

Handreiking bemoeizorg

Literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen

Utrecht, september 2004

Voorwoord

Er bestaat een grote groep van ca. 24.000 mensen met een psychiatrische handicap die niet in beeld is bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Zij verwaarlozen zichzelf thuis zonder dat iemand dat in de gaten heeft, verblijven in de maatschappelijke opvang of zwerven op straat omdat ze dak- en thuisloos zijn. Mensen lijden aan één of meer chronische psychiatrische aandoeningen, bijvoorbeeld aan chronische verslaving.

In de praktijk zijn de afgelopen jaren verscheidene hulpverleningsinitiatieven ontstaan om het ervaren 'gat' in het reguliere zorgaanbod te dichten. Deze actieve vormen van hulpverlening hebben het overkoepelende label van 'bemoeizorg' gekregen. Door de bemoeizorgprojecten worden mensen bereikt die zich in een zorgwekkende toestand bevinden en tot aan die tijd zorg hebben gemijd. Met onorthodoxe methodieken worden mensen, die aanvankelijk geen zorg wilden, verleid tot het aanvaarden van zorg.

Naast de instellingen voor verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg zijn er echter veel anderen, zowel vanuit de gemeenten, politie, justitie, volkshuisvesting en welzijn betrokken bij deze groep. Uit internationale vergelijking blijkt dat in Nederland een relatief groot deel van deze doelgroep toch in zorg is. Desalniettemin schiet de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg vaak te kort als anderen haar hulp inroepen en bijstand vragen. Helaas is de bemoeizorg een vorm van zorg waarvoor nog geen goede financiering bestaat.

Binnen Resultaten Scoren is in het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid gewerkt aan het project 'ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken' bij de hulpverlening aan langdurig verslaafden met meervoudige problematiek. Centraal staat daarbij de vraag: "Hoe krijgen en houden wij verslaafden met langdurig meervoudige problemen in passende zorg?" Cliënten passend in zorg krijgen en houden betekent niet alleen de juiste interventies c.q. zorgmodules bieden maar vooral ook de overgangen tussen de verschillende zorgmodules goed geleiden en coördineren.

De termen ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken en bemoeizorg staan voor praktijken die onderling grote gelijkenis kunnen vertonen en wellicht dezelfde lading dekken maar waarbij het accent en de focus op verschillende functies liggen. Zowel uit de literatuur als uit de praktijk blijkt dat geen eenduidige omschrijving voor de verschillende functies is gevonden. In de publicaties die Resultaten Scoren uitbrengt worden de onderstaande begrippen als volgt bedoeld:

De term *trajectmatig werken* staat voor activiteiten die primair bedoeld zijn voor het bewerkstelligen van soepele aanmeldingen, overgangen en aansluitingen voor verslaafden naar vormen van zorg, zowel binnen als buiten de verslavingszorg waarbij sprake is van sturing in een bepaalde richting (traject). Trajectbegeleiding dient altijd

aan de orde te zijn waar sprake is van meervoudige problematiek. Zoals hier geformuleerd is het dus geen specifiek zorgprogramma voor een specifieke doelgroep cliënten, maar een procesanalyse voor het managen van processen.

De term *casemanagement* betreft een specifiek aanbod (zorgprogramma) voor een specifieke groep cliënten. Cliënten worden actief benaderd, krijgen een geïntegreerd pakket aan diensten en opvang.

Bemoeizorg staat voor een outreachende werkwijze voor mensen die aanvankelijk geen zorg willen: de uitvoerende medewerker zoekt verslaafden met langdurige meervoudige problemen actief op en tracht hen te bewegen op een hulpaanbod in te gaan en daarmee een overdracht naar de reguliere zorg te bewerkstelligen. Tevens tracht de medewerker het netwerk van voorzieningen zodanig te beïnvloeden dat er sprake is van een op de specifieke problematiek van de cliënt toegesneden hulpaanbod.

Er bestaat nog onvoldoende helderheid over de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de netwerkpartners onderling. In verband met de complexiteit rond privacy-aspecten bij bemoeizorg heeft de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) verzocht aan GGZ Nederland, GGD Nederland (i.s.m. de GGD Westelijke Mijnstreek) en de KNMG een checklist bemoeizorg te ontwikkelen, die de IGZ als veldnorm zal gaan hanteren.

De nu voor u liggende handreiking voor bemoeizorgers is gebaseerd op een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek en voorziet op grond daarvan in een methodiekbeschrijving en aanbevelingen. Leest u deze versie als een 'publiekversie'; een toegankelijke leesbare publicatie. Voor de meer wetenschappelijk geïnteresseerden is een uitgave met alle wetenschappelijke verwijzingen te downloaden op www.ggzkennisnet.nl (> informatieservice verslavingszorg > Resultaten Scoren) van GGZ Nederland.

Een woord van dank aan alle bemoeizorgers en overige medewerkers van de instellingen die aan het onderzoek hebben deelgenomen. Dankzij hun open en opbouwende kritische houding tijdens de interviews is een goed beeld verkregen van werkwijze en organisatie van de bemoeizorg, als ook van de karakteristieken van de professionals die dit zware, maar boeiende werk uitvoeren.

Martinus Stollenga

Voorzitter stuurgroep Resultaten Scoren

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1 Inleiding	7
Waarom bemoeizorg?	7
Definitie bemoeizorg	7
Afbakening bemoeizorg en casemanagement	9
Organisatie	11
Doelstelling	11
Werkwijze	11
De ideaaltypische praktijk	12
Leeswijzer	13
2 De organisatie	15
Conceptueel kader	15
Taakstelling van het bemoeizorgteam	18
Samenwerking	22
3 De methodiek van bemoeizorg	27
Visie op en fasering van bemoeizorg	27
Aanleiding tot en uitgangspunten van bemoeizorg.	29
De uitvoering	38
4 De bemoeizorger als professional	45
Inleiding	45
Opleiding	45
Persoonlijkheidskenmerken	46
Kennis	49
Houding	52
Vaardigheden	54
5 Nawoord	57
Bijlage 1 Geraadpleegde literatuur	59
Bijlage 2 Overzicht praktijkplaatsen	61

1 Inleiding

WAAROM BEMOEIZORG?

Binnen de verslavingszorg en de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) is bemoeizorg een veelgebruikte term voor een specifieke vorm van hulpverlening.

Veel gemeenten en instellingen stellen vast dat een bepaalde groep cliënten –meestal aangeduid als zorgwekkende zorgmijders of kritische zorgvragers– niet of nauwelijks door de (reguliere) hulpverlening wordt bereikt. Uit de literatuur over dit onderwerp blijkt dat er een grote verscheidenheid aan beschrijvingen en interpretaties is van zowel het begrip bemoeizorg als de organisatie en de methodiek. Het onderscheid met aanverwante werkwijzen zoals casemanagement en trajectmatig werken blijkt niet altijd even duidelijk.

Een belangrijk uitgangspunt in dit onderzoek is dat bemoeizorg voorafgaat aan het regulier hulpverleningstraject. Bemoeizorg wordt beschouwd als een voorfase van het casemanagement. In dit rapport wordt de doelgroep van bemoeizorg algemeen aangeduid als 'zorgwekkende zorgmijders'. Ondanks de bezwaren van professionals (zowel in de praktijkplaatsen als tijdens expertmeetings) is ervoor gekozen om de term 'zorgwekkende zorgmijders' te blijven gebruiken. Er werden alternatieven voorgesteld, zoals 'kritische zorgvragers' en 'probleem-kluwen-cliënten', maar deze begrippen dekken niet dezelfde lading of zijn niet zo algemeen bekend als 'zorgwekkende zorgmijders'.

DEFINITIE BEMOEIZORG

Soms wordt onder een andere aanduiding eenzelfde methodiek als die van de bemoeizorg uitgevoerd. Er wordt dan bijvoorbeeld gesproken over een vangnet, veldwerk, casemanagement of zorgcoördinatie. Voor dit onderzoek is het daarom in eerste instantie van belang om het begrip bemoeizorg duidelijk af te bakenen.

In de definitie van het begrip bemoeizorg moeten de volgende vragen worden beantwoord:

- Wat is bemoeizorg?
- Wat zijn de specifieke kenmerken van bemoeizorg? Welke factoren spelen een rol?
- Wat zijn de organisatorische en methodische (rand)voorwaarden voor bemoeizorg?

- Aan welke kwaliteitseisen moeten de individuele medewerkers voldoen?

Er zijn veel definities van het begrip bemoeizorg in omloop. Ze vertonen duidelijke overeenkomsten, met hier en daar nuanceverschillen. De volgende begrippen en formuleringen keren in de meeste definities terug:

- Bemoeizorg kent een outreachende werkwijze. Dit houdt in dat potentiële cliënten actief worden benaderd door ze in hun eigen omgeving op te zoeken.
- De cliënt wordt ongevraagd hulpverlening aangeboden. De cliënt wordt de hulp min of meer opgedrongen; het initiatief ligt bij de hulpverlening.
- De hulpverlening is laagdrempelig, dat wil zeggen dat er aanvankelijk weinig van de cliënt zelf wordt verwacht.
- Het gaat vaak om een complexe problematiek, waarin psychische handicaps, verslaving en sociaal isolement een rol spelen.
- Er wordt tussen verschillende disciplines samengewerkt, zowel in de aanmeldingsfase als tijdens uitvoering.
- Het gaat om (zorgwekkende) zorgmijders.

De (nuance-)verschillen tussen de definities zijn op het volgende te herleiden:

- De definities richten zich primair op de doelgroep (complex, zorgmijders etc.) of op de organisatie van de zorg en de coördinatie van de hulpverlening vanuit de verschillende disciplines en organisaties.
- Als uitgangspunt voor het aanbieden van zorg draait het in de bemoeizorg primair om de verbetering van de zorg of kwaliteit van leven dan wel om reductie van overlast.
- De doelstelling is om de cliënt terug te brengen op een maatschappelijk aanvaardbaar niveau dan wel de cliënt in contact te brengen met de hulpverlening.

Op grond van het bovenstaande wordt de bemoeizorg als volgt gedefinieerd:

Bemoeizorg is het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen. Deze 'zorg op maat' hulpverlening maakt gebruik van verschillende, op elkaar afgestemde methodieken en strategieën. De hulpverlening heeft een actief, outreachend en laagdrempelig karakter. De samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties is van wezenlijk belang om deze groep cliënten met de hulpverlening in contact te brengen.

AFBAKENING BEMOEIZORG EN CASEMANAGEMENT

Bemoeizorg wordt vaak in één adem genoemd met casemanagement en zorgcoördinatie. De werkwijzen van bemoeizorg en casemanagement liggen in elkaar's verlengde. Bepaalde elementen in de werkwijze en de methodiek van casemanagement zijn ook voor de bemoeizorg zeer bruikbaar (Hendrix 1998, p.19; Lindt 2000, p.23; Thuijls 2001, p.8; van Duijvenbode, 2003).

Zowel in bemoeizorg als casemanagement wordt bijvoorbeeld veel gewicht toegekend aan de restcapaciteiten van de cliënt. Een ander belangrijk thema binnen de beide werksoorten is het streven naar stabiliteit in het leven van de cliënt.

De bemoeizorg leidt toe naar de reguliere hulpverlening, waar vervolgens bij voorkeur een casemanager de ex-zorgmijdende cliënt overneemt. Thuijls (2001, p.11) geeft een overzicht van het verschil tussen de drie meest relevante werkmethodeken -trajectmatig werken, casemanagement en bemoeizorg- zoals in het schema op de volgende pagina staat weergegeven.

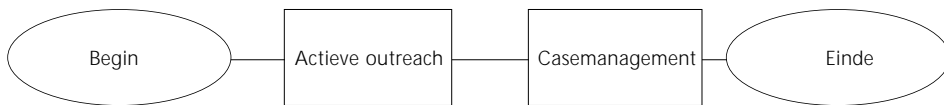
Schema:

Afbakening trajectmatig werken, casemanagement en bemoeizorg

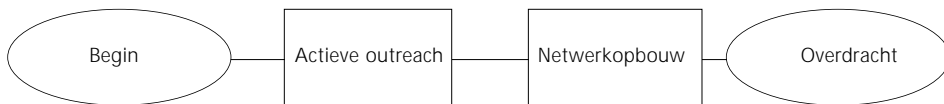
Trajectmatig werken:



Casemanagement:



Bemoeizorg:



Voor een duidelijk onderscheid tussen bemoeizorg en casemanagement wordt er in dit onderzoek van uitgegaan dat de bemoeizorger naar de zorg toe leidt, terwijl de taak van de casemanager erop neerkomt een cliënt in zorg te houden.

Andere onderscheidende factoren zijn de tijdsbesteding, de doelgroep (paragraaf 'Aanleiding tot en uitgangspunten van bemoeizorg' op pagina 29) en de instemming van de cliënt. In de bemoeizorg gaat het erom cliënten te verleiden die geen zorg willen. Bij bemoeizorg geeft een instelling vorm aan de zorgplicht/verantwoord zorgverlenerschap die een instelling heeft. Bij casemanagement en in de zorgcoördinatie is er sprake van een (impliciete) instemming van de cliënt om een hulpverleningscontact of -contract aan te gaan. Bij casemanagement wordt voldaan aan het criterium van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

ORGANISATIE

In Nederland wordt bemoeizorg op verschillende manieren ingevuld. In enkele gevallen is er een aparte afdeling voor bemoeizorg; in andere gevallen betreft het een onderdeel van een afdeling veldwerk, een samenwerkingsverband tussen verschillende instellingen of alleen laagdrempelige zorg.

Deze verschillen kunnen een nadelig effect hebben op de herkenbaarheid van de projecten en de werkwijzen. Door de verwarring die hierdoor ontstaat, komen cliënten niet op de plek waar ze moeten zijn. Een afgeleide doelstelling van dit onderzoek is dan ook het creëren van een eenduidig begrippenkader.

DOELSTELLING

De doelstelling van dit onderzoek is het formuleren van aanbevelingen voor de uitvoering van bemoeizorg. De aanbevelingen hebben betrekking op drie niveaus:

- a de organisatie
- b de methodiek
- c de professional (kennis, houding en vaardigheden)

WERKWIJZE

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en een praktijkonderzoek. In de literatuur blijkt dat bemoeizorg vooral een zeer pragmatische manier van werken is. Een stevige wetenschappelijke fundering waaraan richtlijnen en kwaliteitseisen kunnen worden ontleend ontbreekt (vooralsnog). Daarom is er voor gekozen om de kennis en informatie over de bemoeizorg vooral op de werkvloer zelf te verzamelen. Voor de onderbouwing en toetsing van deze werkwijze wordt een vergelijking gemaakt met de eerder opgedane ervaringen die in de literatuur staan beschreven.

Op basis van de bevindingen in de literatuur en de uitkomsten van onderzoek op de vijf praktijkplaatsen zijn concept aanbevelingen met betrekking tot de uitvoering van bemoeizorg geformuleerd. Daarbij liet de onderzoeker zich in eerste instantie vooral leiden door die thema's waarover consensus bestaat. Bij thema's waar dat niet of nauwelijks het geval was, heeft de onderzoeker zich bij het formuleren van aanbevelingen laten leiden door zijn jarenlange ervaring als hulpverlener in de sociale verslavingszorg.

De concept aanbevelingen zijn vervolgens op twee andere praktijk-

plaatsen (Heerlen en Utrecht) in expertmeetings uitvoerig besproken en, waar nodig, bijgesteld.

Het praktijkonderzoek werd uitgevoerd in twee steden en drie regio's. Behalve de steden Eindhoven en Rotterdam gaat het om de regio's Arnhem (gemeenten Arnhem en Renkum), Zuid-Holland Noord (centrumgemeente Den Haag) en Noord-Limburg (centrumgemeente Venlo). Zie ook bijlage 2 voor informatie over de projectplaatsen.

In deze plaatsen worden projecten uitgevoerd die zich bezighouden met een groep cliënten die weliswaar zorgbehoevend zijn, maar die moeilijk in de reguliere zorg te krijgen en/of te houden zijn.

In het onderzoek is ook een vergelijking gemaakt tussen de provinciesteden (Arnhem, Eindhoven en Venlo) en de Randstad (Rotterdam en Den Haag), omdat de indruk bestaat dat de bemoeizorg zich in de provincie beter heeft geprofileerd dan in de Randstad. De bemoeizorg lijkt zich in de Randstad moeilijker te kunnen onderscheiden binnen het totale aanbod van hulpverleningsprojecten.

Voor het verzamelen van de informatie op de werkvloer is gebruik gemaakt van dagboeken en gestructureerde interviews.

Op de vijf praktijkplaatsen zijn dagboeken uitgezet, waarin bemoeizorgers gedurende vijf werkdagen systematisch hebben bijgehouden welke activiteiten ze hebben verricht.

Per praktijkplaats werden drie interviews gehouden, waarvan twee met uitvoerend medewerkers en één interview met de coördinator of direct leidinggevende. Aan de hand van de interviews zijn de drie niveaus organisatie, methodiek en professional nader uitgewerkt. Ook zijn de interviews gebruikt om de in de dagboeken verzamelde data uit te diepen en indien nodig aan te vullen.

DE IDEEAALTYPISCHE PRAKTIJK

Dit onderzoek beoogt een referentiekader te bieden waaraan medewerkers en organisaties zich kunnen spiegelen en houvast kunnen ontnemen, opdat ze hun werkzaamheden naar een hoger (kwaliteits)niveau kunnen tillen. Met behulp van de aanbevelingen als leidraad kunnen organisatiedoelstellingen, methodiek en professionaliteit worden verbeterd.

Het aanreiken van een eenduidig en ideaaltypisch referentie- of

begrippenkader heeft als risico dat de professional of organisatie die niet volgens dat kader werkt zich niet volledig in de tekst herkent. Dientengevolge zou die professional kunnen concluderen dat zijn manier van werken niet aan de eisen van bemoeizorg voldoet. Dit is natuurlijk niet het oogmerk van dit onderzoek.

De weergegeven ideaalsituatie is in de praktijk nimmer voor honderd procent haalbaar. Het is evenmin zo dat aan alle gestelde voorwaarden en criteria moet worden voldaan om bemoeizorg adequaat te kunnen verlenen.

LEESWIJZER

Het voorliggende rapport beschrijft de resultaten van de literatuurstudie, het onderzoek op de vijf praktijkplaatsen en de aanbevelingen. Bemoeizorg wordt op drie niveaus beschreven.

In hoofdstuk 2 zijn de organisatorische randvoorwaarden beschreven. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de voorwaarden die aan de methodiek worden gesteld. Hoofdstuk 4 is ten slotte gewijd aan de professional, belast met de uitvoering van bemoeizorg.

De hoofdstukken kennen alle dezelfde opbouw. Na een korte inleiding volgt een weergave van de data die uit de literatuur en de interviews (met uitvoerend medewerkers en coördinatoren) zijn afgeleid. Na deze beschrijving worden de aanbevelingen weergegeven.

Omwille van de leesbaarheid wordt ervan afgezien, op enkele uitzonderingen na, expliciet te verwijzen naar de betreffende literatuurbron. Voor een overzicht van de geraadpleegde literatuur wordt verwezen naar bijlage 1. Voor de meer wetenschappelijk geïnteresseerden is een uitgave met alle wetenschappelijke verwijzingen te downloaden op het kennisnet van GGZ Nederland www.ggzkennisnet.nl > informatie-service verslavingszorg > Resultaten Scores > Bemoeizorg rapport uitgebreide versie.

2 De organisatie

Dit hoofdstuk is gewijd aan de organisatorische aspecten en randvoorwaarden van bemoeizorg.

Om bemoeizorg ten opzichte van andere vormen van hulpverlening af te kunnen bakenen wordt eerst een conceptueel kader geschetst. De definities, uitgangspunten en bestaande organisatiestructuren van bemoeizorg worden hier aan de orde gesteld.

In paragraaf 'Taakstelling van het bemoeizorgteam' op pagina 18 worden enkele specifieke aspecten van het bemoeizorgteam uitgewerkt. De uitgangspunten zorg en overlast worden nader behandeld als ook de organisatiestructuur (o.a. plaats in de organisatie, bestuurlijke invulling, organisatievorm), de verantwoordelijkheden, de financiering, de overlegstructuur en de verwachtingen ten aanzien van het bemoeizorgteam.

Paragraaf 'Samenwerking' op pagina 22 gaat ten slotte in op de organisatorische aspecten van de relatie van bemoeizorg met andere organisaties. Feitelijk komen hier de samenwerking en externe overlegstructuren aan de orde.

CONCEPTUEEL KADER

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

Zowel uit de literatuur als uit de interviews blijkt dat de aanleiding voor het starten van bemoeizorg zorg en/of overlast is. Zo is bemoeizorg volgens Henselmans (1993) het (ongevraagd) toeleiden van (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe en meervoudige problematiek naar de reguliere zorg.

Bij het opstarten en bij de uitvoering van bemoeizorg worden er twee soorten uitgangspunten genoemd:

- de verbetering van de kwaliteit van leven van de doelgroep
- het bestrijden van de overlast

De organisatorische plaats die de bemoeizorg inneemt, verschilt van plaats tot plaats. De mogelijkheden lopen uiteen van een zelfstandig samenwerkingsverband tot een onderdeel van een afdeling. In de bemoeizorgprojecten die vanuit een samenwerkingsverband opereren, is gekozen voor een stuurgroep die de hoofdlijnen van de projecten bewaakt.

Ook voor de financiering van de bemoeizorg bestaat geen uniform kader. In sommige gevallen is gekozen voor financiering vanuit de deelnemende organisaties; in andere gevallen wordt het project met overheidsgeld gefinancierd.

De manier waarop de medewerkers verantwoording afleggen, hangt samen met de organisatievorm. Als er voor één organisatie gekozen is, wordt er verantwoording afgelegd aan de eigen manager. Als er hoofdzakelijk samengewerkt wordt, kan er verantwoording worden afgelegd aan de projectmanager of de organisatie manager.

Zowel de professionals als de coördinatoren vinden dat de verwachtingen rond de bemoeizorg hoog gespannen zijn. Volgens hen is het onmogelijk om aan alle verwachtingen te voldoen. Ze vinden het dan ook belangrijk dat duidelijk wordt aangegeven wat bemoeizorg wel en niet bieden kan. Dit heeft betrekking op zowel de zorg- als de overlastkant.

Aanbevelingen

Met betrekking tot de uitgangspunten

De uitgangspunten voor het opstarten van bemoeizorg zijn: zorg, overlastbestrijding of een combinatie van beide.

Aan de combinatie van beide uitgangspunten wordt de voorkeur gegeven:

- Als er geen beperkingen bij 'de voordeur' zijn, worden er geen cliënten 'buitengesloten'.
- Als de informele en formele netwerken merken dat bemoeizorg hen baat oplevert, zullen ze eerder bereid zijn om aan een toeleidings-traject mee te werken.
- Zorg en overlast liggen in elkaars verlengde. De overlast kan afnemen als een medeburger die overlast veroorzaakt, tot zorg wordt verleid. Beide invalshoeken kennen echter een eigen visie en aanpak. Het uitgangspunt voor bemoeizorg is zorg- en hulpverlening. Bemoeizorg kan daarom niet alleen als beheersinstrument in het kader van de problematiek van de openbare orde worden ingezet.

Met betrekking tot de organisatiestructuur

De positie van het bemoeizorgteam binnen de organisaties moet duidelijk zijn, wil het team zijn werkzaamheden goed kunnen uitvoeren.

- De bemoeizorg heeft haar basis binnen een relevante hulpverlenings-

instelling. Afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden kan dit de OGGZ, de RIAGG, de GGD of de verslavingszorg zijn.

- De aansturing op hoofdlijnen vindt plaats door een stuurgroep waarin de bestuurders van de deelnemende instellingen zitting hebben. Om voor het project een draagvlak binnen andere organisaties te kunnen verkrijgen moet duidelijk zijn hoe de beslissingsbevoegdheid geregeld is.
- De bemoeizorger is eerst en vooral medewerker van het bemoeizorgproject. Hij is flexibel inzetbaar en mag niet in zijn activiteiten worden beperkt door andere verplichtingen.
- De bemoeizorger heeft relevante werkervaring bij een van de deelnemende instellingen, zodat erkenning en draagvlak binnen de instellingen gegarandeerd zijn.
- De relevante instellingen moeten over tussenpersonen beschikken die de cliënt vanuit de bemoeizorg verder kunnen begeleiden binnen de instelling. De functie van casemanager komt hiervoor nog het meest in aanmerking.
- Bemoeizorg dient onafhankelijk van de deelnemende instellingen te worden gefinancierd. De voorkeur gaat uit naar een gecombineerde financiering door gemeente en ziektekostenverzekeraar. Op deze manier zal het project minder kwetsbaar zijn voor tussentijdse beleidswijzigingen.
- Als waarborg voor de continuïteit van het project en de hulpverlening moet een lange termijnfinanciering worden nagestreefd.

Met betrekking tot verwachtingen

In samenwerking met andere instellingen kan bemoeizorg handvatten aanreiken om zorgmijdende cliënten een toeleidings-traject naar de reguliere zorg aan te bieden.

Om teleurstelling bij andere professionals en instellingen te voorkomen moet de bemoeizorger duidelijk maken wat er wel en niet geboden kan worden. Op deze manier worden de grenzen van de mogelijkheden duidelijk.

De mogelijkheden en grenzen van bemoeizorg moeten duidelijk worden gemaakt in een pr-campagne waarin de uitgangspunten, de doelen, de methodiek en de resultaten van de bemoeizorg worden gepresenteerd.

TAAKSTELLING VAN HET BEMOEIZORGTEAM

De taakstelling van bemoeizorg kan variëren van alleen toeleiden of traceren-en-toeleiden tot een combinatie van bemoeizorgactiviteiten en reguliere werkzaamheden. De taakstelling is bepalend voor de teamsamenstelling, de overlegstructuur (organisatorisch en cliëntgericht overleg), de coördinatie van de zorg, het management, de standaardisatie van de werkprocessen, en de risico's (medisch, juridisch en overige) waarmee de bemoeizorger geconfronteerd wordt.

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

Zowel in de literatuur als in het veld is men het erover eens dat bemoeizorg wordt gekenmerkt door een actieve, outreachende en cliëntgerichte werkwijze. Er wordt zorg op maat geboden, waarbij de cliënt door de hulpverlener in de eigen omgeving wordt opgezocht. Dit kan in een thuisituatie zijn, maar ook op straat, op het politiebureau of in een opvangvoorziening.

De taakafbakening van de bemoeizorger verschilt per plaats. Zo zijn er projecten waarin de bemoeizorger alleen bezig is met de toeleiding van cliënten naar de reguliere zorg. In andere projecten verzorgt de medewerker het totale traject van het traceren tot het afsluiten van de hulpverlening. Ook worden in de projecten verschillende keuzen gemaakt wat betreft het strikt individueel of in een duo werken aan een casus.

De teamsamenstelling is mede afhankelijk van de wijze waarop de bemoeizorg in de organisatie is ingebed. In het ene project is er sprake van een kernteam met een vaste structuur, dat al dan niet binnen de organisatie wordt aangestuurd. Bij andere projecten is er sprake van een los samenwerkingsverband tussen direct betrokken instellingen.

Alle onderzochte instellingen spreken de voorkeur uit voor een zo gevarieerd mogelijke samenstelling van deelnemende organisaties.

Ook de overlegstructuur is mede afhankelijk van de gekozen organisatievorm. Het overleg vindt steeds zowel op organisatorisch niveau als op cliëntniveau plaats.

Zowel de professionals als de coördinatoren vinden dat de coördinatie van de zorg moet plaatsvinden op de werkvloer, dicht bij de cliënt. Daarenboven moet de coördinatie zich richten op het behalen van de gestelde doelen.

Het management moet zich in bemoeizorg vooral bezighouden met de randvoorwaarden en de eliminatie van knelpunten. De uitvoering van bemoeizorg kent risico's in medisch, juridisch en professioneel opzicht. De coördinatoren achten een standaardisatie van de werkprocessen nodig. Er moet een structuur zijn waarbinnen de professionals kunnen werken.

Aanbevelingen

Werkwijze

- Bemoeizorg beperkt zich tot het traceren en toeleiden van cliënten naar de reguliere zorg. De verantwoordelijkheid voor het hulpverleningstraject dat daarop volgt, ligt bij de casemanager die aan een relevante instelling verbonden is.
- De bemoeizorger heeft een eigen, beperkte caseload van maximaal vijftien cliënten. Deze caseload wordt op zijn minst door duo's beheerd, hetgeen een waarborg voor de continuïteit van de uitgezette toeleidingstrajecten biedt.
- Als er een eenduidige visie en werkwijze naar buiten toe worden uitgedragen, is het realiseren van afspraken door de bemoeizorger minder persoonsgebonden.
- De bemoeizorger kan zijn werk en tijdsindeling in hoge mate autonoom invullen.

Teamsamenstelling

- Het team is breed samengesteld en bestaat uit voormalige medewerkers van de relevante samenwerkingspartners, die kennis over en affiniteit met de doelgroep hebben (zie hoofdstuk 4: de professional).
- De beschikbaarheid van medische deskundigheid (zowel psychiatrie als somatiek) is vereist. Er moet op zijn minst ad hoc –maar nog liever continue– een psychiater of arts beschikbaar zijn met wie, indien nodig, direct beleid kan worden afgesproken. In de huidige praktijk is deze mogelijkheid vaak nog te zeer van persoonsgebonden factoren afhankelijk.

Overlegstructuur

Er zijn twee soorten overleg:

- Organisatiegericht overleg: regelmatig overleg tussen de bemoeizorgers over werkinhoudelijke zaken en knelpunten. Intervisie is hiervoor ook een prima instrument, vooral als er een koppeling wordt

gemaakt tussen het functioneren van de bemoeizorger en een concreet werkprobleem.

- Cliëntgericht overleg: in cliëntbesprekingen en casuïstiekoverleg wordt de voortgang binnen de lopende trajecten besproken. Knelpunten worden uitdrukkelijk omschreven en in onderling overleg opgelost. De aanwezigheid van de contactpersonen binnen de relevante instellingen is vereist om snel tot afspraken te kunnen komen.

Coördinatie van zorg

- De bemoeizorger is verantwoordelijk voor de coördinatie van de toeleidingstrajecten. Deze coördinatie vindt plaats op de werkvloer, waarbij dan wel ruggespraak met de inhoudelijk projectcoördinator plaatsvindt. Op deze manier kan er snel, efficiënt en flexibel worden ingesprongen op mogelijke veranderingen in het toeleidingstraject.

Het management

- Een inhoudsdeskundige projectcoördinator verzorgt de dagelijkse leiding van het project. Deze coördinator zorgt voor de evaluatie van de toeleidingstrajecten, geeft ondersteuning bij de eliminatie van knelpunten en bewaakt de randvoorwaarden. Inhoudsdeskundigheid is vereist, omdat de professionals een klankbord nodig hebben. De projectcoördinator zet mede de lijnen van de toeleidingstrajecten uit en hij zal optimaal bereikbaar moeten zijn, zodat er snel over werkproblemen kan worden gecommuniceerd.

Risico's

Bemoeizorgers kunnen met vier soorten risico's te maken krijgen:

- Risico's die direct gerelateerd zijn aan de doelgroep: agressie, vervuilde omgeving, besmettingsrisico, ziektebeelden. De eigen veiligheid moet voor de bemoeizorger voorop blijven staan. In het geval van twijfel of onzekerheid moet de bemoeizorger hulp inschakelen, bijvoorbeeld van een collega of van de politie.
- Risico's die te maken hebben met ethiek en verantwoordelijkheid. Doordat de bemoeizorger bepaalde verantwoordelijkheden overneemt, overschrijdt hij de grenzen van de cliënt en diens netwerk. De professional zal dit weloverwogen doen, maar de belangen van de cliënt (of het netwerk) moeten voor alles het uitgangspunt blijven. Bij voorkeur in intercollegiaal overleg wordt frequent getoetst of de uitgezette lijnen nog worden gevolgd.

- Het risico van normvervaging bij de professional. Aan deze potentiële valkuil zal bijvoorbeeld tijdens interview aandacht moeten worden besteed.
- Het risico op een burn-out. De bemoeizorger wordt continu geconfronteerd met extreme probleemsituaties en ervaart tegelijk een grote emotionele betrokkenheid bij de doelgroep. Er wordt een termijn van vijf jaar genoemd om dit werk te blijven doen. Een bijkomend probleem is vervolgens de terugkeer naar de reguliere hulpverlening. De autonomie en de onorthodoxe aanpak van de bemoeizorg kunnen zo'n terugkeer eventueel bemoeilijken.

Standaardisatie werkprocessen

Om één lijn aan te kunnen houden in een chaotisch werkveld moet de bemoeizorg een duidelijke werkstructuur hebben. Hiervoor is een standaardisatie nodig van de werkprocessen op het gebied van overlegstructuur, rapportage en methodiek.

Om de uitgezette begeleidingstrajecten efficiënt te kunnen toetsen moet er sprake zijn van één herkenbare lijn die voor alle betrokkenen inzichtelijk is.

- De gebruikte formulieren moeten standaardinformatie bevatten over:
 - de melder (voor de terugkoppeling);
 - de cliënt (naam, geboortedatum, woon- of verblijfplaats);
 - de aard van de problematiek (zorg en/of overlast);
 - de eerste doelen (voor zover te formuleren);
 - de mogelijke samenwerkingspartners;
 - de datum van de eerste evaluatie en/of terugkoppeling. overlegstructuur kent een beperkt aantal overlegvormen, met een vaste frequentie en een vast deelnemersbestand. Op deze manier kunnen de behoeften sneller op elkaar worden afgestemd. Als de betrokkenen elkaar beter leren kennen, zullen ze bovendien elkaars belangen meer waarderen.
- De rapportage moet eenduidig en voor iedereen begrijpelijk zijn. Alleen dan kan worden voorkomen dat er misverstanden ontstaan. Vakjargon moet worden vermeden.
- Belangrijk is ook de standaardisering van de methodiek; zie hoofdstuk 3.

SAMENWERKING

Ondanks de inzet van alle medewerkers is er regelmatig sprake van een gebrekkige afstemming tussen de betrokken instellingen, ontbreekt de coördinatie binnen de zorg en wordt er te weinig gebruikgemaakt van elkaars mogelijkheden. De instellingen weten niet altijd van elkaar welke mogelijkheden en beperkingen ze hebben. Er is geen structuur waarbinnen signalen over problemen kunnen worden gemeld en afgehandeld. Er is kortom betere samenwerking nodig.

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

De uitgangspunten die zowel in de literatuur als in de interviews voor samenwerking worden genoemd, hebben betrekking op de complexiteit van de doelgroep. Deze complexiteit maakt het noodzakelijk dat er wordt samengewerkt. Behalve op de tekortkomingen van de doelgroep kunnen organisaties en hulpverleners vastlopen op de bureaucratie, de instellingsbelangen en de wachtlijsten.

Om dit soort problemen het hoofd te kunnen bieden moet er in een netwerkverband worden samengewerkt. Deze netwerken kunnen uit verschillende samenwerkingspartners bestaan, afhankelijk van de regio. De belangrijkste partners komen uit de eerstelijnsgezondheidszorg, psychiatrie, verslavingszorg, maatschappelijk werk, gemeenten, politie en justitie.

Vanuit de bemoeizorg worden aan deze samenwerking randvoorwaarden gesteld. Hierbij moet worden gedacht aan: ontschotting van de hulpverlening (ketenbenadering); duidelijke (al dan niet geformaliseerde) werkafspraken; het aangeven van de grenzen en mogelijkheden van de bemoeizorg.

Er is een duidelijke overlegstructuur nodig. Het overleg kan cliëntgericht zijn, maar ook hoger in de organisatie op managementniveau moeten de samenwerkingsafspraken op hoofdlijnen worden uitgezet.

Aanbevelingen

Uitgangspunten samenwerking

Samenwerking vraagt om een gezamenlijke aanpak van zowel zorg- als overlastproblemen. De doelgroep vertoont vaak problemen op beide gebieden, die niet onafhankelijk van elkaar kunnen worden opgelost.

- Door samenwerking wordt de 'last' van een complexe casus door verschillende instellingen en professionals gedeeld.

- Iedere deelnemer (organisaties én individuen) behoudt zijn verantwoordelijkheid. Aldus wordt voorkomen dat de verschillende instellingen de cliënten op elkaar afschuiven.
- Door een brede inzet van kennis en vaardigheden is de kans groter dat er een passende oplossing wordt gevonden. In overleg met andere instellingen en professionals kunnen de begeleidingstrajecten op elkaar worden afgestemd.
- Als er wordt samengewerkt en regieafspraken worden gemaakt vanuit een ketenbenadering, zal eerder duidelijk worden waar er in de hulpverlening sprake is van overlap of hiaten en wat daaraan gedaan kan worden.

Organisatie samenwerking

De wijze van samenwerking moet duidelijk zijn. De samenwerkingspartners moeten weten wat er van hen wordt verwacht en wat ze van de samenwerking kunnen verwachten. Daarvoor zijn nodig:

- Een juridisch, veilig kader. Er moet open en vertrouwelijk over casussen kunnen worden gesproken zonder dat men daar later op 'afgerekend' wordt. Dit veilige kader kan neerkomen op een convenant waarin de privacygevoelige uitwisseling van gegevens is vastgelegd.
- De bereidheid om eigen falen te erkennen en om hulp aan anderen te vragen.
- Openheid over de casus.
- Een zorgvuldige weging van de inhoud van de verstrekte informatie.
- Informeel overleg over probleemgevallen. De bemoeizorger loopt regelmatig bij de samenwerkingspartner binnen om ook buiten de formele vergaderingen om overleg te plegen.

Samenwerkingspartners

In elke regio zijn er talrijke instellingen die bemoeienis hebben met de doelgroep. Voor een efficiënte en effectieve samenwerking zal duidelijk moeten worden vastgesteld met welke partners structureel samengewerkt wordt dan wel op wie er op afroep een beroep gedaan wordt. De problemen van de zorgwekkende zorgmijders liggen in het algemeen op het gebied van de psychiatrie, somatiek, verslaving, financiën, huisvesting en justitie. De hiervoor relevante instellingen zullen in elk geval aan het bemoeizorgnetwerk moeten deelnemen.

Relevante samenwerkingspartners zijn:

- RIAGG
- verslavingszorg
- maatschappelijk werk
- politie
- gemeente
- opvangvoorzieningen
- huisartsen en/of ziekenhuizen

Randvoorwaarden samenwerking

- Samenwerking vereist een bereidheid tot het aangaan van compromissen ten behoeve van de realisering van toeleidingstrajecten naar de reguliere zorg.
- Samenwerking vereist de garantie van continuïteit. De deelnemende instellingen maken onderling afspraken wie zich met de doelgroep bezighoudt en wie in het geval van afwezigheid als vervanger optreedt.
- Organisaties en afdelingen moeten zorgdragen voor een flexibele opstelling, zodat op kritieke momenten de toegang tot de voorziening voor de cliënt gewaarborgd is. Mogelijkheden hiervoor zijn bijvoorbeeld de creatie van 'topbedden' of extra intake- en opnamecapaciteit. Op momenten waarop het ertoe doet, kan er niet worden geschermd met maatregelen zoals een wachtlijst.
- De bemoeizorg moet uiterst zorgvuldig omgaan met de overdracht aan instellingen. Als de overdracht niet op een solide basis wordt uitgevoerd, kan de geloofwaardigheid van de bemoeizorg in het geding komen.
- Er moet worden gestreefd naar een ontschotting van de hulpverlening (ketenzorg en over de grens van de eigen instelling heen kijken). Medewerkers moeten durven afwijken van de waarden en normen of regels en procedures die binnen de eigen instelling heersen.
- Artsen – met name zij die werkzaam zijn in de psychiatrie (ambulant en klinisch) – moeten hun neiging overwinnen om zich afzijdig te houden van bemoeizorgcliënten. Ze moeten ervan overtuigd raken dat zij ook voor deze doelgroep een medische verantwoordelijkheid hebben.

Externe overlegstructuur

De bemoeizorg kent in alle regio's bepaalde vormen van extern overleg met de ketenpartners. Het doel daarvan is het uitwisselen van

informatie en/of het verschaffen van inzicht welke problemen er binnen de regio spelen.

- De frequentie van het extern overleg moet beperkt blijven tot het hoogst noodzakelijke.
- Teneinde de verwachtingen zuiver te houden, moet er consequent worden benadrukt wat de bemoeizorg bieden kan.
- De instellingen moeten op hun eigen verantwoordelijkheid worden aangesproken, zodat de bemoeizorg niet als afschuifloket mag worden gebruikt.

3 De methodiek van bemoeizorg

De methodiek van de bemoeizorg heeft ten doel hulpverleners aansluiting te laten vinden bij zorgwekkende zorgmijders. De toegepaste methodische principes zijn afkomstig uit de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en het maatschappelijk werk.

Paragraaf 'Visie op en fasering van bemoeizorg' behandelt de visie die aan de methodiek ten grondslag ligt. Er wordt ingegaan op de aanleiding voor de ontwikkeling van een eigen methodiek. Ook wordt de doelgroep omschreven aan de hand van inclusie- en exclusiecriteria. Vervolgens komen de werkinhoudelijke aspecten aan bod, zoals de toepassing van drang en dwang. Daarna volgt een weergave: van de verhouding tussen cliënt- en netwerkgebonden werken; van het werken met cliënten uit de bemoeizorg en de reguliere zorg; en van de verhouding tussen cliënt- en netwerkcontacten. Ten slotte wordt nog ingegaan op de beoogde resultaten, de registratie en de evaluatie.

VISIE OP EN FASERING VAN BEMOEIZORG

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie.

Er komen twee verschillende visies naar voren:

- De bemoeizorg werkt alleen met cliënten die nog enige bemoeienis hebben met een vorm van opvang. Door een gebrek aan geld en personeel is het vaak onmogelijk om actief te traceren. Als het bovendien al moeilijk is om cliënten in zorg te houden, zal het nog moeilijker zijn om cliënten tot zorg te verleiden bij wie al eerder een traject misgegaan is. Er is veel uithoudingsvermogen nodig om dit soort cliënten weer tot zorg te verleiden.
- Het hebben van contact met de reguliere zorg is juist een exclusie-criterium. De bemoeizorg gaat alleen met cliënten in zee die geen bemoeienis (meer) hebben met de reguliere zorg. Als een cliënt nog wel contact heeft met een hulpverlener, zal de bemoeizorger deze persoon (of diens instelling) wijzen op zijn (behandel-) verantwoordelijkheid.

De 2e omschrijving sluit aan bij de definitie van bemoeizorg, die eerder in hoofdstuk 1, op pagina 7 werd weergegeven.

Zowel in de literatuur als bij de onderzochte projecten wordt structureel een methodiek gehanteerd die uit drie fasen bestaat: de voorbereidingsfase (I), de contactfase (II) en de afrondingsfase (III). Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende fasen.

I De voorbereidingsfase

- a** Aanmeldingsfase ofwel het traceren van de cliënt. Het belangrijkste doel is hier het in contact komen met de zorgwekkende zorgmijder.
- b** Vooronderzoek ofwel het screenen van de omstandigheden en van de beschikbare gegevens. Welke zaken spelen er bij deze cliënt? Wie hebben bemoeienis met deze cliënt (gehad)? Waar is de cliënt eventueel gevoelig voor?
Contact leggen ofwel het actief, outreachend benaderen van de cliënt en het opbouwen van een werk- en vertrouwensrelatie.

II De contactfase

- c** Uitvoeringsfase ofwel het daadwerkelijk contact hebben en houden met de cliënt.
- d** Als het contact eenmaal gerealiseerd is, kan de bemoeizorg de cliënt naar de reguliere hulpverlening doorverwijzen.

III De afrondingsfase

- e** Doorleidings- en afrondingsfase: de overdracht of afsluiting van een contact.
- f** Evaluatiefase. Zowel tussentijdse evaluaties als de eindevaluatie zijn belangrijk voor het bewaken van de voortgang en het doorvoeren van correcties in de werkwijze en de benadering.

Aanbevelingen

Hoe het bemoeizorgproces zou moeten verlopen wordt treffend weergegeven door een van de professionals:

‘Op basis van het traceren en verleiden van de cliënt wordt een hulpverleningsrelatie ontwikkeld. Er wordt een traject uitgezet om de cliënt te krijgen waar hij eigenlijk thuishoort. Dan zijn er twee mogelijkheden: of hij wordt doorverwezen naar de reguliere zorg en overgedragen of de contacten worden afgerond en het contact wordt afgesloten.’

AANLEIDING TOT EN UITGANGSPUNTEN VAN BEMOEIZORG

Vraaggericht werken en ongevraagde bemoeienis zijn schijnbaar tegenstrijdige handelingen. Nochtans is de combinatie van deze twee een wezenlijk onderdeel van bemoeizorg. Het is ook een van de redenen waarom bemoeizorg een eigen attitude en een eigen methodiek vereist. Door een eigen bemoeizorgmethodiek te hanteren kunnen de medewerkers aansluiting vinden bij mensen met een ernstige verslavings-, sociale en/of psychiatrische problematiek.

Uitkomsten van literatuur en praktijkstudie

De reden voor het opstellen van een bemoeizorgmethodiek is het vinden van aansluiting bij een doelgroep die anders uit het zicht van de (reguliere) hulpverlening blijft.

Deze doelgroep is zorgwekkend zorgmijgend en kampt met chronische problemen op het gebied van verslaving, psychiatrie, welzijn en openbare orde.

De meeste problemen zijn dusdanig complex, dat een individuele hulpverlener of instelling ze niet alleen kan oplossen. In het hoofdstuk over de organisatie is gewezen op de noodzaak van een samenwerkingsmodel.

Bemoeizorg kent nauwelijks beperkingen aan de ‘voorkeur’ en gaat in principe met iedere aangemelde cliënt aan de slag. Een voorwaarde is wel dat de cliënt geen contact meer heeft met de reguliere hulpverlening. Extreem agressieve of te jonge cliënten zijn uitgesloten. In het geval van agressie is het aan de politie of Justitie om de eigen verantwoordelijkheid te nemen. In het geval van (te) jonge cliënten wordt een oplossing gezocht door de betreffende instellingen op hun verantwoordelijkheid te wijzen. De bemoeizorg zorgt op deze manier ervoor dat het contact (weer) tot stand komt.

Voor het gros van de bemoeizorgers bestaan de contacten hoofdzakelijk uit specifieke bemoeizorgcliënten. In geval van een gecombineerde baan kan er ook sprake zijn van contacten met reguliere, niet-zorgmijdende cliënten.

De bemoeizorg zou zoveel mogelijk outreachend bezig zijn, op straat of in het netwerk en niet vanachter een bureau. Alle betrokkenen zijn het daarmee eens. De praktijk laat echter zien dat dit uitgangspunt slechts beperkt wordt gerealiseerd. Onderstaande tabellen geven daar inzicht in.

De volgende tabel laat allereerst de aard van de contacten zien die de bemoeizorgers gedurende vijf werkdagen in de dagboeken hebben geregistreerd. Het resultaat is een algemeen beeld van de hoofdthema's van hun werk.

Tabel 3.1

Overzicht werkzaamheden zoals geregistreerd in de dagboeken

Omschrijving	Totaal gewerkte halve uren	Traceren	Contactlegging bemoeizorg	Contactlegging reguliere cliënten	Praktische hulp	Medische zorg	Totaal overige werkzaamheden
Halve uren	1502	27	492	24	72	15	866
Percentages	100	1,8	32,9	1,6	4,9	1,0	57,8

Bij 'contactlegging bemoeizorg' wordt de tijd weergegeven die door de bemoeizorger is geïnvesteerd in het leggen van contacten met de cliënt.

'Contactlegging reguliere cliënten' geeft de tijd weer die door de bemoeizorger is besteed aan cliënten die nog contact hebben met de reguliere zorg.

Bij 'praktische hulp' en 'medische zorg' gaat het om de tijd die is geïnvesteerd in het uitbouwen van de hulpverleningsrelatie.

In de rij 'halve uren' wordt de tijd gesommeerd die de bemoeizorgers in de dagboeken hebben gescoord.

De bemoeizorger blijkt veel tijd te besteden aan de contactlegging met cliënten: maar liefst een derde deel van de totaal beschikbare tijd. De cliëntgerichte werkzaamheden die plaatsvinden nadat het contact eenmaal gerealiseerd is, scoren aanzienlijk lager. Voor praktische hulp wordt nog geen 5% uitgetrokken en voor medische zorg 1%.

De rest van zijn tijd besteedt de bemoeizorger aan het overleg rond de cliënt, waar de cliënt zelf niet bij aanwezig is.

De volgende tabel toont een overzicht van het aantal cliënten dat de bemoeizorgers gemiddeld per dag hebben gezien in de periode dat ze de dagboeken bijhielden. De bemoeizorgers is niet alleen gevraagd om het aantal cliënten bij te houden, maar ook om aan te geven of dit aantal in hun ogen afweek van het aantal dat ze in een 'normale' werkweek zien. De bemoeizorgers hebben unaniem aangegeven dat het voor hen normale aantallen waren.

Tabel 3.2

Overzicht aantallen cliënten per dag

Omschrijving	Resultaat	Sd	N
Gemiddeld aantal cliënten per dag	3,12	1,39	20
Gemiddeld aantal bemoeizorgcliënten per dag	2,52	1,26	20

Het gemiddeld aantal bemoeizorgcliënten dat per dag wordt gezien, komt nagenoeg overeen met het totaal aantal cliënten waar de bemoeizorg mee in aanraking komt.

In de tabel hieronder wordt de verhouding tussen outreachend werken en bureauwerk naar het oordeel van de bemoeizorgers weergegeven

Tabel 3.3

Oordeel bemoeizorgers over verhouding outreachend werken en bureauwerk

Omschrijving	Frequentie	Percentage
80 – 100% Outreachend werk	5	23,8
50 – 80% Outreachend werk	11	52,4
50% Outreachend 50 % Bureau	4	19
> 50% Bureauwerk	1	4,8
Totaal	21	100

Van de bemoeizorgers die een dagboek hebben bijgehouden, dacht 76% meer dan 50% van de werktijd te hebben besteed aan outreachende activiteiten. In de praktijk blijkt dit anders te liggen.

In tabel 3.4 staat aangegeven hoeveel tijd de bemoeizorgers daadwerkelijk aan cliëntcontacten en bureauwerk hebben besteed. In de tabel staat per project beschreven hoe deze werkvormen zich tot elkaar verhouden.

Tabel 3.4

Tijdsbesteding cliëntcontact en bureauwerk per instelling

Organisatie (n)	Omschrijving	Gewerkte halve uren	Gemiddelde aantal halve uren	Percentage gewerkte halve uren
Novadic (5)	Bureau	167	33,4	50,6
	Clïëntcontact	166	33,2	49,4
	Totaal	333	66,6	100
N/M Limburg (6)	Bureau	277	46,2	55,7
	Clïëntcontact	223	37,2	44,3
	Totaal	500	83,4	100
Arnhem (4)	Bureau	183	45,8	71,6
	Clïëntcontact	72	18,0	28,4
	Totaal	255	63,8	100
Bouman (2)	Bureau	53	26,5	40,8
	Clïëntcontact	77	38,5	59,2
	Totaal	130	65	100
Parnassia (4)	Bureau	186	46,5	65,5
	Clïëntcontact	98	24,5	34,5
	Totaal	284	71,0	100
Totaal	Bureau	866	41,2	57,66
	Clïëntcontact	636	30,3	42,34
	Totaal	1502	71,5	100

Het valt onder meer op dat bij drie instellingen het aandeel van directe cliëntcontacten en bureaucontacten ongeveer 50% is. In de bemoeizorgprojecten van Arnhem en Parnassia is het aandeel van het bureauwerk ongeveer 75% respectievelijk 66%. In het project van Arnhem zijn de medewerkers gedetacheerd vanuit de deelnemende organisaties. Bij Parnassia zijn de bemoeizorgers bij de afdeling preventie ondergebracht, waardoor hun status niet altijd even duidelijk is. Het is mogelijk dat deze omstandigheden van invloed zijn op de directe cliëntcontacten, bijvoorbeeld omdat de bemoeizorgers minder flexibel kunnen zijn in hun tijdsindeling.

Conclusie is dat de bemoeizorgers meer tijd aan bureauwerkzaamheden besteden dan ze zelf inschatten.

De verhouding cliëntcontact–bureauwerkzaamheden moet expliciet worden bewaakt om te voorkomen dat het directe contact met de doelgroep – een essentieel element van de methodiek – verloren gaat.

Hoe is de verhouding tussen bemoeizorgcliënten en reguliere cliënten?

Onderstaande tabel geeft daarin inzicht.

Tabel 3.5

Verhouding bemoeizorg cliënten versus reguliere cliënten

Omschrijving	Frequentie	Percentage
80 – 100% Bemoeizorg	11	52,4
50 – 80% Bemoeizorg	6	28,6
50% Bemoeizorg 50 % Regulier	1	4,8
> 50% Regulier	3	14,3
Totaal	21	100

De meerderheid van de bemoeizorgers blijken zich het grootste deel van hun werktijd bezig te houden met bemoeizorgcliënten (17 van de 21 respondenten).

Eventuele verschillen zijn terug te voeren op de verschillende uitgangspunten die in de projecten worden gehanteerd. De projecten waarbij ervoor gekozen is om de hulpverleners alleen bij de bemoeizorg onder te brengen, scoren allemaal in de categorie 80-100%.

Bij de projecten waarbij de hulpverleners zowel bemoeizorg-clïëntencontacten als reguliere cliëntencontacten hebben, valt het op dat de Randstedelijke projecten hoger scoren op het vlak van reguliere cliënten dan op het vlak van bemoeizorgcliënten.

In de contacten met de cliënt en diens netwerk ligt het accent vooral op het cliëntcontact. Er is meer direct contact met de cliënt dan met het netwerk rond de cliënt.

De volgende tabel geeft weer hoe de bemoeizorgers denken dat ze hun beschikbare tijd verdelen over directe cliëntcontacten en contacten met het netwerk.

Tabel 3.6

Verhouding cliëntcontact versus netwerkcontact

Omschrijving	Frequentie	Percentage
> 50% cliëntcontact	9	42,9
50% cliënt- - 50 % netwerkcontact	9	42,9
> 50% netwerkcontact	3	14,3
Totaal	21	100

Ruim 85% van de bemoeizorgers denkt meer dan de helft van de tijd te besteden aan directe cliëntcontacten. De overigen denken meer dan 50% van de tijd aan het onderhouden van het netwerk te besteden. In de dagboeken zelf is geen expliciet onderzoek naar deze verhoudingen verricht. Er kan dan ook niet worden vastgesteld in hoeverre deze inschattingen juist zijn.

De geïnterviewde bemoeizorgers leggen de lat hoog. Ze verwachten binnen een termijn van enkele jaren een groot deel van de aangemelde cliënten naar de reguliere hulpverlening door te kunnen verwijzen. Om deze ogenschijnlijk lange termijn tegenover de subsidiënt/opdrachtgever en de samenwerkingspartners te kunnen verantwoorden zal inzichtelijk moeten worden gemaakt waar de bemoeizorgers mee bezig zijn. Een expliciete methodiek kan hun wijze van werken onderbouwen. Ook rapportage speelt hierbij een belangrijke rol. Met behulp van rapportage kan de bemoeizorger duidelijk maken met welke processen hij bezig is en in welk stadium deze processen verkeren. Ook voor de coördinator/leidinggevende is rapportage van belang voor het overzicht op de activiteiten van de individuele medewerkers.

Aanbevelingen

a Aanleiding tot bemoeizorg

De bemoeizorgmethodiek dient te worden gehanteerd om professionals in staat te stellen contact te leggen met een doelgroep die om uiteenlopende redenen buiten het gezichtsveld van de reguliere hulpverlening valt. De bestaande methodieken en werkmethoden kunnen deze groep zorgwekkende zorgmijders niet tot zorg verleiden.

b Doelgroep, inclusie- en exclusiecriteria

Bemoeizorg bewerkstelligt dat iemand (niet meer) buiten de hulpverlening valt. Ieder mens heeft recht op zorg. Als er sprake is van een groot risico op het gebied van fysieke agressie, kan de professional ervoor kiezen om de problemen samen met de politie aan te pakken. Als een cliënt nog contact heeft met de reguliere hulpverlening of minderjarig (jonger dan achttien jaar) is, wordt contact opgenomen met de betrokken instelling of de jeugdzorg. (NB: bij vier van de vijf projecten is de jeugdzorg geen direct onderdeel van het bemoeizorgnetwerk.) Als het erom gaat een instelling op haar eigen verantwoordelijkheid te wijzen, houdt de bemoeizorg pas op als de cliënt de zorg en de hulp krijgt waar hij recht op heeft.

c Drang en dwang

De zorgwekkende zorgmijder is in veel gevallen niet met 'normale' hulpverleningsstrategieën tot zorg te verleiden. Er is een stok achter de deur nodig om de cliënt over de streep te trekken.

De bemoeizorger gaat in eerste instantie uit van vrijwillige hulpverlening. Als dit niets oplevert, probeert de bemoeizorger door middel van drang de cliënt ervan te doordringen waarom het nodig is om zorg te accepteren.

Als ook drang geen resultaat oplevert, kan de bemoeizorger overstappen op dwang- of juridische maatregelen zoals inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM).

De hulpverlening heeft uiteindelijk geen vrijblijvend karakter. Als de aangeboden zorg- en hulpverlening niet wordt aanvaard, kan dat ernstige gevolgen hebben voor de huisvesting en de financiën van de cliënt. De bemoeizorger kan de cliënt bijvoorbeeld voor ogen houden dat zijn woning behouden blijft als hij in zee gaat met de hulpverlening. De uitvoering van sancties en andere maatregelen wordt niet door de bemoeizorger zelf gedaan, maar door de bevoegde instanties, zoals de politie, de jeugdzorg of de woningbouwvereniging.

d Bemoeizorg versus reguliere cliënten

Eerder werd gesteld dat de professional bij voorkeur zelfstandig binnen het bemoeizorgproject werkt. Dit is een garantie voor zijn flexibiliteit en kan ook helpen om conflicten over werk, taken en rollen als ook het verlies van geloofwaardigheid te voorkomen. Op grond van

deze overweging moet het percentage reguliere cliëntencontacten zo klein mogelijk blijven. Alle cliënten die nog contact hebben met de reguliere zorg, worden ook daadwerkelijk op deze manier geregistreerd.

e Cliëntgebonden werk versus bureauwerk

De bemoeizorg onderscheidt zich vooral van de reguliere hulpverlening door het feit dat de bemoeizorger het grootste deel van de werktijd outreachend in het werkveld actief is.

De ideale verhouding is: > 50% van de tijd outreachend werken, zowel in de directe cliëntcontacten als in de netwerkcontacten, en < 50% achter het bureau voor administratie en organisatorisch overleg. De tijdsduur en looptijd van de cliëntcontacten kent per definitie een grote spreiding. De bemoeienis met sommige cliënten betreffen slechts een contact van 10 minuten, in andere gevallen is de cliënt na drie jaar nog steeds een actuele casus. De gemiddelde looptijd van een bemoeizorgtraject is conform de uitspraak in de expertmeetings een half tot driekwart jaar.

f Cliëntcontact versus netwerkcontact

Zowel de cliëntcontacten als de netwerkcontacten zijn belangrijk. Een aandeel van 50 procent voor zowel de cliënten als voor het netwerk is minimaal vereist. Als de balans tussen cliënt- en netwerkcontact toch naar één kant zou moeten overhellen, dan bij voorkeur naar de kant van het directe cliëntcontact. De investering daarin vormt de basis waarop de cliënt tot zorg wordt verleid. De verhouding tussen de percentages kan tijdens het traject fluctueren. In de voorbereidende fase voeren vooral de netwerkcontacten de boventoon, terwijl in de uitvoerende fase het cliëntcontact meer op de voorgrond treedt. In de afsluitende fase is de verdeling eerder gelijk.

g Resultaten

Om de hooggespannen verwachtingen rond de bemoeizorg (zie paragraaf 'Taakstelling van het bemoeizorgteam' op pagina 18) te kunnen normeren en onderbouwen, zou de effectiviteit van de bemoeizorg nader onderzocht moeten worden. Bovendien moeten er zo eenduidig mogelijke criteria ofwel maatstaven worden opgesteld.

De effectiviteit van bemoeizorg kan worden beoordeeld op grond van de volgende criteria:

- De bemoeizorg brengt de cliënt onder bij de reguliere zorg.
- De bemoeizorg maakt duidelijk in welk mate de cliënt weer deel is gaan uitmaken van sociale verbanden in de zin van:
 - woonsituatie
 - dagbestedingsituatie
 - familiesituatie
 - acceptatie structurele hulpverlening.
- De bemoeizorg streeft naar een overzicht van het aantal potentiële cliënten.
- De bemoeizorg geeft inzicht in de hiaten in de bestaande hulpverlening.
- De bemoeizorg geeft inzicht in het beschikbare hulpaanbod in de regio.
- De bemoeizorg maakt duidelijk in welke mate het sociaal netwerk op de bestaande voorzieningen aansluit.

Aan de hand van deze criteria kunnen de bemoeizorgers tegenover hun opdrachtgevers, subsidiënten en leidinggevendenden verantwoorden hoe ze werken en duidelijk maken welke toeleidingstrajecten ze verwezenlijken.

h Rapportage

De rapportage van de bemoeizorg bestaat uit een overzicht van de cliëntgegevens (naam, geboortedatum, verblijfplaats), de probleemgebieden (verslaving, psychiatrie, somatiek, maatschappelijke problemen) en de voormalige en huidige contactpersonen van deze cliënt. De rapportage moet overzichtelijk en geordend worden opgezet, zodat de bemoeizorger zelf en diens directe collega's een duidelijk overzicht hebben van wat er speelt en wat er actueel gebeurt.

De rapportage moet ondubbelzinnig zijn en is alleen voor de bemoeizorgers toegankelijk.

Het opstellen van een eenvoudig en efficiënt registratiesysteem helpt voorkomen dat er onevenredig veel tijd moet worden besteed aan het rapporteren.

Het wordt aanbevolen dat de bemoeizorger tijdens zijn werk korte aantekeningen bijhoudt en deze nog aan het einde van dezelfde werkdag in een (geautomatiseerd) systeem uitwerkt.

DE UITVOERING

In de uitvoering gaat het om de concrete invulling van de drie fasen die aan bemoeizorg ten grondslag liggen: de voorbereidingsfase, de uitvoeringsfase en de afsluitfase. In de literatuur en in de praktijkplaatsen bestaat hierover een grote mate van overeenstemming. De basis die Henselmans voor de methodiek van bemoeizorg heeft gelegd, wordt gevolgd, maar ook naar de omstandigheden en eigen inzichten verder ingevuld.

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

I Voorbereidingsfase

a Aanmelden / traceren

Zowel in de literatuur als in de interviews worden twee wegen genoemd waarlangs de bemoeizorg met een cliënt in contact kan komen:

- het opzoeken van de cliënt op basis van een melding bij een meldpunt;
- op eigen initiatief van de bemoeizorger, het feitelijk traceren van de cliënt in de eigen omgeving.

In de verschillende projecten zijn criteria opgesteld, aan de hand waarvan systematisch bij de aanmelding een screening kan plaatsvinden.

b Vooronderzoek

Het doel van het vooronderzoek is relevante informatie verzamelen voor een passend traject. Deze fase start tegelijk met de aanmelding of tracering. Er wordt een inschatting gemaakt van de problematiek, van de 'gevoeligheden' van de cliënt inzake hulp, en van de mogelijke oplossingen. Ook wordt gekeken welke prioriteiten er gesteld moeten worden.

In deze fase wordt er informatie ingewonnen bij het sociale netwerk en bij de hulpverleningsinstellingen. Er wordt naar een zorgplan toegewerkt, waarin samenwerking voorop staat en waarin de onderlinge taakverdeling duidelijk is.

c Opstellen zorgplan

Aan het einde van de vooronderzoekfase wordt er een zorgplan opgesteld. Hierin worden systematisch de mogelijkheden en de werkwijzen

weergegeven. Ook wordt duidelijk gesteld wie voor welk onderdeel verantwoording draagt. Het zorgplan geeft de bemoeizorger de mogelijkheid om gestructureerd te werken. De bemoeizorger kan eventueel terugverwijzen naar het zorgplan als er onenigheid over de gemaakte afspraken ontstaat.

II Contactfase

d Contactlegging

Dit stadium kan eventueel ook onder fase I vallen, tijdens de voorbereiding van het opstellen van het zorgplan.

De hulpverlener kan op twee manieren met cliënten in contact komen: via een meldpunt of via traceren van de cliënt. Het is eenvoudiger om via een netwerk met de cliënt in contact te komen, maar dit lukt niet altijd. Als voorbereiding op het contact moet de bemoeizorger zich goed inwerken en bij zoveel mogelijk instanties informatie inzamelen, zodat de cliënt een sluitend plan kan worden voorgelegd. In de fase waarin de eerste basale, laagdrempelige contacten gelegd worden, moet er voor alles aan de vertrouwensrelatie worden gewerkt en voor goede randvoorwaarden en een goede timing worden gezorgd.

e Contact maken

In deze fase verandert het karakter van het werk. De werkzaamheden zijn niet meer gericht op het zoeken van contact, maar op de continuïteit. De bemoeizorger zal de cliënt moeten overtuigen van het nut van de aangeboden hulpverlening. Er wordt gekeken naar de behoeften en de hulpvraag van de cliënt.

f Contact onderhouden

De bemoeizorger werkt planmatig aan een stabiele relatie met de cliënt. De bemoeizorger verricht werkzaamheden die enerzijds de problemen van de cliënt helpen oplossen en die anderzijds de bemoeizorger het vertrouwen van de cliënt helpen winnen. De werkzaamheden van de bemoeizorger bestaan onder meer uit: het maken van afspraken op het gebied van gezondheid, het regelen van praktische zaken, het leggen van contacten met organisaties, en het verzamelen van informatie op grond waarvan voor de cliënt een hulpverleningstraject kan worden uitgezet. Daarenboven is de bemoeizorger een manusje-van-alles ten behoeve van de cliënt en diens netwerk.

III Afrondingsfase

g Doorgeleiding en overdracht

Bij de doorgeleiding is het belangrijk dat deze geleidelijk verloopt. Er wordt gepleit voor een 'warme' overdracht van de bemoeizorger naar de reguliere hulpverlener of casemanager. De bemoeizorger bepaalt wanneer de cliënt kan worden overgedragen. De duur van het bemoeizorgtraject ligt niet op voorhand vast.

Er zijn allerlei knelpunten waar de bemoeizorger mee te maken kan krijgen. Op organisatorisch gebied zijn dit allereerst de wachtlijsten in de zorg. Daarnaast kunnen de eerder negatieve ervaringen op het gebied van therapietrouw, maar ook de agressie die bij veel professionals en organisaties aanwezig is, een belemmering vormen voor het aangaan van een hulpverleningsrelatie met deze doelgroep.

Om deze redenen lukt het vaak alleen op grond van goede, persoonsgebonden contacten om de cliënt bij de reguliere zorg onder te brengen.

Eventuele knelpunten op het cliëntniveau zijn gedragsproblemen en het ontbreken van structuur en ordening.

h Afronding

Het beëindigen van de werkrelatie is alleen haalbaar als de cliënt in staat is om zich aan afspraken te houden, als de grootste acute problemen zijn opgelost, en als er een vangnet is gecreëerd.

Belangrijk zijn ook duidelijke afspraken tussen de reguliere hulpverlening en de bemoeizorg over het weer in begeleiding nemen van de cliënt indien de overdracht mislukt. Op deze manier kan een terugval worden voorkomen.

i Evaluatie

Volgens een vooraf bepaalde frequentie wordt het bemoeizorgtraject geëvalueerd. De evaluatie vindt tussentijds en aan het einde van het traject plaats aan de hand van de vooraf vastgestelde criteria.

Het doel van de evaluatie is: het checken van de behaalde resultaten, het bijstellen van de begeleidingsplannen en de mate van samenwerking, en het vaststellen van nieuwe ontwikkelingen binnen de samenleving en de doelgroep.

Aan de hand van de evaluatie kan een project verder worden ontwikkeld of afgesloten.

Aanbevelingen

I Voorbereidingsfase

a Aanmelden of traceren

De bemoeizorg kent drie bronnen wat betreft de instroom van cliënten:

- een centraal meldpunt;
- het outreachend traceren van de cliënt in de eigen omgeving;
- de directe bereikbaarheid van de bemoeizorgers.

De bemoeizorger besteedt op zijn minst 10% van zijn tijd aan het – actief in het veld – in contact treden met de cliënten.

Bij cliënten die via het meldpunt zijn aangemeld, is de bemoeizorger extra alert op de bestaande contacten met de reguliere hulpverlening. Als de keuze uitgaat naar een meldpunt, is de samenstelling van de deelnemende partijen van belang. De voorkeur gaat uit naar een breed samengesteld meldpunt waarin de vertegenwoordigers van relevante instellingen op het gebied van zorg- en hulpverlening en politie zitting hebben.

b Vooronderzoek

De bemoeizorg treedt met andere instellingen in gesprek zodat er met de direct belanghebbenden een gezamenlijk beleid voor complexe problemen kan worden opgesteld. Deze fase kan ook plaatsvinden tijdens het bemoeizorgproces zelf.

In deze fase worden de volgende punten bekeken:

- Voor welk aanbod is de cliënt gevoelig?
- Wat zijn de sterke en zwakke punten van de hulpverleningsinstellingen en het sociale netwerk rond de cliënt?
- Welke rol speelt de bemoeizorger in de voorbereiding van het zorgplan?

c Opstellen zorgplan

Het zorgplan van de bemoeizorger beantwoordt de volgende vragen:

- Welke doelen worden er gesteld?
- Welke organisaties doen er mee?
- Welke hulpverlener(s) zijn erbij betrokken?
- Wie doet wat?
- Wanneer en in welke frequentie worden de resultaten besproken of teruggekoppeld?

II Contactfase

d Contactlegging

Direct na de voorbereidingsfase start de bemoeizorger op een aantal terreinen.

- In contact treden met de cliënt.

Afhankelijk van diens toegankelijkheid neemt de bemoeizorger aangekondigd of onaangekondigd contact met de cliënt op.

- In contact treden met organisaties.

De bemoeizorger inventariseert wat de mogelijkheden zijn voor het uitzetten van een hulpverleningstraject voor de cliënt. De bemoeizorger treedt hierover in onderhandeling met de hulpverlenende instellingen en de overige netwerkcontacten.

De bemoeizorger moet tijd vrijhouden die specifiek gericht is op het traceren van cliënten in de eigen werkomgeving, maar bovendien moet hij een verdeling maken tussen de beschikbare tijd voor het contactleggen via het sociale systeem en de 'koude start'. Het wordt aanbevolen om voor beide opties evenveel tijd (half-om-half) te reserveren.

e Contact maken

De bemoeizorger bepaalt op grond van zijn ervaringen wanneer de cliënt in staat is tot het maken van structurele afspraken.

De regie voor de contacten ligt nog steeds bij de bemoeizorger. Er worden geen voorwaarden of consequenties verbonden aan het al dan niet nakomen van de afspraken.

Het winnen van vertrouwen en het inschatten van de zorggevoeligheid is nog altijd het hoofddoel van deze fase.

Een wezenlijk deel van de tijd van de bemoeizorger wordt geïnvesteerd in acties buiten de cliënt om. Er wordt veel onderhandeld (telefonisch en face-to-face) met instellingen en sociale netwerken om de huidige situatie van de cliënt verder uit te diepen op het gebied van gezondheid, competentie, sociale contacten en zelfzorg.

f Contact onderhouden

Een derde deel van de werkweek moet worden besteed aan het leggen, maken en onderhouden van het contact met de cliënten.

De cliënt krijgt in deze fase de keuze om al dan niet met het aanbod

akkoord te gaan. Dit aanbod is echter niet meer vrijblijvend. Als de cliënt niet akkoord gaat, kan dat gevolgen hebben voor zaken als een dreigende uithuiszetting, de stopzetting van de uitkering en/of de ontzetting uit de ouderlijke macht.

Het aanbod van de hulpverlening en andere belanghebbende partijen kan als drang- of dwangmiddel worden gebruikt om de cliënt in zorg te krijgen of om de overlast te doen afnemen.

III Afrondingsfase

g Doorgeleiding en overdracht

Voor de doorgeleiding vindt er een overleg plaats tussen de bemoeizorger en de hulpverlener. Er worden formeel afspraken gemaakt over:

- het tijdstip van de overdracht;
- een 'warme' overdracht. Niet de cliënt wordt overgedragen, maar de vertrouwensrelatie tussen de bemoeizorger en de cliënt;
- de inhoud van de huidige contacten;
- de te realiseren doelen;
- de rolverdeling binnen het traject;
- de verantwoordelijke instelling of functionaris.

Het overdrachtsproces heeft een geleidelijk karakter.

h Afronding

De cliëntcontacten kunnen worden afgerond als:

- er voldoende tijd is genomen om (binnen de mogelijkheden) een stabiele omgeving voor en rond de cliënt te creëren;
- de cliënt zijn omgeving geen overlast meer bezorgt;
- er een terugvalpreventieplan is opgesteld en er contact blijft tussen de bemoeizorger en de reguliere zorg;
- de cliënt akkoord gaat met de overdracht naar de reguliere zorg en zich bereid verklaart om aan de gestelde eisen te voldoen;
- de cliënt geen drang of dwang ervaart, maar zelf het nut van het uitgezette hulpverleningstraject inziet.

i Evaluatie

Tussentijds en aan het einde van het project wordt er een evaluatie gehouden.

- De tussentijdse evaluaties worden gehouden volgens een vaste,

afgesproken frequentie (minimaal twee keer per jaar en verder naar behoefte) en bieden de mogelijkheid om na te gaan welke vooruitgang de bemoeizorger en de cliënt boeken in de realisering van de gestelde doelen.

- Bij de eindevaluatie wordt gekeken hoe de cliënt de bemoeizorg ervaren heeft en welke punten eventueel voor verbetering vatbaar zijn.

Vanuit beide soorten evaluaties kan worden beoordeeld welk aanbod in een regio aanwezig is en waar er eventueel van overlap of van hiaten sprake is. Ook kan worden vastgesteld welke trends zich ontwikkelen en wat er kan worden ondernomen om te voorkomen dat nieuwe groepen buiten de hulpverlening zullen vallen.

4 De bemoeizorger als professional

INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eisen die bij de uitvoering van bemoeizorg aan de professional worden gesteld.

Het gaat hierbij vooral om aspecten als: opleiding, persoonlijke eigenschappen, kennis, houding en vaardigheden van de professional.

OPLEIDING

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

In de literatuur is weinig terug te vinden over opleidingseisen. De bemoeizorgers, coördinatoren en experts spreken een duidelijke voorkeur uit wat betreft de opleiding. Tevens stellen ze hoge eisen aan de werkervaring.

Er bestaat een redelijke consensus over de vereiste opleiding.

Zowel de professionals als de coördinatoren hebben de SPV-opleiding en de opleiding tot maatschappelijk werker hoog in het vaandel staan. De werkwijze, methodieken en de kennis waar deze opleidingen garant voor staan, sluiten volgens hen dicht aan bij de behoeften van de doelgroep van de bemoeizorg. Een medische en maatschappelijke achtergrond is belangrijk voor het in het veld een inschatting kunnen maken van de problemen die er rond een cliënt spelen. Dit soort werk vereist een hbo- of post-hbo-niveau. De problematiek is doorgaans erg complex. Om deze reden kan ook niet elke professional zomaar bemoeizorg verlenen. De hulpverlener moet de hoofdlijnen kunnen blijven onderkennen en vasthouden. Er wordt meer gevraagd dan alleen maar een opleiding. De professional moet ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken bezitten. Hoe deze eruitzien, wordt in paragraaf 'Persoonlijkheidskenmerken' op pagina 46 toegelicht.

Tabel 4.1

Opleiding van de bemoeizorgers: aard en frequentie

Omschrijving	Frequentie	Percentage
SPV	1	4,8
Maatschappelijk werk (MW)	2	9,5
Verpleegkundige	5	23,8
Verpleegkundige + SPV	6	28,6
Verpleegkundige + MW	2	9,5
Verpleegkundige + anders	4	19,0
Alles	1	4,8
Totaal	21	100,0

Aanbevelingen

- De opleiding die voor de uitvoering van bemoezorg vereist is, moet een combinatie bieden van psychiatrische-, medische- en maatschappelijke kennis en vaardigheden. De opleiding die daarvoor het best in aanmerking komt, is de SPV-opleiding.
- De vooropleiding voor SPV moet praktijkgericht te zijn, bijvoorbeeld de in-service opleiding tot B-verpleegkundige of de HBOV met een aantal jaren relevante praktijkervaring.
- Een alternatief voor de SPV is de opleiding tot maatschappelijk werker of SPH, aangevuld met psychiatrische- en medische kennis.
- Met nadruk wordt gesteld dat niet iedere hbo-opgeleide professional dan wel elke SPV-er bemoezorg kan verlenen. Behalve een bepaalde opleiding tellen ook persoonlijkheidskenmerken, houdingsaspecten en vaardigheden mee.

De onderzoeker wil nogmaals benadrukken dat het hier gaat om de beschrijving van een ideaaltypische situatie. Ook professionals die een andere, relevante opleiding hebben gevolgd, kunnen bemoezorg verlenen.

PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN

De bemoezorger moet niet alleen over de juiste opleiding beschikken. Er worden ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken van belang geacht voor het kunnen uitvoeren van deze manier van werken. In deze paragraaf wordt daar nader op ingegaan.

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

De professionals en coördinatoren geven aan dat er voor bemoezorg een minimumleeftijd bestaat. Om geloofwaardig bij de doelgroep en het netwerk over te komen mag de bemoezorger volgens hen niet te jong zijn. Uit het onderzoek (tabel 4.3) blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de uitvoerend bemoezorgers ruim veertig jaar is. Een maximumleeftijd wordt niet genoemd, maar een te hoge leeftijd heeft volgens hen ook beperkingen.

Een ander aspect is het geslacht van de bemoezorger. Het verdient aanbeveling dat het team zowel uit mannelijke als vrouwelijke teamleden bestaat. Mede gezien de doelgroep en de problematiek (geweld, seksespecifieke problematiek) kan het geslacht van het teamlid een toegevoegde waarde hebben.

Voor de juiste uitstraling – ofwel om geloofwaardig en betrouwbaar over te komen – moet de bemoezorger weten 'wat er in de wereld te koop is'. Dit vraagt zowel om enige levenservaring als om minstens vijf jaar werkervaring op een relevant werkterrein, bijvoorbeeld in de psychiatrie en de verslavingszorg.

De professional die cliënten naar een instelling toe moet kunnen leiden, wordt verondersteld een duidelijke uitstraling te hebben. De professional moet niet alleen weten hoe de instellingen werken, maar hij moet ook over een netwerk beschikken waar hij op kan terugvallen. Een medewerker die net uit de schoolbanken komt, beschikt meestal nog niet over een dergelijke bagage.

Het gaat bij de bemoezorg zowel om werk- als om levenservaring. Beide zijn noodzakelijk om de juiste inschattingen te kunnen maken en om geloofwaardig over te kunnen komen op de doelgroep en op de samenwerkingspartners.

Deskundigheidsbevordering is individueel bepaald, want afhankelijk van de opleiding, kennis en ervaring van de medewerker. Verder is de actuele situatie een belangrijke factor: is er behoefte aan theoretische ondersteuning of gaat het vooral om praktische vaardigheden?

Onderstaande tabel toont de leeftijd en werkervaring van de respondenten

Tabel 4.3

Leeftijd en aantal jaren werkervaring van de professionals

	Leeftijd	Werkervaring binnen bemoezorg	Werkervaring binnen de relevante hulpverlening
Gemiddelde	40,57	2,43	7,56
Minimum	25	1	1
Maximum	59	6	21
Sd	7,38	1,8	6,11

Aanbevelingen

a Leeftijd

De minimumleeftijd om in de bemoeizorg te beginnen is ongeveer dertig jaar.

De combinatie van een opleiding op hbo-niveau (plus post-hbo) en voldoende levens- en werkervaring geeft al aan dat het bijna onmogelijk is om voor je dertigste aan dit werk te beginnen.

Gezien de fysieke en mentale belasting (veel buiten zijn, moeilijk toegankelijke plaatsen betreden op zoek naar cliënten) is een leeftijd hoger dan vijftig jaar evenmin aan te bevelen. De ideale leeftijd van de bemoeizorger ligt tussen dertig en vijftig jaar.

b Geslacht

Gezien de doelgroep is een team met zowel mannelijke als vrouwelijke teamleden een absolute voorwaarde om een juist evenwicht te kunnen behouden.

c Ervaring

Vereist is minimaal vijf jaar werkervaring in een relevant werkveld (ambulante verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, bij voorkeur ambulant, of het algemeen maatschappelijk werk).

Gezien de aard van de doelgroep en de ernst van de problematiek moet de professional autonoom beslissingen kunnen nemen, ook – of vooral juist – in ad-hoc situaties.

De professional moet over een goede zelfkennis beschikken om betrouwbaar op de andere partijen over te kunnen komen. Reflectie op de eigen levenservaring is een vereiste voor het kunnen leggen en bestendigen van de contacten met de doelgroep en het netwerk.

Krapte op de arbeidsmarkt en een tekort aan ervaren professionals kunnen worden ondervangen door de bemoeizorgers te laten werken in een vast duo van bijvoorbeeld junior- en seniomedewerker.

d Deskundigheidsbevordering

Het is noodzakelijk dat de bemoeizorger op regelmatige basis nascholing volgt, afhankelijk van de kennis en de behoeften binnen het team. De beschikbare kennis en deskundigheid kunnen worden getoetst door veelvuldige intervisie.

De onderlinge gegevensuitwisseling met andere bemoeizorgprojecten

– ofwel het bij de ander ‘in de keuken kijken en meedraaien’ – kan een bijdrage leveren aan het vinden van praktische oplossingen voor de problemen die de bemoeizorger in zijn werk tegenkomt.

KENNIS

De kennis van de bemoeizorger kan worden omschreven als divers en veelomvattend. De vereiste deskundigheden liggen op het gebied van omgaan met cliënten, de organisatie alsmede persoonsgebonden en overige aspecten.

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

Zowel de professionals als de coördinatoren dienen kennis van zaken te bezitten over:

- verslavingszorg: materiekennis van middelen en middelengebruik, maar ook van de uitwerking van middelengebruik op het gedrag.
- Psychiatrie: ziektebeelden kunnen herkennen en ervaring hebben in het omgaan met dit soort cliënten.
- Somatiek (medische kennis): een inschatting kunnen maken van hoe het met een cliënt gaat; kunnen beslissen welke zaken acuut moeten worden opgepakt en welke dingen (nog) kunnen blijven liggen.
- Sociale kaart: weten welke hulpverlening waar in de regio beschikbaar is, zodat de cliënt met zijn specifieke problemen direct op de juiste plaats terecht komt.
- Samenwerking: weten welke processen er aan een goede samenwerking ten grondslag liggen en weten hoe deze processen positief kunnen worden beïnvloed.

De uitvoerende medewerkers en de coördinatoren geven aan dat de bemoeizorger van veel zaken een beetje moet weten en van weinig zaken veel. De bemoeizorger is een generalist die zich niet noodzakelijk op één specifiek terrein hoeft te specialiseren.

De kennis van crisisinterventie wordt zowel in de literatuur als in de interviews genoemd. Volgens de geïnterviewden is de bemoeizorg in principe geen crisisdienst. Wel krijgt men naar eigen zeggen regelmatig met crisissituaties te maken.

Volgens de literatuur en de geïnterviewde medewerkers kunnen

motiverende (gespreks-) technieken een belangrijke bijdrage leveren aan het verleiden van zorgwekkende zorgmijders tot het accepteren van zorg.

Een van de geïnterviewden merkte op dat voor een juiste houding zowel kennis van de psychiatrie als van de verslavingszorg vereist is.

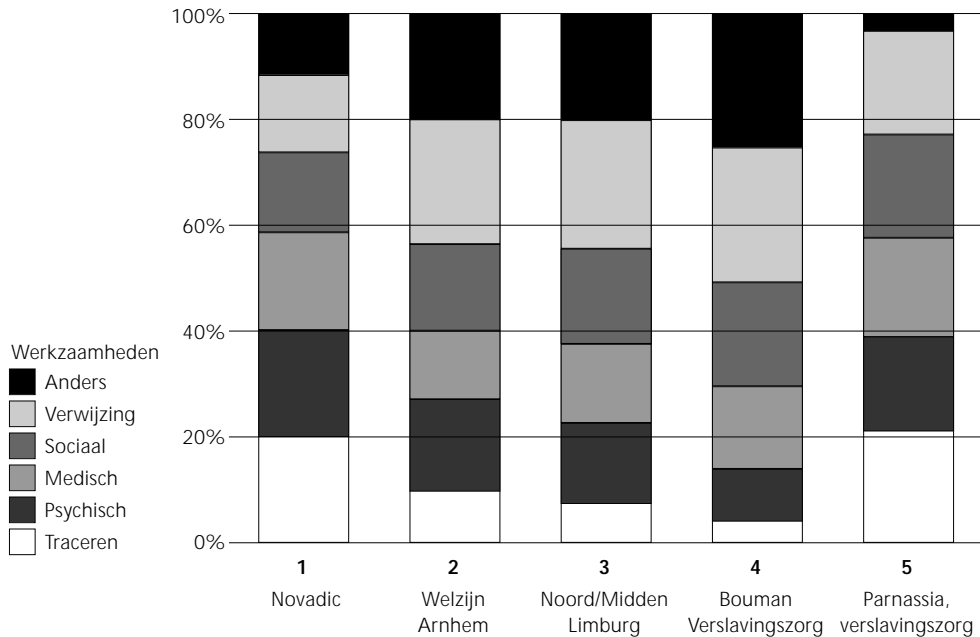
Aan een aantal bemoeizorgers is gevraagd of ze vijf werkdagen lang in een dagboek wilden bijhouden aan welke activiteiten ze hun tijd besteedden.

In onderstaande figuur wordt aangegeven in welke verhouding er gedurende vijf werkdagen bepaalde werkzaamheden door de bemoeizorgers zijn verricht.

Figuur

Werkzaamheden bemoeizorg

50



Toelichting bij de figuur

- Onder 'traceren' wordt verstaan de tijd die binnen de verschillende bemoeizorgprojecten werd besteed aan het contact leggen met cliënten.
- Bij 'psychisch' gaat het om de percentages die de uitvoerend bemoeizorgers hebben besteed aan de psychische klachten van de cliënt.
- Bij 'medisch' gaat het om de medisch-somatische aspecten.
- Bij 'sociaal' gaat het om de tijd die de bemoeizorgers heeft besteed aan sociale aspecten, bijvoorbeeld huisvesting en financiën.
- De 'verwijzing' heeft betrekking op de tijd die besteed is aan het doorverwijzen van cliënten.
- Bij 'Anders' gaat het om onderwerpen die niet elders onder te brengen zijn, bijvoorbeeld overleg, vergadering en/of rapportage.

De cijfers 1 t/m 5 geven de verschillende organisaties weer.

- 1 = Novadic
- 2 = Welzijn Arnhem
- 3 = Noord/Midden Limburg
- 4 = Bouman Verslavingszorg
- 5 = Parnassia, verslavingszorg

51

De werkzaamheden van de bemoeizorg richten zich vooral direct op de cliënten. Het face-to-face percentage ligt waarschijnlijk erg hoog door het complexe karakter van de problematiek. Er moet veel tijd en energie in het directe cliëntcontact worden gestoken; op deze manier wordt de cliënt immers tot zorg verleid. De bemoeizorgmethodiek gaat in haar beschrijving uit van een heel persoonlijke benadering van de cliënt. Ook in de praktijk blijkt dit dus het geval te zijn.

Verder kan uit de figuur worden afgeleid dat er tussen de verschillende organisaties grote verschillen wat betreft de werkzaamheden bestaan. Er is weinig eenduidigheid binnen de bemoeizorgpraktijken in Nederland.

In een vergelijkbaar onderzoek naar casemanagement zouden de aspecten 'verwijzing' en 'anders' waarschijnlijk hoger scoren. Bepaalde vormen van casemanagement houden zich eerder met de organisatie en coördinatie van de zorg bezig dan met de directe uitvoering ervan.

Aanbevelingen

- De bemoeizorger is een allround hulpverlener die voor de belangrijkste werkvelden voldoende parate kennis in huis heeft. Zijn belangrijkste werkvelden zijn: psychiatrie, verslavingszorg, maatschappelijk werk en somatiek.
- De bemoeizorger moet één lijn dan wel rust kunnen aanbrengen in de chaos die rond de cliënt heerst. Hij moet hoofd- en bijzaken kunnen scheiden.
- De professional heeft de kennis in huis om de goede persoon of instelling te kunnen vinden voor de hulpvraag of zorgbehoefte van de cliënt.
- De bemoeizorger accepteert dat hij niet alles weet. Onbeantwoorde vragen kan of durft hij aan anderen door te spelen. De bemoeizorger werkt samen met andere disciplines.

HOUDING

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

In de literatuur, interviews en dagboeken komen verschillende houdingsaspecten van de bemoeizorger naar voren. In de beschrijving daarvan is een onderscheid gemaakt naar relevante houdingsaspecten ten aanzien van de relatie met de cliënt, ten aanzien van de relatie met collega's en ten aanzien van de persoon van de bemoeizorger zelf.

Relevante houdingsaspecten ten aanzien van de relatie met de cliënt:

- Betrokken en betrouwbaar zijn door het strikt nakomen van afspraken.
- Acceptatie van het gedrag van de cliënt en de keuzes die deze maakt.
- Laagdrempelig werken, weinig druk op de schouders van de cliënt leggen; reële en haalbare doelen voor de cliënt stellen, waardoor de kans op succes groter wordt.
- Rehabilitatieattitude; het inschatten welke vaardigheden de cliënt nog zelf bezit en welke vaardigheden moet worden overgenomen.
- Beschikken over geduld en doorzettingsvermogen; niet snel tot resultaten willen komen, maar het tempo door de cliënt zelf laten bepalen.

Relevante houdingsaspecten ten aanzien van de relatie met collega's:

- Het aannemen van een lerende houding; niet de waarheid in pacht willen hebben; accepteren dat anderen eventueel meer kennis van zaken hebben.

- Het geven en nemen van verantwoordelijkheid door na te komen wat is beloofd, zowel tegenover de eigen collega's als tegenover de externe samenwerkingspartners.

Relevante houdingsaspecten ten aanzien van de eigen persoon:

- charisma en lef
- gedrevenheid en doorzettingsvermogen.

Aanbevelingen

Houdingsaspecten in relatie tot de cliënt:

- Afspraken moeten altijd worden nagekomen. Ook als de bemoeizorger niets te bieden heeft, moet hij er voor de cliënt zijn.
- Eigen referentiekader loslaten en vanuit de cliënt denken. De wensen, behoeften, waarden en normen van de cliënt zijn het uitgangspunt voor het contact.
- Het inschatten van de restcapaciteit van de cliënt is het uitgangspunt bij het leggen van de contacten en het stellen van doelen.
- De cliënt stimuleren om onder begeleiding delen van de problemen zelf aan te pakken.
- De tijd nemen om een hulpverleningsrelatie met de cliënt op te bouwen. Het grootste deel van de problemen van de cliënt is niet op de korte termijn op te lossen.

Houdingsaspecten in relatie tot collega's en netwerkpartners:

- Betrouwbaar zijn door het nakomen van afspraken en beloftes.
- Ook melden als er niets is bereikt.
- Niet verschuilen achter instellingsregels, maar bereid zijn om over de grenzen van de instelling of de professional heen te stappen als een casus dat noodzakelijk maakt.
- Knelpunten direct bespreken met degenen die verantwoordelijk zijn.

Houdingsaspecten in relatie tot de persoon van de bemoeizorger zelf:

- Zich bewust zijn van welke 'rol' er op een bepaald moment van de bemoeizorger verwacht wordt.
- Open persoon die mee laat kijken en denken; geen leider/manager die zich alleen met de organisatie en niet met cliënten bezighoudt.
- De verantwoordelijkheid nemen om het uitgezette toeleidingstraject uit te voeren.
- Eigen verantwoordelijkheid nemen en anderen op hun verantwoordelijkheid aanspreken.

- Met argumenten kunnen onderbouwen waarom er een beroep wordt gedaan op een andere professional.
- Niet uitgaan van de goodwill van de ander en pas tevreden zijn als een concreet toeleidingstraject is gerealiseerd.

Overige

- De discrepantie tussen de eigen waarden en normen en die van de cliënt moeten in de discussies en besprekingen continu een punt van aandacht zijn. Er moeten in teamverband afspraken worden gemaakt over de onderlinge toetsing van dit dilemma.

VAARDIGHEDEN

Uitkomsten literatuur- en praktijkstudie

De vaardigheden waarover een bemoeizorger dient te beschikken, kunnen worden onderverdeeld in de categorieën cliëntgebonden, organisatiegebonden, persoonsgebonden en uitvoering.

a Cliëntgebonden

Het belangrijkste aspect bij de cliëntgebonden vaardigheden is het juist inschatten van de problematiek. De problematiek is het uitgangspunt van de bemoeizorger om met de cliënt in contact te treden. Hoe zuiverder de diagnose of probleemdefinitie, hoe beter het aanbod van de professional aansluit bij de behoefte van de cliënt. De bemoeizorger bekijkt eerst van een afstand de problematiek en zoekt vervolgens naar 'ingangen' bij zowel de cliënt als de andere professionals en instellingen.

b Organisatiegebonden

De organisatiegebonden vaardigheden liggen vooral op het terrein van de coördinatie. Coördinatie houdt in het afstemmen van de behoeften van de cliënt op het aanbod van de instellingen. Er moet een actueel overzicht zijn van de afspraken die tussen cliënten en instellingen zijn gemaakt, maar ook van de afspraken tussen de instellingen onderling. De bemoeizorger blijft als een spin in het web het uitgezette traject op continuïteit controleren. De werkwijze van bemoeizorg is outreachend: de bemoeizorger gaat actief op zoek naar de cliënt en naar samenwerking met andere organisaties. Hij kan goed luisteren en toont respect voor het werk van de samenwerkingspartners en voor de cliënt.

c Persoonsgebonden

Bij persoonsgebonden vaardigheden gaat het vooral om zaken als flexibiliteit, doorzettingsvermogen en creativiteit. Op deze terreinen kan de bemoeizorger zich duidelijk van de reguliere hulpverlener onderscheiden. In het onderzoek werden verder vaardigheden zoals het uitdelen van beloningen en straffen genoemd.

d Uitvoering

De praktische vaardigheden bij uitvoering, interventie en communicatie hebben betrekking op het vermogen om dicht bij de cliënt te kunnen blijven staan. De bemoeizorger mag niet toegeven aan het verlangen om het eigen kunnen te etaleren. De cliënt is richtinggevend. Het werk van de bemoeizorger vraagt om een duidelijke structuur. Vanuit de chaos moeten er weer lijnen worden uitgezet. Het bewaken van de grenzen is belangrijk voor het zuiver houden van de verwachtingen en het helpt ook om een burn-out ofwel overspannen raken te voorkomen.

Communicatieve vaardigheden spelen een uiterst belangrijke rol in het contact met de cliënt. De bemoeizorger past het niveau van de communicatie aan de cliënt aan. Verder moet de bemoeizorger goed kunnen kijken en luisteren. Ook in het contact met collega's en instellingen is communicatie van groot belang. De individuele kwaliteiten van de bemoeizorger moeten worden ingezet om contacten te leggen en te onderhouden.

De bemoeizorger moet goed kunnen onderhandelen om de gestelde doelen te kunnen realiseren. In onderling overleg wordt bekeken welke mogelijkheden er zijn om afspraken te maken waar iedereen zich in kan vinden.

De bemoeizorger informeert/geeft voorlichting aan de partijen waarvan hij denkt dat hun bijdrage een meerwaarde heeft. Op deze manier kunnen vooroordelen worden weggenomen en kan de betrokkenheid van externen worden vergroot.

Aanbevelingen

De bemoeizorger dient over zeer veel vaardigheden te beschikken, zowel in persoonlijke als professionele zin.

a Persoonsgebonden vaardigheden

De eigen persoon is altijd het vertrekpunt. De persoonlijkheid van de bemoeizorger is het 'instrument' dat in de relatie met de cliënt en in het netwerk wordt ingezet.

De bemoeizorger moet zich een aantal vaardigheden eigen maken, in het bijzonder op het gebied van communicatie en onderhandelingen. De bemoeizorger is flexibel zijn en kan zich gemakkelijk aanpassen aan nieuwe, onvoorziene situaties.

Het verantwoordelijkheidsgevoel van de bemoeizorger is groot; het moet zelfs groter zijn dan dat van de reguliere hulpverlener. Zowel de cliënt als het netwerk is immers afhankelijk van de plannen die op initiatief van de bemoeizorger worden uitgezet.

De bemoeizorger heeft een schier eindeloos geduld en hij bezit een groot relativeringsvermogen. Hij is al met kleine resultaten tevreden, maar tegelijk is hij besluitvaardig genoeg om te stoppen op het moment dat een doel niet haalbaar blijkt.

b Professionele vaardigheden:

De bemoeizorger gaat creatief en onorthodox op zoek naar oplossingen voor schijnbaar onoplosbare problemen. Hij ziet erop toe dat iedereen zich in het voorgestelde plan kan vinden.

Door het chaotische en complexe karakter van de werkomgeving moet de bemoeizorger uiterst accuraat te werk gaan. Alleen op deze manier kunnen de uitgezette lijnen helder worden gehouden voor zowel de cliënt, het netwerk als de bemoeizorger zelf. Ook om deze reden is een structurele rapportage een belangrijk onderdeel van zijn werk.

5 Nawoord

In een terugblik op het proces dat heeft geleid tot deze publicatie vallen enkele zaken op.

Allereerst blijkt er in Nederland sprake te zijn van een grote diversiteit aan vorm en inhoud waarmee bemoeizorg wordt geboden. Pluriformiteit, geen eenheid van taal en ontbrekende afstemming met overige onderdelen van het zorgaanbod zijn enkele trefwoorden waarmee bemoeizorg kan worden gekarakteriseerd.

Regionale/lokale verschillen kunnen daarvoor slechts ten dele een plausibele verklaring geven. Het ontbreekt in deze werksoort ten enenmale aan heldere, professionele standaarden, voldoende gebaseerd op principes van good practice en evidence based. Vaak is ideologie of visie van de betreffende instelling, waar bemoeizorg is ondergebracht, doorslaggevend voor de taakinvoering.

Vooruitlopend op de HKZ-certificering van de GGZ dringt de conclusie zich op dat er op het vlak van standaardisering en protocollering van werkprocessen nog een zware klus te klaren is.

Deze handreiking pretendeert aan het klaren van die klus een bijdrage te leveren.

Wat verder opviel is de in vele opzichten hoge moeilijkheidsgraad van de methodiek bemoeizorg. De problematiek van de doelgroep, het spagaatkarakter van de dubbele doelstelling (zorg en overlastreductie), de juridische en ethische grenzen; al deze factoren stellen bijzonder hoge eisen aan de professional en maken in ieder geval duidelijk van welk wezenlijk belang overleg en communicatie voor de individuele werker zijn.

In schril contrast met die hoge moeilijkheidsgraad staat een ander opvallend gegeven: het lage maatschappelijke imago van bemoeizorg. Menige werker zal met een ondertoon van meewarigheid hebben moeten vernemen dat er toch andere werkplekken zijn waaraan meer arbeidsvreugde te ontfemen is. Het is vaker gezegd: je kiest voor bemoeizorg uit roeping, uit betrokkenheid en solidariteit met de 'verloederde en verkommerde' onderlaag van de bevolking. Hoe het ook zij, het (onterecht) lage imago van deze werksoort kan de instroom van nieuwe medewerkers belemmeren en de continuïteit in gevaar brengen.

De methodiekbeschrijving is geen statisch gegeven. Voortschrijdende wetenschappelijke inzichten en intensieve praktijkervaringen van professionals kunnen belangrijke wijzigingen in opzet en uitvoering van bemoeizorgprojecten met zich meebrengen. Daarnaast kunnen wijzigingen in de randvoorwaardelijke sfeer (financiële afwegingen, lokale/regionale politieke besluitvorming t.a.v. bijvoorbeeld overlastbestrijding) gevolgen hebben voor het takenpakket van de bemoeizorger.

Periodieke, bijvoorbeeld tweejaarlijkse, updating van de inhoud van dit rapport wordt dan ook sterk aanbevolen. Daarmee wordt de ontwikkeling van bemoeizorg in de kwaliteitskringloop gebracht en kunnen innovatieve impulsen op systematische wijze op hun (meer)waarde worden beoordeeld.

Bijlage 1

Geraadpleegde literatuur

Berghmans R., Elfahmi D., Goldsteen, M., Widderhoven, G., *Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie*, GGZ Nederland, Utrecht 2001.

Evaluatie bemoeizorg, RIAGG en CAD Noord Limburg 1997.

Eland-Goossensen, M.A., Vollemans, E.C., Hendriks, V.M., *Verslaafden binnen en buiten de drugshulpverlening: een combinatie van klinisch en veldonderzoek*. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen, vol. 21, no.1, p11-21, 1995.

Hendriks, V.M., Abrahamse, M.L.C: *Complexe verslavingsproblemen: Knelpunten en behoeften in de hulpverlening*. IVO-Reeks 5, Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1994.

Hendrix, H., *Handboek bemoeizorg*, Je gaf niet thuis, RIAGG Nijmegen, 1e druk 1998.

Henselmans, H., Kok, S., Nammensma, V. & Berkel, H. van (1991), *Bemoeizorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, nr. 11 46, 1193-1205

Henselmans, H., *Casemanagement in de sociale psychiatrie*, MGv 45 (1990), blz. 494-506.

Lindt, S. van de, *Bemoei je ermee*, van Gorcum & Comp. Assen 2000.

Lohuis, G., Schilperoort, R., Schout, G., *Van bemoei naar groeizorg*, Wolters Noordhof, 2000.

Projectplan Vangnetteam Bemoeizorg, Welzijn Arnhem, Arnhem 2000,

Ruth, S.van, *Zorgen rond bemoeizorg, een juridische analyse van de (on)mogelijkheden van bemoeizorg in de psychiatrie*, eindschrijftie Faculteit de Rechtsgeleerdheid, Universiteit Maastricht, september 2000.

Schellings, R., Geelen, P., Abbenhuis, A., Garretsen, H.F.L., *Verslaafden met complexe problematiek* (IVO-Reeks 17). Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) / Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998.

Thuijls, M., Olthof, D., *Voortgangsnotitie 2, ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken en bemoeizorg*, GGZ Nederland, Utrecht, 2001.

Thuis geven, eindevaluatie project bemoeizorg. RIAGG Nijmegen, 1998.

Van overlastbestrijding naar bemoeizorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, 2003

Veltman R., van Duijvenbooden K., Planije M., *Handreiking voor case-managers in de sociale verslavingszorg*, GGZ Nederland, Utrecht, 2002.

Bijlage 2

Overzicht praktijkplaatsen

ARNHEM

Projectnaam:

Vangnetteam Bemoeizorg

Organisatiestructuur:

Stuurgroep, projectgroep en een vangnetteam

Deelnemende organisaties & samenwerkingspartners:

Gelderse Roos, gemeente Arnhem, de Grift, RIBW en Welzijn Arnhem

Status (project of structureel) (ten tijde van onderzoek):

Project van 1 September 2000 tot 1 September 2003,

daarna structureel Regievoering:

Welzijn Arnhem

Teamgrootte; (ten tijde van onderzoek):

2,5 fte. (5 medewerkers + 1 coördinator)

DEN HAAG

Projectnaam:

Mobiel team Zuid-Holland Noord (centrumgemeente Den Haag)

Organisatiestructuur:

Ondergebracht bij afdeling Preventie van Parnassia

Deelnemende organisaties & samenwerkingspartners:

Parnassia

Wijze van financiering:

Gemeentelijke financiering afdeling Welzijn & het zorgkantoor

Status (project of structureel):

Onderdeel van Parnassia, streven is apart productteam

egievoering:

Afd. Welzijn Den Haag in combinatie met Parnassia

Teamgrootte:

Den Haag 2 medewerkers + coördinator, 1,25-fte

Regio Zuid-Holland Noord: 12 medewerkers + coördinator, 6,75 fte

EINDHOVEN

Projectnaam:

Bemoeizorg Eindhoven

Organisatiestructuur:

Stuurgroep, Uitvoering, Ondersteunend kader

Deelnemende organisaties & samenwerkingspartners:

Novadic, GGzE, Politie, Nemo, GGD in de front-office en Novadic als back-office

Wijze van financiering:

UGZ-geld

Status (project of structureel):

Structureel

Regievoering:

Stuurgroep onder voorzitterschap van Gemeente Eindhoven, Dienst Maatschappelijke Ontwikkelingen

Teamgrootte:

5 mensen, 1 coördinator, 3 fte in Eindhoven

ROTTERDAM

Projectnaam:

Intensief ondersteunende zorg

Organisatiestructuur:

Onderdeel van de afdeling woonbegeleiding van (destijds) Bouman

Deelnemende organisaties & samenwerkingspartners:

Bouman medewerkers participeren in wijknetwerken

Wijze van financiering:

In eerste instantie SVO-geld, nu woon-werkgeld vanuit de gemeente.

Status (project of structureel):

Onderdeel afdeling woon- werk begeleiding van Bouman.

Regievoering:

Bouman

Teamgrootte:

2 medewerkers + 2 coördinatoren (organisatie & inhoudelijk), 2,5-fte

VENLO

Projectnaam:

Bemoeizorg zorgwekkende zorgmijders

Organisatiestructuur:

Samenwerkingsverband tussen RIAGG Noord-Limburg, CAD Noord- & Midden-Limburg, GGD en Ypsilon

Deelnemende organisaties & samenwerkingspartners:

RIAGG, CAD, GGD, Ypsilon, politie, woningbouwvereniging

Wijze van financiering:

AWBZ, zorgkantoor, provincie en gemeenten

Status (project of structureel):

Structureel

Regievoering:

Begeleidingscommissie, projectcoördinator en uitvoerend medewerkers.

Teamgrootte:

4 uitvoerend medewerkers, 1 meewerkend coördinator, 4,5 fte

* cijfer duidt aantal medewerkers aan

