gekozen voor de cliënten met complexe problemen die ondanks de inspanningen van het Meldpunt niet toegeleid zijn naar hulpverlening. De inspanningen van de GGD-verpleegkundigen hebben bij deze cliënten niet tot resultaat geleid. Uit deze groep heb ik de 12 cliënten gekozen waarvoor de meeste inspanningen zijn verricht. Het gaat hier dus om een selecte steekproef die op basis van de kenmerken 'niet toegeleid' en 'veel inspanningen door het Meldpunt' gekozen is.

Op papier is dit hardnekkige casuïstiek. Ondanks grote inspanning bereikt het Meldpunt daar geen resultaat. Mijn veronderstelling is dat bij deze casuïstiek inzichtelijk is welke mechanismen een rol spelen bij de uitsluiting van zorg. Ik beschrijf deze mechanismen in paragraaf 5.1.

²¹ Met interventie wordt hier bedoeld: een telefoongesprek, een huisbezoek of overleg, waarvan verslag gedaan is in het CVS.

²² Aantal maanden tussen de eerste en laatste interventie.

Tweede en derde steekproef

Omdat het hulpaanbod relevant is en aan verandering onderhevig heb ik me ook op de verandering in het hulpaanbod gericht. Meer specifiek gaat het om de vraag of de introductie van intrusieve zorg effect heeft op het voorkomen van uitsluiting.

Ik heb twee situaties met elkaar vergeleken.

In de eerste situatie was er alleen sprake van reguliere hulpverlening²³. Deze hulpverlening gaat uit van de verantwoordelijkheid en de motivatie van de cliënt.

In de tweede situatie bestond er naast reguliere hulp ook intrusieve hulp²⁴. Dat betekent dat mensen die geen gebruik maken van reguliere hulpverlening ondanks hun forse problemen, een intrusief aanbod krijgen waarbij de hulpverlening het initiatief neemt tot contact en dit ook continueert (zie ook paragraaf 3.4).

De keuze voor deze steekproeven houdt verband met het veranderde hulpaanbod. Begin 2006 was er nog nauwelijks sprake van intrusieve hulpverlening in de regio. Het aanbod bestond, kort door de bocht, uit reguliere hulpverlening, of anders geen hulp.

In de loop van 2006 en in 2007 is een aantal initiatieven genomen die de aard van de hulpverlening aan mensen met complexe problematiek sterk veranderd heeft. Er werden zorgnetwerken ontwikkeld, er kwam een bemoeizorgteam waarin hulpverleners uit verschillende instellingen samenwerken, en de GGZ-instelling startte met een zogenaamd *Assertive Community Treatment Team* (ACT-team). Kenmerkend voor deze initiatieven is dat hulpverleners verantwoordelijkheid nemen voor het contact met de cliënt, de cliënt opzoeken, en hulp niet vrijblijvend aanbieden. Als cliënten niet open staan voor reguliere hulpverlening wordt er overgeschakeld op intrusieve zorg.

Het hulpaanbod in 2008 bestaat, kort door bocht, uit reguliere hulp en zo nodig intrusieve hulp.

De tweede en derde steekproef zijn aselekt omdat in beide gevallen alle cliënten uit een bepaalde periode worden meegenomen. Doordat de gekozen perioden vergelijkbaar waren (in duur, in tijd van het jaar en aantal cliënten) kon er een vergelijking gemaakt worden tussen de twee steekproeven. Deze werden vergeleken op basis van de zes kenmerken die uit de eerste steekproef naar voren kwamen. Uit deze vergelijking komen een aantal verschillen naar voren. Deze verschillen illustreer ik in paragraaf 5.2 aan de hand van interviews met sleutelfiguren en literatuur.

Uit de vergelijking ontstaat een beeld van de gevolgen van de veranderingen van het hulpaanbod. Een vergelijking op basis van een statistische analyse is niet verantwoord, omdat met veranderingen ook de meldstructuur veranderde: niet alle casuïstiek wordt meer bij het Meldpunt geregistreerd. Zo melden woningcorporaties in 2006 vooral bij het Meldpunt. In 2008 melden corporaties vooral in de zorgnetwerken. Ook de medewerkers van het Meldpunt participeren in de zorgnetwerken, en zijn daarmee onderdeel geworden van een 'bredere' meldstructuur.

²³ De tweede steekproef (alleen reguliere hulp) betreft alle meldingen uit de eerste 135 dagen van 2006

²⁴ De derde steekproef (reguliere en zo nodig intrusieve hulp) betreft alle meldingen uit de eerste 135 dagen van 2008.

5 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen beschreven. Op basis van een selecte steekproef worden de kenmerken beschreven die bijdragen aan uitsluiting. De veranderingen als gevolg van de introductie van intrusieve hulp worden beschreven en de bevindingen worden geabstraheerd.

5.1 Kenmerken die bijdragen aan uitsluiting

Om een eerste indruk te krijgen van de redenen waarom mensen met complexe problemen geen zorg krijgen, werden uit alle aanmeldingen in het cliënt volgsysteem (CVS), 12 meldingen gekozen waar de sociaal-verpleegkundigen van de GGD zich intensief mee bezig gehouden hebben zonder dat dit leidde tot duurzame hulpverlening²⁵. Het toegangsprobleem tot zorg was bij deze groep, ondanks de bemoeienis van de GGD, niet tijdelijk en niet overkomelijk. Binnen die casussen is er een selectie gemaakt voor de casussen waarbij de verpleegkundigen van de GGD de meeste acties hebben uitgevoerd. Het aantal acties varieerde bij deze casussen tussen 19 en 57. Uit de vastgelegde rapportages destilleerde ik de kenmerken, die in de onderzochte casus bepalend waren voor het feit dat er geen hulp tot stand kwam. Ik heb al deze rapportages minutieus doorgenomen en ik heb herkenbare patronen vastgelegd. Daarna heb ik deze geclusterd. Omdat de rapportages interpretaties zijn van de sociaal verpleegkundigen, vaak op basis van meldingen van derden, bestaat het risico van vertekening (onderzoeksbias). De sociaal verpleegkundigen hebben echter geen rol in de daadwerkelijke hulpverlening en vervullen hun bemiddelende rol juist op basis van een onafhankelijke, objectieve positie. Daarom verwacht ik dat de vertekening beperkt c.q. verwaarloosbaar zal zijn. Uit deze analyse kwamen onderstaande zes kenmerken naar voren. Enkele kenmerken laten zich onderverdelen in subkenmerken:

- 1 Het ontbreken van steun in de omgeving
 - A. Alleenstaand, zonder sociaal netwerk
 - B. Geen contact met de huisarts
- 2 Gebrek aan vaardigheid in het omgaan met regels en procedures
- 3 Een ontbrekende hulpvraag
 - A. De cliënt wil geen hulp
 - B. De cliënt kan geen hulpvraag formuleren
- 4 Beperkende regels en procedures
 - A. Indicatiecriteria
 - B. Intakeprocedures en wachttijden
 - C. Formele belemmeringen voor het verlenen van hulp
- 5 Beperkingen van het hulpaanbod
 - A. Hulpverlening biedt geen passende hulp

²⁵ Met duurzame hulpverlening wordt hier bedoeld dat er uit de beschrijving in het CVS blijkt dat de cliënt hulpverlening heeft gekregen, en dat de hulpverleningsinstelling voornemens is deze, zo nodig, te blijven verlenen.

B. Hulpverlening wordt eenzijdig door hulpverlener gestopt
6 Problematische samenwerking tussen hulpverleners

Deze kenmerken kunnen niet los van elkaar gezien worden. Ze versterken elkaar in veel gevallen, en interfereren ook met elkaar. Zo kan het voor iemand die alleenstaand is, en geen netwerk heeft, lastiger zijn om te weten te komen hoe sommige regels werken of om een hulpvraag te formuleren, omdat er geen beroep gedaan kan worden op een netwerk voor informatie of feedback. Als een cliënt moeite heeft met het formuleren van een hulpvraag, geprikkeld en geïrriteerd raakt als hij niet goed begrepen wordt, kan dat gemakkelijk uitgelegd worden als agressie. Het gevolg kan dan zijn dat de hulpverlener het contact eenzijdig verbreekt.

In de volgende paragraaf ga ik aan de hand van de casussen in op de verschillende kenmerken.

5.1.1 Het ontbreken van steun in de omgeving

In verreweg de meeste gevallen hebben de cliënten uit de selectie geen sociaal netwerk waar ze steun aan kunnen ontleen. Ook is er vaak geen contact met de huisarts. Soms is er geen contact omdat dit verwaterd is, soms ook omdat men niet verzekerd is of moeite heeft met allerlei administratieve verplichtingen die gepaard gaan met het hebben van een verzekering. Er is geen direct objectief verband tussen het ontbreken van steun en uitsluiting. Het gaat in dit geval om een indirect verband: er zijn geen mensen die aan de bel trekken als het niet goed gaat, of die bereid zijn directe steun te verlenen.

Mensen zonder steun in hun omgeving zijn verstoken van sociaal kapitaal zoals tips en allerlei praktische hulp die je vanuit een sociaal netwerk kunt verwachten. Er is geen sprake van wederkerige relaties. Als men anderen weinig te bieden heeft, kan men ook weinig terug verwachten. Mensen kunnen daardoor in een negatieve spiraal terecht komen. Ook hebben deze mensen vaak geen contact met instanties of voorzieningen, zoals de huisarts. Dit komt overeen met bevindingen uit onderzoek van Komter e.a. (2000) die bovendien constateren dat het ontbreken van sociale netwerken samen gaat met het niet of nauwelijks profiteren van het lokale armoedebeleid.

In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre er contact was met de huisarts. In het Nederlandse zorgstelsel is de huisarts de ingang voor veel zorg. De huisarts kan extra zorg inschakelen, indicaties stellen of doorverwijzen naar een specialist. Als er geen contact is met een huisarts, zijn deze reguliere wegen niet opengesteld.

Voorbeeld 1: Henk

Op verzoek van buurtbewoners gaat de wijkagent, samen met een sociaal verpleegkundige van de GGD, op bezoek bij Henk, een 40 jarige alleenstaande man. De burens zijn bang dat hij dood in huis ligt. Het huis is sterk vervuild en er is ongedierte gesignaleerd. Henk doet niet open. Het lijkt alsof hij niet thuis is. Wel wordt er regelmatig een auto van het bedrijf waar Henk voor werkt gesignaleerd. In de weken die volgen lukt het niet om contact te krijgen met Henk. In het zorgnetwerk (overleg tussen hulpverleningsinstellingen, woningcorporatie en politie) wordt afgesproken dat Henk

actief benaderd zal gaan worden (bemoeizorg). Er wordt achterhaald wie de huisarts is van Henk. De huisarts heeft hem al 6 jaar niet meer gezien. De huisarts legt contact met de ouders van Henk. Zij willen niets met de zaak te maken hebben. Wel ontstaat er contact met de zus van Henk. Zij vertelt dat Henk niet meer de oude is, na een bedrijfsongeval 6 jaar geleden. Een vriend van hem is daarbij om het leven gekomen. In die tijd kwam hij sterk in conflict met zijn ouders. Ook zou hij regelmatig veel drinken. Zijn moeder, die hem hielp met de huishouding, stopte daarmee. Langzamerhand zijn alle contacten, ook die met zijn zus, verwaterd.

De zus van Henk is bereid te bemiddelen en door haar tussenkomst kan de woning opgeruimd en schoongemaakt worden. Zus omschrijft Henk als depressief. Voor de familie is het onbegrijpelijk dat de situatie zo heeft kunnen verslechteren. De ruzie met ouders wordt op initiatief van zus bijgelegd. Het lukt hulpverleners niet om rechtstreeks contact te krijgen met Henk. De casus wordt afgesloten.

Uit de casus van Henk komt naar voren dat hij weinig steun had in zijn omgeving. Er lijkt een verband te bestaan tussen het overlijden van zijn vriend en de problemen die hij nu heeft. Hoewel hij werk heeft, verslechterde zijn thuissituatie en kwam hij in een neerwaartse spiraal terecht. Door de bemoeienis van de hulpverlening is de neerwaartse spiraal doorbroken en is de relatie met zijn familie gedeeltelijk hersteld. Ook de huisarts is weer in beeld. Wel is er bij iedereen de zorg dat Henk weer langzaam aan lager wal gaat raken. Zijn familie begrijpt hem niet goed en Henk staat niet open voor hulp. Het is de hulpverlening gelukt om zijn netwerk en de huisarts weer te betrekken maar het is niet gelukt om contact met Henk zelf te krijgen. De hulpverleners zijn uiteindelijk gestopt omdat zij hun inspanningen niet meer als rendabel inschatten. Ze kampen met een hoge werkdruk en worden door hun leidinggevende 'afgerekend' per contact. Mogelijk dat de huisarts het contact zal onderhouden. Hierover zijn geen harde afspraken gemaakt. Naar verwachting zal Henk zelf geen initiatief nemen om ondersteuning te organiseren. Henk kwam in beeld omdat alle steun om hen heen was weggefallen en hij die steun zelf niet organiseert.

5.1.2 Gebrek aan vaardigheid in het omgaan met regels en procedures

De zelfredzaamheid van Henk is beperkt doordat hij vermoedelijk zelf geen initiatief zal nemen als hij opnieuw in de problemen komt en hij niet in staat lijkt om ondersteuning te organiseren. Daarvoor ligt een ander probleem. Dit heeft te maken met de manier waarop Henk kijkt naar zijn eigen situatie. Zolang hij zijn situatie niet als problematisch waarneemt zal hij ook geen initiatieven nemen. Zelfredzaamheid zou op basis van de casus van Henk gezien kunnen worden als een combinatie van zelfwaarneming, initiatief nemen en organiseren. Het is ook belangrijk om op een goede manier om te kunnen gaan met regels en procedures. Als dat niet soepel verloopt komt er ook geen hulp tot stand, zoals blijkt uit de casus van Joke:

Voorbeeld 2: Joke

Joke is 33 jaar en heeft een dochter van negen jaar. Toen Joke 15 jaar oud was, overleed haar moeder en verbleef ze op veel verschillende opvangadressen. Joke heeft moeite om haar leven te organiseren. Ze maakt gemakkelijk schulden en loopt altijd tegen de ‘verkeerde’ mannen aan. Joke heeft in het verleden vaak aangeklopt bij het maatschappelijk werk, voor hulp bij haar schulden en andere praktische problemen. Vaak was Joke teleurgesteld omdat het niet gemakkelijk bleek haar te helpen. Joke reageerde meestal boos als haar rol als moeder ter sprake kwam.

Nu komt ze in beeld omdat in haar woning een weedplantage is ontdekt. Volgens Joke was dit de enige manier om van haar schulden af te komen, en werd ze onder druk gezet door criminele kennissen. Haar woning gaat op bevel van de rechter ontruimd worden. Maatschappelijk werk heeft tijdelijk onderdak voor haar en haar dochter geregeld. Joke is echter niet van plan om zich uit haar woning te laten zetten. Ze heeft een advocaat ingeschakeld. Deze ziet echter weinig mogelijkheden. Bovendien heeft Joke gedreigd een bom te gooien in het kantoor van de woningbouwvereniging. Joke staat niet open voor hulp. Na overleg heeft het Meldpunt de casus afgesloten. De hulpverlening is van mening dat Joke weet waar ze terecht kan, en eventuele noodzakelijke opvang kan zo nodig geregeld worden.

Uit de casus van Joke komt naar voren dat ze weinig vertrouwen heeft in mensen. Ze lijkt niet goed in staat om anderen goed in te schatten. Haar relatie met hulpverleners is ambivalent. Ze trekt wel aan de bel maar kan niet goed leven met (voor haar) teleurstellende oplossingen. Hulpverleners ervaren het gedrag van Joke als problematisch. Het lukt niet goed om een lijntje te leggen met Joke en ze houdt zich slecht aan regels en afspraken. Joke redt het niet alleen. Ze kan haar leven niet goed organiseren en ze neemt onder druk vaak onverstandige beslissingen. Joke trekt regelmatig aan de bel bij hulpverleners maar haar analyse van de situatie wordt niet gedeeld door de hulpverleners. Dit heeft tot gevolg dat er uiteindelijk geen duurzame hulp tot stand komt. Joke heeft onvoldoende vaardigheden. Ze zoekt op ‘haar manier’ hulp maar dit leidt niet tot resultaat of werkt averechts. Haar heftige reactie leiden gemakkelijk tot een afwijzing. Het is de vraag of het contact door het Meldpunt ook afgesloten was als Joke minder heftig gereageerd had en haar kwetsbare kant had laten zien.

5.1.3 Een ontbrekende hulpvraag

Veel cliënten hebben een ambivalente houding ten aanzien van de hulpverlening. Soms is er wel een hulpvraag, maar sluiten de hulpverleners hier niet op aan. In veel gevallen staan cliënten wel open voor praktische ondersteuning, maar sluit de aangeboden hulp niet aan bij hun praktische vragen.

Van Doorn (2002) constateert dat cliënten moeite hebben met het verlies van hun waardigheid en autonomie in het contact met hulpverleningsinstellingen.

Voorbeeld 3: Joesoef

Joesoef is 28 jaar en zwerft rond nadat hij uit de gevangenis is gekomen. Hij heeft volgens zijn moeder, die hem heeft aangemeld, een ontstoken kaak die niet behandeld

wordt. In de gevangenis is hij onderzocht door een psychiater. Deze omschreef hem als achterdochtig en adviseerde ambulante behandeling (bemoeizorg). Hij adviseert de GGZ-instelling contact op te nemen met de medische dienst van de gevangenis. Ondanks verzoeken van moeder en de GGD komt er geen contact tot stand tussen Joesoef en de medewerker van de GGZ. Na zes weken, als Joesoef weer uit de gevangenis is, is er een eenmalig contact met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Joesoef vertelt dat het goed met hem gaat en dat hij zijn afspraak bij de tandarts vergeten was. Hij heeft geen behoefte aan hulp. Joesoef heeft op dat moment geen inkomsten en is niet verzekerd. Hij slaapt naar zijn zeggen bij vrienden en is op zoek naar een kamer. Op basis van dit gesprek sluiten zowel de GGZ als de GGD het dossier.

Soms willen cliënten helemaal niets weten van hulpverlening. In het voorbeeld wil Joesoef geen hulp. De vraag is waarom? Kan hij zijn situatie wel goed inschatten en is hij zelf wel in staat om oplossingen te vinden? Het is duidelijk dat Joesoef nog te kampen heeft met praktische problemen en er is bovendien een verdenking dat er sprake is van psychiatrische problematiek en somatische problemen (ontstoken kaak). Naast de ontbrekende hulpvraag lijkt werkdruk hier ook een belangrijke rol te spelen. Een bezoek aan de gevangenis wordt door de hoge werkdruk uitgesteld en er valt daardoor een gat in de zorg. Op de indrukken uit één gesprek heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige besloten om het contact af te sluiten terwijl Joesoef nog flinke problemen heeft.

Voorbeeld 4: Fred

Fred is 52 jaar. Hij is al jarenlang verslaafd aan heroïne. Hij verblijft veel in de daklozenopvang. Overdag verblijft hij noodgedwongen op straat. Hij meldt zich regelmatig bij een van de verpleegkundigen van de GGD. De lichamelijke toestand van Fred is zorgelijk. Omdat hij regelmatig heroïne blijft gebruiken en hij erg ongezond leeft blijft zijn toestand zorgelijk. Een opname in de verslavingskliniek zou kunnen helpen, maar Fred kan niet opgenomen worden omdat hij methadon (een medicijn dat gegeven wordt als alternatief voor heroïne) weigert. Hij weigert die methadon omdat hij het lichamenlijk niet kan verdragen. Hij wordt er ziek van. Hij heeft hierover al een langer lopend conflict met de arts uit de verslavingskliniek. De GGD-arts heeft begrip voor Fred omdat zijn gezondheid erg slecht is en omdat hij zich wat voor kan stellen bij de bezwaren van Fred tegen methadon. Overleg tussen de GGD-arts en de verslavingsarts leidt niet tot resultaat. Fred krijgt het advies om elders onderdak te gaan zoeken. Het verblijf in de daklozenopvang brengt hem voortdurend in contact met andere verslaafden en dealers. Fred blijft echter in de daklozenopvang. De medewerkers van de daklozenopvang maken zich veel zorgen over Fred.

Fred staat wel open voor hulp, maar het contact met de verslavingsarts verloopt niet goed. Het lukt Fred niet om te onderhandelen, of de taal van de hulpverlener te spreken. Baart (2006) spreekt over referentiële beperkingen: hulpzoekers moeten de taal spreken en begrijpen van de hulpverlening, zich conformeren aan de rol van patiënt en zich gedragen volgens de regels die gelden binnen de instelling. Dit sluit aan bij wat Bourdieu 'symbolisch geweld' noemt: het opleggen van een gedragspatroon dat als legitiem ervaren wordt, en gebaseerd is op een ongelijke machtsverhouding. Hier schuilt het gevaar van machtsmisbruik en willekeur. Dergelijke patronen dragen volgens Bourdieu sterk bij aan bestendiging van bestaande machtsverhoudingen (Jenkins, 1992).

In de beide voorbeelden (Joesoef en Fred) is er meer aan de hand dan een ontbrekende hulpvraag. Ook werkdruk, starre regels en samenwerkingsaspecten spelen een rol.

5.1.4 Beperkende regels en procedures

In enkele gevallen maken regels en procedures hulpverlening onmogelijk. Dit komt naar voren in het voorbeeld van Marly.

Voorbeeld 5: Marley

Marly is 25 jaar en afkomstig uit Afrika. Hij heeft een verstandelijke beperking. Zijn contactpersoon bij de sociale dienst trekt aan de bel. Hij levert zijn briefjes niet op tijd in, heeft geen huisarts, maar heeft ook geen behoefte aan hulp omdat het volgens hem goed gaat met hem. Hij spreekt slechts een paar woorden Nederlands. Ook met een tolk verloopt de communicatie moeizaam. Marly reageert niet op brieven, reageert niet op zijn voicemail en is vaak niet thuis. Daardoor is het lastig om contact op te bouwen. Na vele contactpogingen door de verpleegkundigen van de GGD lijkt Marly (na twee maanden) bereid tot het accepteren van hulp en hij wordt aangemeld bij MEE²⁶. Nadat Marly toestemming gegeven heeft tot het verstrekken van zijn gegevens zal MEE hem uitnodigen voor een intakegesprek. Dit gebeurt schriftelijk zoals de gewoonte is. Na drie maanden blijkt er geen contact te zijn ontstaan tussen Marly en de medewerker van MEE.

De GGD biedt aan te bemiddelen en het lukt om samen een intakegesprek te doen. Inmiddels is er onduidelijkheid over zijn verblijfsstatus ontstaan. Daarom is zijn uitkering gestopt. Marley komt nu vrijwel dagelijks langs bij de sociale dienst en de GGD. Hij is boos vanwege het staken van zijn uitkering en hij eist hulp. Hij kan zijn huur niet meer betalen en dreigt uit zijn huis gezet te worden. Via de sociale dienst en bemiddeling van de GGD-verpleegkundige krijgt Marly een lening om zijn huur te betalen. MEE heeft haar bemoeienis gestaakt omdat zij geen hulp mogen geven aan mensen zonder legale status. Na 3 maanden blijkt de verblijfsstatus onterecht te zijn ingetrokken. De uitkering is hersteld. Marly wil inmiddels niets meer weten van hulpverlening via MEE. De GGD sluit de casus uiteindelijk omdat Marly geen echte zorgmijder is: als hij vastloopt zal hij (naar verwachting) weer aan de bel trekken.

In het voorbeeld komt ook naar voren dat de hulpverlener geen rekening houdt met de situatie van de cliënt. Zo wordt Marly schriftelijk geïnformeerd over een afspraak terwijl uit de aangeleverde informatie duidelijk is dat hij het Nederlands niet machtig is en zijn post niet opent. Mogelijk is dit ook een gevolg van arbeidsdeling. De functionaris die de zorg plant doet dit onafhankelijk van degene die de zorg uitvoert. Instellingen gaan verschillend om met de regels. De ene hulpverlener probeert te ‘dealen’ met de situatie, en weet daardoor te regelen dat Marly niet uit zijn huis gezet wordt. De

²⁶ MEE is een instelling die ondersteuning biedt aan mensen met een beperking, met name aan mensen met een verstandelijke beperking.

andere hulpverlener begint pas, als de formele status van Marly helemaal duidelijk is. Helaas is Marly dan al teleurgesteld afgehaakt.

Hulpverleners gaan verschillend om met hun discretionaire bevoegdheid²⁷. Dit fenomeen is uitvoerig beschreven door Lipsky (1980). Hulpverleners hebben te maken met een hoge werkdruk en moeten in hun dagelijkse praktijk omgaan met tegengestelde eisen op het gebied van klantvriendelijkheid, het hanteren van regels en het behalen van de afgesproken organisatiedoelstellingen. Zij moeten flexibel zijn. Gefaciliteerd met weinig middelen, moeten zij keuzes maken waarbij zij de cliënt soms tegemoet komen, maar juist soms niet bedienen.

Discretionaire ruimte is nodig om in te kunnen gaan op de complexiteit van situaties, en vanwege de vraag van cliënten naar invoelende hulpverleners die inspelen op de wensen van de cliënt. Discretionaire ruimte leidt echter ook soms tot willekeur, procedureel gedrag, en leidt soms tot gedrag waarbij hulpverleners kiezen voor de -voor henzelf- makkelijkste weg. Lipsky noemt hulpverleners ‘street-level bureaucrats’ vanwege hun worsteling met belangen en regels binnen de discretionaire ruimte:

‘The search for the correct balance between compassion and flexibility on the one hand, and impartiality and rigid rule-application on the other hand present a dialectic of public service reform. Reformers attempt to limit workers discretion at one time, and increase it at another’ (Lipsky, 1980, pp. 16-17)

5.1.5 Beperkingen van het hulpaanbod

Een voorbeeld van aansluitproblemen tussen cliënt en hulpverleners, maar ook tussen hulpverleners onderling, is te vinden in de casus van Joris.

Voorbeeld 6: Joris

Joris (50 jaar) schrijft in een brief aan de woningbouwvereniging dat hij het leven niet meer aan kan. Hij is boos op zijn burens en dreigt hen iets aan te doen. Zijn burens zouden hem negatief beïnvloeden. Dit zou gebeuren door bestralingen en door klopgekluisen. Hij eist van de woningbouwvereniging vervangende woonruimte. Joris wordt aangemeld bij het Meldpunt en heeft hier enkele gesprekken. Hij vertelt dat hij al sinds zijn 8e jaar bekend is met psychiatrische klachten als gevolg van een neurologisch probleem. Hoewel hij goed kon leren is het leven hem zwaar gevallen. Hij werd altijd veel gepest. Het maken van sociale contacten verloopt problematisch en hij heeft altijd het gevoel gehad niet begrepen te worden. Recent werd hij geweigerd bij een vrijwilligersorganisatie omdat hij niet in de groep zou passen.

In het verleden heeft hij veel baat gehad bij gesprekstherapie bij het RIAGG²⁸. Joris gaat na enige aarzeling akkoord met een doorverwijzing naar de GGZ. Hij is boos dat hij zijn verhaal daar weer moet vertellen en haakt af als blijkt dat hij na het intakegesprek wordt doorverwezen naar een andere behandelaar. Hij klopt weer bij de GGD aan. Daar weet de verpleegkundige hem te overreden om toch in zee te gaan met zijn nieuwe behandelaar.

²⁷ Dit is de ruimte waarbinnen hulpverleners zelfstandig beslissingen kunnen nemen, en zo bijvoorbeeld af kunnen wijken van een formele regel.

²⁸ Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg; dit is een voorloper van de huidige GGZ instelling.

Na een half jaar komt er een nieuwe melding binnen bij de GGD. Cliënt heeft zich dreigend uitgelaten naar zijn burelen. Het contact met de hulpverlening heeft hij verbroken omdat 'ze' geen alternatieve woonruimte voor hem wilden regelen. Joris voelt zich niet serieus genomen. Zijn laatste behandelaar ziet er weinig heil in om weer contact te leggen met Joris. Hij geeft het advies om hem aan te melden bij het ACT-team²⁹. De psychiater van het ACT-team spreekt met Joris en komt tot de conclusie dat er wel sprake is van ernstige psychiatrische problemen, maar dat behandeling door het ACT-team geen zin heeft omdat dat te weinig rendement zou hebben. Er komt geen hulp tot stand en de GGD sluit de casus.

Uit de casus komt naar voren dat Joris veel moeite heeft met de doorverwijzingen binnen de GGZ-instelling. Als hij eenmaal de hulpverlener toegewezen heeft gekregen die hem zou passen haakt hij af. Het aangeboden 'product' bevalt hem niet. Zijn vraag om andere huisvesting is niet beantwoord. Binnen de GGZ-instelling lijkt geen consensus over wat het meest passende aanbod voor Joris is.

Als een reactie vermijdt Joris de zorg en de hulpverleners lijken verlamd door de structuur van hun eigen instelling. Schout (2007) spreekt over zorgvermijding en zorgverlamming. Hij legt een verband met de modernisering van de samenleving. Deze gaat gepaard met anomie³⁰ van cliënten en vervreemding van hulpverleners. Deze twee processen versterken elkaar en maken dat er geen hulp tot stand komt.

De vraag van Joris naar andere huisvesting past ogenschijnlijk niet bij het aanbod van de GGZ en het is ook begrijpelijk dat de woningbouwvereniging Joris niet zonder meer een andere woning toewijst. Joris wordt daarmee voor alle partijen een lastige klant. Begeleiding van Joris in het gesprek met de woningbouwvereniging zou beter tegemoet komen aan de vraag van Joris. Doordat binnen de GGZ-instelling niet duidelijk is wie wat moet doen, gebeurt er niets en verdwijnt Joris uit beeld.

5.1.6 Problematische samenwerking tussen hulpverleners

Uit de verschillende casusbeschrijvingen komt naar voren dat er vaak niet soepel en effectief samengewerkt wordt door hulpverleners. Hulpverleners zijn vooral gericht op hun eigen deelterrein en door hun beperkte blikveld niet altijd effectief. Verschillende hulpverleners zouden door adequate samenwerking een effectiever hulpaanbod kunnen doen.

In het voorbeeld van Joris werken hulpverleners binnen de GGZ-instelling niet effectief samen en er wordt ook niet gezocht naar een gezamenlijke strategie met de woningbouwvereniging.

De casus van Henk (voorbeeld 1) levert potentieel ook een samenwerkingsprobleem op. Als de huisarts Henk uiteindelijk weet te overtuigen van het nut van hulpverlening en constateert dat Henk langdurig somber is, te veel drinkt, dat er sprake is van onverwerkt verdriet en dat hij de laatste tijd veel schulden maakt kan hij hem op naar verschillende instanties verwijzen.

²⁹ *Assertive Community Treatment Team*. Dit team geeft intrusieve zorg aan mensen met psychotische problematiek.

³⁰ Normloosheid; onthechting van sociale structuren.

Hij kan naar het maatschappelijk werk vanwege zijn schulden en zijn levensproblemen. Maatschappelijk werk kan hem ook weigeren vanwege zijn depressie, verslaving en hem voor zijn schulden doorverwijzen naar de kredietbank.

Ook kan hij terecht bij de GGZ om wat aan zijn depressieve klachten te doen. Verslaving is echter vaak een grond voor afwijzing.

Bij de verslavingszorg wordt mogelijk de depressie als grootste probleem gezien en wordt de aanpak van de financiële problemen als cruciaal bestempeld.

Misschien heeft Henk wel baat bij psychotherapie om stil te staan bij vragen bij zijn onverwerkte verdriet en de betekenis daarvan. Gebrek aan motivatie en de aard van de bijkomende problematiek zullen hiervoor mogelijk uitsluitingsgronden zijn.

Henk kan in theorie overal terecht maar in de praktijk is het lastig om passende reguliere hulp te vinden. Voor de huisarts ontstaat een patstelling. Het is vrijwel onmogelijk om mensen zoals Henk naar passende reguliere hulpverlening te verwijzen.

5.2 Veranderingen in de hulpverlening

In het veld van de hulpverlening zijn de laatste jaren veranderingen doorgevoerd die hebben geleid tot een meer bedrijfsmatige cultuur. Zorg wordt meer gezien als een product. Er wordt meer klantgericht gedacht, maar daarbij werd de zorg ook zakelijker. Managers gingen sturen op resultaten, welke zijn vastgelegd in productieafspraken (Baart, 2006). Deze veranderingen hebben voor een groot deel van de zorgconsumenten geleid tot een beter ‘zorgproduct’. Baart geeft daarnaast verschillende redenen aan waarom deze bedrijfsmatige cultuur slecht aansluit bij sommige mensen. Het marktmodel in de zorg (Baart, 2006, p. 827):

- degradeert dienstverlening tot productie en sleurt in zijn val werkers, cliënten en managers mee,
- maakt allerlei essentiële vragen en verlangens zoek,
- negeert zijn eigen beperkingen en slaat onvoldoende acht op de schade die het aanricht en op de signalen dat het zo niet verder kan.

Het marktmodel in de zorg maakt dat mensen met complexe problemen minder goed bereikt worden en dus uitgesloten worden van hulp (ibid). De introductie van intrusieve hulp en de vorming van samenwerkingsverbanden zijn te beschouwen als pogingen om de ongewenste effecten van een te sterke bedrijfsmatige cultuur te verzachten.

De introductie van intrusieve hulpverlening naast reguliere hulpverlening verandert het aanbod en heeft gevolgen voor het de aard van de meldingen bij het Meldpunt. Door twee steekproeven te nemen uit de meldingen in het CVS, te weten 44 casussen zonder intrusieve hulp en 45 casussen in situatie met intrusieve hulp ontstaat een beeld van de veranderingen in de hulpverlening. In tabel 6 zijn alle casussen gescoord aan de hand van de zes kenmerken (zie §5.1).

Tabel 6: Belemmeringen voor hulp in de periode 2006 en 2008

Belemmeringen voor hulp	Reguliere hulp (2006) ³¹	Reguliere +intrusieve hulp (2008) ³²
Het ontbreken van steun in de omgeving	36 (82%)	29 (64%)
Alleenstaand zonder netwerk	32 (73%)	27 (60%)
Geen contact met huisarts	17 (39%)	10 (22%)
Gebrek aan vaardigheden in het omgaan met regels en procedures	24 (55%)	19 (42%)
Een ontbrekende hulpvraag	17 (39%)	15 (33%)
Cliënt wil geen hulp	12 (27%)	12 (27%)
Cliënt kan geen hulpvraag formuleren	5 (11%)	3 (7%)
Beperkende regels en procedures	6 (14%)	3 (7%)
Indicatiecriteria	2 (5%)	0 (0%)
Intakeprocedures en wachttijden	2 (5%)	0 (0%)
Formele belemmeringen voor het verlenen van hulp	2 (5%)	3 (7%)
Beperkingen van het hulpaanbod	9 (20%)	0 (0%)
Hulpverlening biedt geen passende hulp	7 (16%)	0 (0%)
Hulpverlener stopt eenzijdig hulpverlening	2 (5%)	0 (0%)
Problematische samenwerking tussen hulpverleners	9 (20%)	0 (0%)
	N=44	N=45

Uit tabel 6 wordt duidelijk dat het ontbreken van steun in de omgeving een belangrijke belemmering is voor het ontvangen van hulp. Een sociaal netwerk kan directe praktische en emotionele ondersteuning bieden en helpen bij de toeleiding naar hulpverlening. Bij de casussen met uitsluitend reguliere zorg was het ontbreken van een netwerk voor 82% van de cliënten een probleem en in de situatie met intrusieve zorg was dit 64%. Ook de vaardigheid van de cliënt met betrekking tot procedures en regels is een groot probleem. In de situatie met uitsluitend reguliere zorg was dit voor 55% van de cliënten een probleem en in de situatie met intrusieve hulp voor 42%.

Een mogelijke verklaring voor deze vermindering is de verandering in het aanbod van de hulpverlening in Breda. Door de gehele stad zijn samenwerkingsstructuren ontstaan waarbij sociaal beheerders van woningcorporaties, wijkagenten en hulpverleners intensief samenwerken rondom complexe problematiek. Problemen worden daardoor sneller gesignaleerd en hulpverleners hebben het gevoel er niet alleen voor te staan bij complexe problemen. Daardoor is er bij hulpverleners ook meer bereidheid om over de grenzen van het eigen domein heen te kijken (Verschuren, Boer, Overduin, & Kroon, 2004).

³¹ Dit is de tweede steekproef; Alle casuïstiek uit de eerste 135 dagen van 2006

³² Dit is de derde steekproef; Alle casuïstiek uit de eerste 135 dagen van 2008

De samenwerking tussen hulpverleningsinstellingen kan vanuit de zogenaamde ‘speltheorie’³³ weergegeven in het volgende schema:

Schema 3

		Hulpverleningsinstelling X	
		Hulp	Geen Hulp
Hulpverleningsinstelling Y	Hulp	X en Y leveren samen effectieve hulp	Y levert ineffectieve hulp
	Geen Hulp	X levert ineffectieve hulp	X en Y leveren beiden geen hulp

In veel gevallen kan reguliere hulpverlening geen passende oplossing bieden voor cliënten met complexe problemen. Als iemand zichzelf bijvoorbeeld verwaarloost en verward is omdat hij te veel drugs gebruikt, kan het belangrijk zijn dat hij groepstherapie krijgt om wat aan zijn verslaving te doen. Als er echter niets aan zijn praktische problemen gebeurt zoals het opruimen van zijn huis, sanering van schulden en het herstellen van sociale contacten, is de kans erg groot dat de groepsgesprekken weinig effect hebben. In een dergelijke casussen is het gewenst dat de instelling voor verslavingszorg samenwerkt, bijvoorbeeld met het maatschappelijke werk. Uitsluitend verslavingszorg is niet effectief omdat de cliënt gemakkelijk terug valt door zijn problematische thuissituatie. Uitsluitend praktische hulp is ook niet effectief omdat door de verslaving, en verwardheid die daarmee gepaard gaat, de boel weer snel mis kan gaan. In dergelijke situaties is samenwerking essentieel.

Swedberg (2001) beschrijft drie strategieën om dergelijke samenwerkingsproblemen op te lossen:

- A Motivatie van de actoren;
- B Verandering van de structuur;
- C Strategisch handelen van de actoren.

Deze strategieën zijn herkenbaar in de samenwerking tussen de hulpverleningsinstellingen in Breda.

ad A. Motivatie van de actoren

De sociaal verpleegkundigen van de GGD zijn actief in het motiveren van hulpverleners en het leggen van verbindingen tussen hulpverleners. Zij zien dit als hun belangrijkste taak. Zij verleiden hulpverleners bovendien om niet te strikt met de grenzen van hun werkterrein om te gaan en soms die grenzen te overschrijden.

Ook de gemeente motiveert instellingen op strategisch niveau tot samenwerking.

Desgevraagd zegt Mw. van Wezel, beleidsmedewerkster, dat de gemeente juist stuurt op samenwerking. Concurrentie en marktwerking past volgens haar niet bij deze sector.

ad B. Verandering van de structuur

³³ Speltheorie is een modelmatige wetenschappelijke benadering van samenwerkingsproblemen waarin het gedrag van mensen, of instituties, verklaard wordt. De basis van de speltheorie is het gegeven dat het rationeel gedrag van een individu, in samenhang met het gedrag van anderen, negatief kan uitpakken.

In 2006 zijn binnen de regio Breda verschillende initiatieven genomen om de samenwerking te verbeteren. Verspreid over de stad zijn zorgnetwerken opgezet, waarin hulpverleners, woningcorporaties en politie complexe casuïstiek bespreken en afspraken maken over de coördinatie en de inzet van de verschillende organisaties.

In 2007 startte een ander team (het Bemoeizorgteam) waarin de samenwerkende hulpverleningsinstelling hun expertise inbrengen in één team. Door als team gezamenlijke doelen na te streven en door snelle, gemakkelijke communicatie verbetert de samenwerking tussen de verschillende leden van dit team. Het bemoeizorgteam zoekt actief contact met mensen met complexe problemen die zelf geen hulp zoeken.

ad C. Strategisch handelen van de actoren

In 2006 startte de GGZ een team (het ACT-team) dat zich richtte op mensen met ernstige psychiatrische problemen (met name psychosen) waarin verschillende disciplines en deskundigheden aanwezig zijn. Dit team neemt de verantwoordelijkheid voor de zorg op zich en biedt zowel praktische hulp, ondersteuning bij het vinden van dagactiviteiten als behandeling.

De oplossing is hier dus niet samenwerken met andere instellingen, maar alle disciplines combineren in één team onder de vlag van één instelling.

De verbeterde samenwerking betekent niet dat alle problemen eenvoudig opgelost worden. Er zijn volgens Dhr. Verstralen en Mw. Linssen, die de netwerksamenwerking coördineren, nog belangrijke problemen tussen de *'frontoffice'* en de *'backoffice'*. De hulpverleners die vanuit verschillende instellingen betrokken zijn bij de intrusieve benadering, hebben moeite om hun werkwijze binnen hun eigen organisatie te 'verkopen'. Pastor Hopman, verbonden aan een kerkelijk inloopcentrum, schetst dat de hulpverleners die actief in de wijk zijn en bereid zijn 'hun handen uit de mouwen te steken', in hun moederinstelling vaak een geïsoleerde, marginale positie hebben. Het doorleiden van cliënten naar reguliere vormen van hulpverlening verloopt mede daardoor niet soepel.

Een ander probleem is dat er een hoge druk is op de hulpverleners. Dit heeft volgens Dhr. Verstralen en Mw. Linssen te maken met de beperkte capaciteit, en de daarmee samenhangende hoge werkdruk waardoor men zich noodgedwongen beperkt tot de meest noodzakelijke hulp. Mw. van Gurp, sociaal verpleegkundige bij het Meldpunt, merkt dit in haar dagelijks werk. Hulpverleners erkennen hun verantwoordelijkheid naar de cliënt sneller dan in het verleden en gaan ook soepeler om met de grenzen van hun domein, maar het duurt soms lang voordat hulpverleners tijd hebben om zich met een nieuwe melding bezig te gaan houden. Als we de situatie zonder- en met intrusieve hulp vergelijken³⁴ worden meldingen in de situatie met intrusieve hulp wel sneller afgehandeld: was de GGD in 2006 gemiddeld 5 maanden bezig met een casus, waarbij gemiddeld 7 acties werden ondernomen, in 2008 was dit 2 maanden, waarbij 5 acties werden ondernomen.

De verbetering van de samenwerking tussen instellingen komt ook naar voren uit de vergelijking in tabel 6. Waar er in de situatie met uitsluitende reguliere hulp nog in 20% van de casuïstiek sprake was van samenwerkingsproblemen zijn deze in de situatie met intrusieve hulp verdwenen.

³⁴ Zie voor deze vergelijking ook bijlage 2

Ook de flexibeler opstelling van de hulpverleners is herkenbaar: waar in de situatie met uitsluitend reguliere hulp nog in 20% van de gevallen geen passende hulp werd geboden, kregen door de intrusieve benadering en de verbeterde samenwerking alle cliënten enige vorm aangeboden.

Ook wordt soepeler met regels omgegaan. Waar in de situatie met alleen reguliere hulp bij 14% van de casuïstiek problemen waren met allerlei regels, is dat in de situatie met intrusieve hulp nog in 7% van de gevallen aan de orde. Het gaat in die gevallen om problemen rond illegaliteit en regiobinding³⁵.

De meldstructuur is tussen 2006 en 2008 veranderd. Zo melden in 2008 relatief meer burgers bij het Meldpunt (22% tegen 11% in 2006) en melden de woningcorporaties hun casuïstiek in 2008 nauwelijks meer bij de GGD, maar vooral in netwerken, waarin zij samenwerken met hulpverleners (2% tegen 14% in 2006)³⁶.

Het aantal ‘hulpweigeraars’ lijkt niet beïnvloed te worden door een ander aanbod. Zowel in de situatie met alleen reguliere hulp, als in die met intrusieve hulp, staan 27% van de cliënten afwijzend tegenover hulp. In de situatie met intrusieve hulp lijkt het voor cliënten iets makkelijker om een hulpvraag te formuleren (7% heeft belemmeringen, tegen 11% bij uitsluitend reguliere hulp). Dit past in het beeld van hulpverleners die goed samenwerken en niet te strikt aan allerlei arbitraire grenzen vasthouden. Dit maakt hulpverlening laagdrempeliger en dat maakt het makkelijker voor cliënten om een hulpvraag te formuleren.

³⁵ Om gebruik te maken van sommige voorzieningen zoals de opvang voor daklozen moet men ‘gebonden’ zijn aan de gemeente door inschrijving of door historische binding.

³⁶ Zie ook bijlage 2 voor meer cijfermateriaal.

5.3 Beperkte zelfredzaamheid als belangrijkste beperking

Als we verder inzoomen op de cliënten in de situatie met intrusieve hulpverlening (2008) zien we dat er voor cliënten drie belangrijke belemmeringen bij het vinden van adequate hulp overblijven:

- Het ontbreken van steun in de omgeving
- Gebrek aan vaardigheden in het omgaan met regels en procedures
- Een ontbrekende hulpvraag

Deze items kunnen gezien worden als beperkingen van de zelfredzaamheid in brede zin, zoals beschreven in paragraaf 3.3.

Het ontbreken van steun in de omgeving maakt dat mensen niet kunnen beschikken over sociaal kapitaal. Zij zijn niet, of onvoldoende, in staat om effectieve netwerken te onderhouden of nieuwe te realiseren. Veranderingen in de sociale samenhang vragen juist om vaardigheden op dit terrein (Heerikhuizen, 1997).

Het feit dat mensen met complexe problemen onbekend zijn bij een huisarts, of geen contact met een huisarts hebben, maakt dat zij bovendien cruciale ondersteuning missen omdat de huisarts de sleutelfiguur is die toegang kan bieden tot allerlei vormen van zorg.

De problemen met regels en procedures die mensen ondervinden zijn te verklaren uit de cognitieve en intellectuele beperkingen die mensen soms hebben en uit het niet beschikken over het noodzakelijke culturele kapitaal. Regels en procedures zijn vaak ingewikkeld omschreven, niet eenduidig en bevatten allerlei drempels.

Het feit dat een belangrijk deel van de cliënten geen hulp wil, terwijl het toch echt niet goed met ze gaat, heeft in vrijwel alle gevallen te maken met een verstoring van de 'zelfwaarneming'. Veel mensen vinden zichzelf 'niet gek', bagatelliseren bijvoorbeeld hun ernstige verslaving, of zien niet meer dat ze in een sterk vervuild huis vol ongedierte leven.

Uit het bovenstaande kan afgeleid worden dat problemen met zelfredzaamheid de belangrijkste reden zijn waarom mensen met complexe problemen niet in de reguliere hulpverlening terecht komen.

In een situatie met een intrusief hulpaanbod en een goede samenwerking tussen de verschillende hulpverleningsinstellingen, zijn problemen met zelfredzaamheid naast formele belemmeringen de enige redenen van uitsluiting.

Een intrusieve benadering lijkt op basis van de cijfers (tabel 6) een gunstig effect te hebben op de zelfredzaamheid van mensen. Dit lijkt in tegenspraak met elkaar. Het toevoegen van bemoeizucht aan reguliere hulp zou dan immers gunstig zijn voor de zelfredzaamheid. De verklaring hiervoor is het feit dat problemen door de vorming van hulpverleningsnetwerken eerder gesignaleerd worden. De problemen zijn dus minder geëscaleerd.

5.4 Verkokering en intrusieve hulp

Zoals cliënt-gerelateerde belemmeringen voor hulpverlening samen te vatten zijn onder de noemer van ‘problemen met zelfredzaamheid’, zijn ook de belemmeringen die te maken hebben met het zorgaanbod samen te vatten. De kenmerken van het hulpaanbod die bijdragen aan uitsluiting zijn samen te vatten in de term ‘verkokering’: het aanbod kenmerkt zich bij verkokering tot een specialisatie op een deelterrein, waarbij hulpverleners niet samenwerken en het zicht op de ‘gehele’ cliënt verloren gaat. De specialisatie gaat gepaard met regels voor indicatie en toegang van hulp. Een verkokerd aanbod sluit niet aan bij mensen met complexe problemen, omdat hun problemen niet passen bij het aanbod van de instellingen.

Drie gevonden kenmerken die in dit onderzoek gehanteerd zijn, zijn samen te vatten onder de overkoepelende term ‘verkokering van de hulpverlening’:

- a. Beperkende regels en procedures;
- b. Beperkingen van het hulpaanbod;
- c. Problematische samenwerking tussen hulpverleners;

Ad a

Regels voor indicatiestelling, instroom en toelating zijn bedoeld om te zorgen dat cliënten op de goede plaats binnen de hulpverlening terecht komen, dat efficiënt met de beschikbare capaciteit wordt omgegaan en dat alleen degenen die recht hebben op hulpverlening toegang hebben tot hulp. Mensen met complexe problemen lijken soms nergens op hun plaats, hebben vaak problemen met procedures en zijn niet goed in staat om hun belangen te behartigen.

Ad b

Het hulpaanbod is meestal geordend naar specialisme. Iemand met depressieve klachten, die regelmatig alcohol gebruikt, zijn huis laat vervuilen en bovendien schulden heeft, kan zowel baat hebben bij psychiatrische hulpverlening, psychotherapeutische hulp, verslavingszorg, thuiszorg en maatschappelijk werk. Al deze specialismen kennen hun eigen aanpak en focussen op het eigen domein. Daarmee kan de interactie tussen deze domeinen gemakkelijk uit het oog verloren worden.

Ad c

Samenwerking tussen hulpverleners en verbindingen tussen de verschillende hulpverleningsdomeinen zijn belangrijk om recht te doen aan de complexiteit van de problemen van de cliënt. Hulpverleners worden in hun dagelijks werk vaak afgerekend op de ‘productie’ die ze leveren. Samenwerking met andere hulpverleners draagt niet bij aan die ‘productie’. Ook de introductie van marktwerking interfereert met de samenwerking. Instellingen worden daarmee concurrenten. Gelijksortige aanbieders, die in een bepaalde regio vaak een soort monopolie hadden, moeten nu concurreren op prijs. Maar ook op de grens van de verschillende domeinen is er soms concurrentie. Zo kan een aanbieder van psychiatrische hulpverlening ook verslavingshulpverlening gaan leveren, of kan een organisatie die maatschappelijk werk aanbiedt ook een aanbod gaan doen voor mensen met psychiatrische problemen. Dhr. Wassenberg, teamleider lokale zorgnetwerken

in Rotterdam, ziet dat instellingen regelmatig ‘strategische posities’ innemen, die niet bevorderlijk zijn voor de samenwerking. Zij kiezen er bewust voor om een bepaald aanbod te doen. Dit is niet ingegeven door de directe vraag van cliënten, maar door de wens om een stevige marktpositie te realiseren. Hierdoor vallen er soms gaten in het totale aanbod omdat instellingen zich vooral op niches richten.

Uit de analyse in paragraaf 5.2 kwam naar voren dat het intrusieve hulpaanbod en de verbeterde samenwerking de verkokering van hulp sterk vermindert. Daaruit zou de conclusie getrokken kunnen worden dat intrusieve hulpverlening een antwoord is op de verkokering van die hulpverlening.

Met intrusieve hulp krijgen de betreffende cliënten een ander aanbod dan reguliere cliënten. Van der Lans (2005) beschrijft dit verschil in aanbod. Hij spreekt over ‘de topografie van de keuzevrijheid’.³⁷ Hij beschrijft profielen en concludeert dat er een relatie is tussen de zelfredzaamheid van cliënten, de aard van het hulpaanbod en hun sociale omgeving. In de beschrijving van Van der Lans komen cliënten met complexe problemen vaker uit achterstandsbuurtten, zijn hun leefomstandigheden ongunstiger en krijgen zij meer intrusieve hulpverlening. Alhoewel het onderzoek bij het Meldpunt wel eenzelfde beeld geeft, kan er geen conclusie over de sociale omgeving getrokken worden, omdat deze niet systematisch geïnventariseerd is.

De vraag dringt zich op of intrusieve hulpverlening het enige antwoord is op de verkokering in de zorg. Een actieve huisarts, die zijn/haar cliënten kent, zou immers ook belangrijk verbindingswerk kunnen leveren. De vraag is of dergelijke wensbeelden nog reëel zijn gezien de grote veranderingen die zich in het veld van de hulpverlening afspelen. De grootschalige mechanisatie van de zorg heeft geleid tot rechte en strakke akkers. Alleen de randen van de akkers, en een enkel natuurlijk obstakel, zorgen voor een onderbreking van de rechtlijnigheid. Dat zijn de plaatsen waarbij de hulpverleningsmachines, maar moeilijk kunnen inspelen op de eigenschappen van het terrein. Dat zijn de plekken waar juist mensen met complexe problemen te vinden zijn.

Intrusieve hulpverlening vermindert de negatieve effecten van verkokering in sterke mate. Daardoor blijft een beperkte zelfredzaamheid over als grootste belemmering.

³⁷ Zie bijlage 3

6 Conclusie

Hoe is te verklaren dat mensen met complexe problemen en reguliere hulpverlening elkaar niet bereiken? Deze vraag is in dit onderzoek van meerdere kanten belicht door casussen te bestuderen, verbindingen te leggen met relevante literatuur, en door enkele interviews met sleutelfiguren. Op basis van deze triangulatie zal ik in dit hoofdstuk een aantal conclusies trekken.

Voor veel mensen met complexe problemen is reguliere hulpverlening niet goed bereikbaar. Dit wordt veroorzaakt door een gebrek aan zelfredzaamheid. Dit tekort aan zelfredzaamheid wordt versterkt door het paradoxale gegeven dat het zorgaanbod juist afgestemd is op mensen die wel zelfredzaam zijn.

Om aanspraak te maken op reguliere zorg is het belangrijk om vaardig te zijn in het omgaan en onderhandelen met anderen, steun in de omgeving te hebben, een goed contact met de huisarts te hebben, en de weg te weten in het hulpverleningslandschap. Om in aanmerking te komen voor hulpverlening wordt van mensen met complexe problemen een mate van zelfredzaamheid verwacht, waarover ze niet beschikken. Problemen met zelfredzaamheid zijn de belangrijkste reden van uitsluiting van reguliere hulpverlening.

Als dit bezien wordt in het licht van de verschillende discoursen van uitsluiting zoals beschreven door Levitas (1998) is er vooral sprake van een verdelingsvraagstuk. Zorg wordt immers niet zodanig verdeeld dat degenen met de grootste problemen adequaat geholpen worden. Problemen met participatie spelen daarnaast ook een rol. Voor de meeste onderzochte casussen geldt dat er geen sprake is van arbeidsparticipatie en dat het sociale netwerk erg beperkt is. De bevindingen van dit onderzoek sluiten niet aan bij het morele onderklasse discours. Er is wel sprake van afwijkende normen maar die komen vooral voort uit de beperkte zelfredzaamheid van de onderzochte populatie. Dit betekent niet dat het morele onderklasse discours niet relevant is, maar voor de onderzochte zwakste groepen biedt de morele benadering geen aanknopingspunten.

Waar armoede lang gezien werd als de belangrijkste oorzaak van maatschappelijke uitsluiting, werd onder invloed van de neo-liberale stroming sterk aangedrongen op zelfredzaamheid. De sociaal democratische 'Derde Weg' stuurde vervolgens sterk aan op arbeidsparticipatie. Arbeidsparticipatie werd een belangrijke kapstok voor het sociale beleid waarbij ook bevordering van zelfredzaamheid hoog in het vaandel staat. Zelfredzaamheid is daarmee een dominant credo geworden in het sociaal beleid. De introductie van zelfredzaamheid in het maatschappelijk discours is gerelateerd aan de versobering van de verzorgingsstaat. Versobering van de verzorgingsstaat is een politiek breed gevoelde noodzaak om het zorgstelsel financieel houdbaar te maken.

Intrusieve vormen van hulpverlening bereiken mensen met complexe problemen. Deze vormen van hulp hebben een ander karakter dan reguliere hulpverlening en zijn vaak minder veelomvattend. Doorleiding naar reguliere hulp verloopt in Breda niet soepel.

De veranderingen die in dit hulpverleningslandschap hebben plaatsgevonden kunnen gezien als een vorm van mechanisatie. Hulpverlening wordt op een grotere schaal, en als een zoveel mogelijk gestandaardiseerd product, aangeboden. Indicatiestelling en diagnostiek moeten er voor zorgen dat cliënten passende hulpverlening ontvangen. De veranderingen gaan ook gepaard met een zekere verkokering. Door deze verkokering is het proces van afstemmen en onderhandelen om toegang te krijgen tot reguliere hulpverlening ingewikkelder en moeilijker is geworden. De toegang tot reguliere zorg voor mensen met complexe problemen wordt hierdoor bemoeilijkt.

De veranderingen in de hulpverlening kunnen gezien worden binnen de veranderingen in de gehele samenleving zoals de toegenomen individualisering en de opkomst van de kennissamenleving. Ondanks die veranderingen blijkt het voor hulpverleners mogelijk om via een laagdrempelige intrusieve benadering contact te krijgen met mensen met complexe problemen. Het bereiken van deze kwetsbare groep wordt bepaald door een beleidsmatige en politieke afweging. Door te kiezen voor een gerichte strategie kunnen mensen met complexe problemen bereikt worden ondanks die maatschappelijke veranderingen. Het gaat in de kern om een verdelingsvraagstuk. Hoeveel wil de maatschappij c.q. de overheid besteden aan mensen die niet zelfredzaam zijn?

Om toegang te krijgen tot reguliere hulpverlening moeten mensen voldoende zelfredzaam zijn. Uit het onderzoek komt naar voren dat de cliënten die bij het Meldpunt in beeld komt onvoldoende zelfredzaam zijn en daardoor geen toegang hebben tot reguliere hulpverlening. Zij beschikken vaak over een beperkt netwerk, hebben geen contact met een huisarts, stranden op allerlei regels en procedures of kunnen geen hulpvraag formuleren. Juist de mensen met de grootste problemen bereiken door hun beperkte zelfredzaamheid de reguliere hulpverlening niet. Reguliere hulpverlening is daarmee voorbehouden aan de sterken.

7 Epiloog

In het huidige maatschappelijk discours zijn het morele onderklasse discours en het participatiediscours dominant. Uitsluiting van hulpverlening als gevolg van armoede krijgt weinig aandacht. Armoede als oorzaak van uitsluiting lijkt een blinde vlek geworden. Ten onrechte naar mijn overtuiging. Armoede is voor veel mensen met complexe problemen een gegeven dat bepalend is voor hun dagelijks leven. Vandenbemt (2001) spreekt over verbintenisproblematiek als gevolg van langdurige armoede. “De verbintenis is gestoord en wel op diverse vlakken: met zichzelf, met de anderen, met de maatschappij en met de toekomst” (Vandenbemt, 2001, p. 25). Uit onderzoek over de periode 1984 - 2000 blijkt dat langdurige armoede in Nederland is toegenomen (Achterberg & Snel, 2008). Toegankelijkheidsproblemen als gevolg van armoede verdienen naar mijn mening meer aandacht in het maatschappelijk discours.

Bauman (2004) schetst in zijn boek *‘Wasted Lives’* een beeld van onproductieve mensen die buiten de samenleving gehouden worden. Hij spreekt over de mensen als *‘waste’*, dat in afgesloten containers opgeborgen wordt. Mensen met complexe problemen zijn in de regel niet productief op de arbeidsmarkt en hebben moeizaam toegang tot het reguliere hulpaanbod. De hulp die ze wel krijgen is vaker disciplinerend, repressief en intrusief. Vaak is de vraag van melders bij het Meldpunt gericht op het terugbrengen van overlast. De capaciteitsproblemen waar *‘bemoeizorg’* medewerkers mee te maken hebben, en het feit dat de cliënten moeilijk toe te leiden zijn naar reguliere hulpverlening, maken dat de hulpverlening vaak niet verder komt dan het inkapselen van problemen. Als het bij inkapselen van problemen blijft, en hulpverlening slechts gericht is op het verminderen van overlast, dan past dit in het scenario dat Bauman schildert. Om meer inzicht te krijgen in de maatschappelijke effecten van intrusieve hulpverlening is mijns inziens meer onderzoek nodig en gewenst.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat veel cliënten met complexe problemen niet kunnen terugvallen op een netwerk en dat de meldingen bij het meldpunt onder andere gebaseerd zijn op klachten of bezorgdheid uit de buurt. Het beleid van de overheid is gericht op het bevorderen van de sociale samenhang in de buurt. Dit lijkt een logische beleidskeuze. Als de sociale samenhang versterkt wordt zouden meer mensen over een netwerk kunnen beschikken. Het is de vraag of deze logica opgaat bij mensen met complexe problemen. Mensen met complexe problemen hebben in de regel weinig netwerk en het is moeilijk hierin verandering te brengen doordat de *‘ruilwaarde’* die ze meebrengen gering is. Bovendien worden mensen met complexe problemen vaak als een bedreiging van de sociale structuur gezien (Dautzenberg, Neefjes, Kolner, & Soomeren, 2008). Er zijn voorbeelden van projecten waarbij de versterking van de sociale samenhang bijdraagt aan de zelfredzaamheid van juist de kwetsbaarste groepen. In dergelijke projecten spelen professionele organisaties of gemeenten een cruciale initiërende- en structurerende rol (Verschuren, Boer, Overduin, & Kroon, 2004; Dautzenberg, Neefjes, Kolner, & Soomeren, 2008). Sociale samenhang als oplossing voor het uitsluiten van mensen met complexe problemen heeft mijns inziens alleen kans als er geïnvesteerd wordt in de sociale infrastructuur waarbij insluiting van de meest kwetsbaren het uitgangspunt is.

Bibliografie

- Achterberg, P., & Snel, E. (2008). Het einde van duurzame armoede? Over 'vertijdelijking' en 'verduurzaming' van armoede. *Sociologie* , 53-68.
- Baart, A. (2006). *Een theorie van presentie*. Den Haag: Lemma .
- Bauman, Z. (2004). *Wasted Lives; Modernity and its outcast*. Cambridge: Polity.
- Beck, U., & Beck - Gernsheim, E. (2001). *Individualization*. London: Sage.
- Brussel, G. v. (2001). 'Onbemiddelbaren' in Amsterdam. *Justitiele Verkenningen* , 39-46.
- Burney, E. (2005). *Making People Behave; Anti-social behaviour, politics and policy*. Cullompton: Willan Publishing.
- Dalrymple, T. (2004). *Leven aan de onderkant; Het systeem dat de onderklasse instandhoudt*. (C. Rutenfrans, Vert.) Utrecht: Het Spectrum.
- Dautzenberg, M., Neefjes, K., Kolner, C., & Soomeren, P. v. (2008). *Sociale samenhang: mythe of must?; Misvattingen, discussies en beleidsimplicaties*. Amsterdam: DSP-Groep BV.
- Deleeck, H. (1988). Het Mattheuseffect in de gezondheidszorg; Een voorstel tot verklaring van sociale ongelijkheden. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* , 325-328.
- Dijk, B. v., Mulder, C., Roosenschoon, B., Kroon, H., & Bond, G. (2007). Dissemination of assertive community treatment in the Netherlands . *Journal of Mental Health* , 529-535.
- Doorn, L. v. (2002). *Een tijd op straat. Een vervolgstudie naar (ex-)daklozen in Utrecht (1993-2000)*. Utrecht: NIZW.
- Engbersen, G., Snel, E., & Weltevrede, A. (2005). *Sociale herovering in Amsterdam en Rotterdam*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Giddens, A. (2000). *Paars; De Derde Weg*. Antwerpen: Houtekiet.
- Heerikhuizen, B. v. (1997). Figuraties van zelfredzaamheid. In K. Schuyt, *Het sociaal tekort; Veertien sociale problemen in Nederland*. Amsterdam: de Balie.
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Jenkins, K. (1992). *Pierre Bourdieu*. London: Routledge.
- Jong, J. D. (2007). *Kapot moeilijk; een etnografisch onderzoek naar opvallend delinquent groepsgedrag van 'Marokkaanse' jongens*. Amsterdam: Aksant.
- Komter, A., Burgers, J., & Engbersen, G. (2000). *Het cement van de samenleving; een verkennende studie naar solidariteit en cohesie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lans, J. v. (2005). Keuzevrijheid mogelijk maken. In M. Hurenkamp, & M. Kremer, *vrijheid verplicht; Over tevredenheid en de grenzen van de keuzevrijheid* (pp. 186-206). Amsterdam: Van Gennep.

- Lans, J. v., Medema, N., & Räkers, M. (2003). *Bemoeien werkt; naar een pragmatisch paternalisme in de sociale sector*. Amsterdam: De Balie.
- Levitas, R. (1998). *The Inclusive Society? Social Exclusion and the New Labour*. London: Macmillan.
- Lewis, O. (1966). The culture of poverty. *Scientific American* , 19-25.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level Bureaucracy; Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage: New York.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2007). *Samen werken, samen leven; beleidsprogramma kabinet Balkenende IV 2007-2011*. Den Haag: Ministerie van Algemene Zaken.
- Movisie / NJI / Vilans. (sd). *zelfredzaamheid*. Opgeroepen op 11 14, 2008, van Thesaurus Zorg en Welzijn: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/zelfredzaamheid.htm>
- Movisie. (sd). *Zelfredzaamheid en onderlinge zorg*. Opgeroepen op 11 14, 2008, van Beleidsplan WMO: http://www.beleidsplanwmo.nl/thema/betekenis/zelfredzaamheid_en_onderlinge_zorg
- Mulder, C., & Kroon, H. (Red.). (2005). *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Oorschot, W. v., & Kolkhuis Tanke, P. (1989). *Niet gebruik van sociale zekerheid, feiten, theorien, onderzoeksmethoden; Een overzicht van de stand van zaken in binnen- en buitenland*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Reerink, A., & Wammes, H. (2008, 10 29). Met spoed 60.000 'lichte gevallen' eruit . *NRC* .
- RMO. (2001). *Kwetsbaar in het kwardraat; krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Schinkel, W. (2007). *Denken in in een tijd van sociale hypochondrie*. Kampen: Klement.
- Scholten, C., & Wolf, J. (2002). *Verkommerden en verloederden in Nederland*. Leiden / Utrecht: Research voor Beleid / Trimbos-instituut.
- Schout, G. (2007). *Zorgvermijding & Zorgverlamming*. Amsterdam : SWP.
- SER. (1997). *Economische dynamiek en sociale uitsluiting*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Steyaert, J., Bodd, J., & Linders, L. (2005). *Actief Burgerschap; het betere trek- en duwwerk rondom publieke dienstverlening*. Eindhoven: Fontys Hogeschool.
- Swaan, A. d. (1996). *Zorg en de staat; Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europe en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Swaaningen, R. v. (2005). Public safety and the management of fear. *Theoretical Criminology* , 289-305.

Swedberg, R. (2001). Sociology and Game Theory: Contemporary and Historical Perspectives. *Theory and Society* , 30:301-335.

Tonkens, E. (2002). Zelfredzaamheid. In NIZW, *Open Deuren*. Utrecht: NIZW / Verwey-Jonker Instituut.

Vandenbempt, K. (2001). *Op eigen kracht verder; hulpverlening aan huis bij kansarmen*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; HIVA.

Verschuren, K., Boer, F. d., Overduin, P., & Kroon, H. (2004). *Onze Buren; Vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem*. Amsterdam: SWP.

Wilson, W. (1996). *When work disappears; The World of the New Urban Poor*. New York: Vintage Books.

WRR. (2006). *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Amsterdam: Amsterdam University Press.

De foto op de voorzijde is een bewerking van een foto gevonden op [http://image.youropi.com/breda_evenementen_vrijmarktprincenhage1\(p:event,161\)\(c:0\).jpg](http://image.youropi.com/breda_evenementen_vrijmarktprincenhage1(p:event,161)(c:0).jpg)

Bijlage 1 Beschrijving probleemcategorieën

Psychiatrische problemen

Waarneembare symptomen van psychiatrische problemen of een ernstige verdenking van psychiatrische problematiek op basis van waarschuwingssignalen, gecombineerd met informatie over de voorgeschiedenis.

Huisvestingsproblematiek

Dreigende huisuitzetting op basis van financiële problemen, overlast, of duurzame en sterke gevoelens van onveiligheid.

Of
Dakloosheid of verblijf in opvangvoorziening of logeeradres.

Somatische problemen

Lichamelijke problemen waarvoor medisch gezien behandeling of verzorging noodzakelijk is.

Verslaving

Afhankelijkheid en misbruik van verslavende middelen waardoor beperkingen ontstaat in het alledaags sociaal functioneren.

Vervuiling

Vervuiling van de woning waardoor er overlast ontstaat of gevaar dreigt voor de volksgezondheid.

Ernstige financiële problemen

Problemen met de betaling van huur, en dagelijkse levensbehoeften of schulden die niet volgens afspraken kunnen worden afgelost.

Overlast aan derden

Regelmatig terugkerende periode van overlast aan derden

Verwaarlozing

Ontoereikende zelfzorg of zorg voor b.v. kinderen of huisdieren waardoor de gezondheid in het gevaar komt.

Huiselijk geweld

Fysieke agressie of de voortdurende ernstige dreiging van fysieke agressie door een partner of gezinslid.

Bijlage 2 Cliëntkarakteristieken

Cliëntkarakteristieken van de verschillende samples³⁸				
	totaal	selectie	2006 regulier	2008 intrusief
	n=357 (281)	n=12 (9)	n=44 (32)	n=45 (35)
%man	61 (59)	75 (78)	52 (44)	62 (54)
leeftijd (jr)	50 (51)	36 (34)	50 (52)	51 (54)
tussen (jr)	20-97 (20-97)	20-52 (20-52)	27-66 (32-66)	20-93 (20-93)
melder (in %)				
cliënt	22 (-)	25 (-)	27 (-)	22 (-)
burger	18 (23)	17 (22)	11 (16)	22 (29)
zorgverlener	15 (22)	8 (11)	18 (25)	27 (34)
woningcorporatie	14 (17)	17 (22)	14 (19)	2 (3)
politie	10 (12)	25 (33)	14 (19)	11 (14)
gemeente	7 (9)	8 (11)	5 (6)	4 (6)
onbekend	13 (17)	0 (0)	11 (16)	11 (14)
problematiek (in %)				
huisvesting	35(24)	25 (22)	48 (31)	29 (14)
overlast	15(19)	25 (22)	21 (25)	11 (14)
huiselijk geweld	6(7)	0 (0)	5 (6)	9 (12)
vervuiling	21(27)	25 (33)	11 (16)	25 (31)
verwaarlozing	14(17)	25 (22)	8 (9)	16 (20)
schulden	17(19)	17 (22)	25 (25)	9 (12)
verslaving	31(31)	17 (22)	39 (31)	29 (37)
psychiatrie	41(47)	50 (66)	39 (44)	38 (46)
somatiek	31(22)	17 (22)	36 (28)	29 (14)
acties (n)	9(10)	30 (31)	7 (7)	5 (5)
duur (mnd)	6(6)	10 (9)	5 (5)	2 (2)

³⁸ Het getal tussen haakjes betreft dezelfde populatie, verminderd met de 'zelfmelders'.

Bijlage 3 Topografie van keuzevrijheid

Uit: Keuzevrijheid mogelijk maken (Lans, Keuzevrijheid mogelijk maken, 2005)

VIER DIMENSIES VAN KEUZEVRJHEID		Situatie cliëntsysteem	
		Zelfredzaam	Afhankelijk
Initia- tief door:	Zelfsturing	Maximale keuzevrijheid A	Te leren keuzevrijheid B
	Sturing van buiten (professionele sturing)	Te activeren keuzevrijheid C	Minimale keuzevrijheid D

	A	B	C	D
Keuzevrijheid dimensie	Maximale keuzevrijheid	Te leren keuzevrijheid	Te activeren keuzevrijheid	Minimale keuzevrijheid.
Combinatie van:	Zelfsturing/ Zelfredzaam	Zelfsturing/ Afhankelijk	Externe sturing / Zelfredzaam	Externe sturing/ afhankelijk
ESSENTIE	ZEGGENSCHAP	INSPRAAK	SAMENSPRAAK	TOESPRAAK
Interventiekenmerk	ZELFREALISATIE ZELFORGANISATIE	BEGELEIDING ONDERSTEUNING	FACILITEREN STIMULEREN	BEMOEIEN CORRIGEREN
Situaties individueel niveau	Bestaanszekerheid Goede gezondheid Sociaal geworteld Vertrouwde leefomgeving	Crisissituaties Snelle levensverandering	Bestaansonzekerheid Veranderende leefomgeving Relatieproblemen	Uitkeringsafhankelijk Slechte woonsituatie Geïsoleerd leven Verslavingsproblemen Psychiatrische problemen Financiële problemen
Situaties Samenleving- en/of buurtniveau	Sterke sociale netwerken Buurtgebondenheid Spontane initiatieven Sociale controle Sterke aanwezigheid van jonge gezinnen	Vergrijzende buurten Buurten met grote diversiteit Migrantenbuurten	Herstructureringsbuurten Nieuwbouwbuurten Buurten met veel alleenstaanden Grote informele economie	Achterstandsbuurten Probleemstraten Veel rondhangende jongeren Verslavingsproblematiek Drugspanden Veel illegalen
Kenmerk relatie burgers – professionals	Burgers sturend Professionals adviserend	Burgers vragend Professionals wegwijzend	Burgers welwillend Professionals activerend	Burgers teruggetrokken Professionals initiërend
Werkvormen/ Producten	Persoonsgebonden budgetten Vouchers / strippenkaarten Trekkingrechten Wijkaandelen Bewoners als opdrachtgever Eigenbeheer openbare ruimte	Scholing Cursussen Coaching Opbouwwerk Ideeontwikkeling	Ruimte bieden Gelegenheden creëren Ontmoeting realiseren Bijeenbrengen Vergaderingen organiseren Verbindingen leggen Opbouwwerk	Bemoezorg Huisbezoek Contracten Outreachinge hulpverlening Portiekgesprekken Dwang en drang Aanwezigheid Persoonlijke professionaliteit
Dienstbaarheid professionals	Lage dienstbaarheid Afstandelijk/behulpzaam Professional als ADVISEUR	Enthousiasmerende dienstbaarheid Wegwijzend Professional als COACH	Creatieve dienstbaarheid Suggererend Professional als UITVINDER	Hoge dienstbaarheid Aanwezig/attent/ vertrouwenwekkend STREETWISE – professional Professional als WIJKAGENT
Beschikbaarheid Professionals	LAAG Op afspraak	REGELMATIG Vaste frequentie	PROJECTMATIG klusgericht	HOOG Intensief
Waar vindt interactie/ ontmoeting plaats?	KANTOOR STADHUIS VERGADERZAAL	BUURTNIIVEAU School Wijkgebouw	BUURTNIIVEAU Wijkrefpunten ontmoetingsplekken	STRAAT- EN LEEFNIVEAU Straat Huis Blok
Transactievorm	Geld Ruimte	Kennis Begeleiding	Hand- en spandiensten Organisatievormen	Aandacht Beloningen

Bijlage 4 Lijst met geïnterviewden

Mw. A. van Gurp, sociaal verpleegkundige, Meldpunt GGD Westelijk Noord-Brabant

Dhr. J. Hopman, pastor in Breda Noord

Mw. G. Linssen, hoofd bemoeizorg en relatiebeheerder GGZ Regio Breda

Mw. B. van Oers, hoofd Meldpunt GGD Westelijk Noord-Brabant

Dhr. R. Verstralen, coördinator zorgnetwerken Breda

Dhr. N. Wassenberg, teamleider Lokale Zorgnetwerken, GGD Rotterdam

Mw. C. van Wezel, beleidsambtenaar maatschappelijke opvang Gemeente Breda

Bijlage 5 Foldertekst Meldpunt

Meldpunt GGD voor mensen met meerdere problemen

Kent u iemand die veel problemen heeft? Die verslaafd is, psychisch in de war is en zichzelf heeft verwaarloosd? Of die financiële problemen heeft en daarnaast in een vervuild huis leeft?

Mensen met meerdere problemen weten vaak niet waar zij naar toe kunnen voor hulp of zij wijzen hulp af. Voor deze mensen heeft de GGD een Meldpunt ingericht, waar u dagelijks telefonisch meldingen kan doen.

Het aantal kwetsbare mensen met complexe problematiek in onze regio West-Brabant neemt toe. Een deel van deze mensen wijst hulp af of maakt weinig of geen gebruik van de bestaande hulpverleningsmogelijkheden. Instellingen vinden het vaak moeilijk met kwetsbare mensen contact te leggen of het contact in stand te houden. Dit kan komen door het gedrag van deze mensen. Maar ook regelgeving, wachtlijsten en het ontbreken van goede methodieken staan de zorgverlening in de weg. Het resultaat is, dat er geen zorg geboden wordt of dat gestarte zorg geen vervolg vindt, terwijl de omgeving van oordeel is dat de situatie zorgelijk is.

Mensen met complexe problematiek hebben een combinatie van problemen, zoals:

- Verslaving
- Psychiatrische problematiek
- Gedragsproblemen
- Geen of marginale huisvesting
- Vervuiling en verwaarlozing
- Financiële problemen
- Het ontbreken van een sociaal netwerk
- Lichamelijke klachten

Deze mensen zijn soms zichtbaar door de overlast die zij veroorzaken. Ook zijn er mensen met complexe problematiek die juist weinig opvallen. Daarbij gaat het vaak om eenzame mensen met 'stil' leed, die wegwijnen.



Het Meldpunt

Door het melden van mensen met meerdere problemen bij het Meldpunt kan de GGD mensen waarvoor hulpverlening of zorg (nog) ontbreekt verder helpen.

De werkwijze van het Meldpunt

Als u een melding doet registreert de GGD medewerker uw melding, die vervolgens in behandeling wordt genomen. Door te kijken naar de problemen beslist de sociaal verpleegkundige van het Meldpunt hoe een cliënt wordt aangepakt. De GGD heeft intensieve contacten met de reguliere hulpverlening, zoals de GGZ, de verslavingszorg, maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, woningstichting en andere instanties. Door contact te zoeken met deze instellingen wordt ervoor gezorgd dat iemand de juiste hulp krijgt.

Degene die de melding heeft gedaan krijgt te horen welke afspraken zijn gemaakt en wie verantwoordelijk is voor de hulpverlening aan de cliënt.

Wie kunnen melden

Iedere inwoner van West-Brabant

U wilt uw zorgen kenbaar maken over iemand in uw omgeving met wie het in uw ogen niet goed gaat.

De hulpverlener

U bent betrokken bij een complexe hulpverleningssituatie en wilt graag overleggen met betrekking tot de aanpak en coördinatie van deze hulpverlening.

De instelling

U wordt geconfronteerd met complexe problematiek, waarbij u de indruk hebt dat de betrokkene hulp nodig heeft maar deze hulp niet zelf kan of zal gaan zoeken.

Hoe en wanneer kunt u het Meldpunt bereiken

Telefonisch

Op telefoonnummer (076) 528 22 61 van maandag t/m donderdag tussen 9.00 en 17.00 uur en op vrijdag van 9.00 tot 12.00 uur.

Colofon

GGD, september 2005

Tekst : © GGD West-Brabant

Oplage :

Nummer: agz/0905/