

Bemoeizorg

uitgebreide versie
alleen te downloaden

uitkomsten van literatuurstudie en praktijkonderzoek in de verslavingszorg

Resultaten Scoren
Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid

Drs. P. Doedens
Drs. W.A.J. Meulders
Prof. dr. R. A. Knibbe

Maastricht,
augustus 2004

Inhoudsopgave

Voorwoord:	2
Hoofdstuk 1. Inleiding	3
1.1. Waaron bemoeizorg ?	3
1.2. Definitie bemoeizorg:	3
1.3. Afbakening bemoeizorg met casemanagement.	4
1.4. Organisatie	4
1.5. Doelstelling	5
1.6. Werkwijze	5
1.7. Leeswijzer	6
Hoofdstuk 2. De organisatie	7
2.1. Inleiding	7
2.2. Conceptueel kader	7
2.3. Het bemoeizorgteam	16
2.4. Samenwerking	22
Hoofdstuk 3 De methodiek van bemoeizorg	30
3.1. Inleiding	30
3.2. Uitgangspunten en beoogde resultaten	31
3.3. De uitvoering	41
Hoofdstuk 4. De bemoeizorger als professional	55
4.1. Inleiding	55
4.2. Opleiding	55
4.3. Persoonlijkheidskenmerken	58
4.4. Kennis	61
4.5. Houding	67
4.6. Vaardigheden	72
Bijlage 1 Literatuurlijst:	82
Bijlage 2 Werkdagboeken	83
Bijlage 3 Vragenlijsten/checklisten interviews	92
Bijlage 4: Overzicht praktijkplaatsen	96

Voorwoord:

In september 2001 werd gestart met een wetenschappelijk onderzoek naar bemoeizorg. De opdracht voor dit onderzoek werd gegeven vanuit Resultaten Scoren, het samenwerkingsverband van verslavingszorginstellingen in Nederland. Uitgangspunt van Resultaten Scoren is om de kwaliteit en werkwijze van de verslavingshulpverlening verder te professionaliseren. Dit wordt o.a. gedaan door bestaande methodieken wetenschappelijk op effectiviteit te toetsen en nieuwe methodieken te ontwikkelen.

In de (verslavings-) hulpverlening werd vastgesteld dat er overlap bestaat van intensieve cliëntgerichte werkwijzen. Hierbij valt te denken aan casemanagement, zorgcoördinatie, trajectmatig werken en bemoeizorg. Vanwege deze overlap ontstond de behoefte om de afzonderlijke werkwijzen/methodieken te onderzoeken. Door deze op onderscheidende kenmerken en effectiviteit te toetsen kan het specifieke karakter voor elk van deze werkwijzen bepaald worden.

Aan het CAD Limburg werd gevraagd het onderzoek naar bemoeizorg uit te voeren. Deze instelling participeert o.a. met dit onderzoek aan één van de drie ontwikkelcentra van Resultaten Scoren, namelijk Sociaal Verslavingsbeleid. De wetenschappelijke begeleiding van het bemoeizorg-onderzoek werd geboden door de Universiteit Maastricht in de persoon van prof. dr. R.A. Knibbe, hoogleraar Sociale epidemiologie alcohol- en druggebruik.

Een woord van dank is hier op zijn plaats voor de bemoeizorgers, coördinatoren en overige managers van de aan het onderzoek deelnemende instellingen (zie voor een overzicht van de deelnemende instellingen bijlage 4) Door hun open en constructief-kritische houding in de interviews kon een goed beeld worden verkregen van de werkwijze en organisatie rond bemoeizorg, met daarnaast de kenmerken van de professional die deze moeilijke, intensieve en boeiende werksoort uitvoert.

Ook aan de medewerkers van de bemoeizorgprojecten in Utrecht en Heerlen is dank verschuldigd voor hun kritische en waardevolle commentaren tijdens de expertmeetings. De richtlijnen en profielen konden daardoor verder aangescherpt worden. Het voorliggende rapport vormt daarvan het eindresultaat.

Naast dit rapport is er nog een tweede publicatie uitgebracht met de titel "De methodiek van bemoeizorg; literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen" uitgebracht. Deze publicatie, compacter en voor het veld gemakkelijker toegankelijk, geeft met name in de vorm van aanbevelingen de kwaliteitseisen weer, waaraan bemoeizorg moet voldoen. De voorliggende publicatie omvat de uitvoerige beschrijving van de uitkomsten van literatuurstudie en praktijkonderzoek en kan dus beschouwd worden als wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen.

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1. Waarom bemoeizorg ?

Bemoeizorg is binnen de verslavingshulpverlening en de (openbare) geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) een veelgebruikte term voor een specifieke vorm van hulpverlening.

Veel gemeenten en instellingen constateren dat er een groep cliënten is (veelal aangeduid als zorgwekkende zorgmijders of kritische zorgvragers) die door de (reguliere) hulpverlening niet of nauwelijks bereikt worden. Bij bestudering van de bestaande literatuur valt op dat er een grote diversiteit aan beschrijvingen en interpretaties van het onderwerp zijn, zowel van het begrip bemoeizorg als de organisatie en de methodiek. Als gevolg hiervan is het onderscheid met aanverwante werkwijzen als casemanagement en trajectmatig werken niet duidelijk. Een belangrijk uitgangspunt in dit onderzoek is dan ook dat bemoeizorg voorafgaat aan het regulier hulpverleningstraject. Bemoeizorg wordt beschouwd als een voorfase van casemanagement.

1.2. Definitie bemoeizorg:

Soms wordt met een andere aanduiding de methodiek van bemoeizorg uitgevoerd.

Begrippen die dan worden genoemd zijn op o.a. vangnet, veldwerk, casemanagement of zorgcoördinatie. Daarom is het in eerste instantie in dit onderzoek van belang om het begrip bemoeizorg nader af te bakenen

Bij de definiëring gaat het om de volgende vragen:

- Wat is bemoeizorg?
- Welke kenmerken en factoren zijn specifiek voor bemoeizorg?
- Wat zijn de kwaliteiten van de individuele medewerkers?
- Wat zijn de methodische en organisatorische (rand)voorwaarden die aan bemoeizorg gesteld worden?

Voor het begrip bemoeizorg zijn vele definities voorhanden. Ze vertonen onderling veel overeenkomsten met hier en daar enkele nuanceverschillen.

Begrippen en formuleringen die vaak terugkomen zijn:

- Outreachende werkwijze, het actief benaderen van potentiële cliënten en deze in hun eigen omgeving opzoeken
- De cliënt wordt ongevraagd hulpverlening aangeboden. Hulp wordt hem/haar min of meer opgedrongen, het initiatief ligt in eerste instantie bij de hulpverlening.
- De hulpverlening is laagdrempelig, er wordt in eerste instantie weinig van de cliënt zelf verwacht.
- Het gaat vaak om complexe problematiek, waarbij psychische handicaps, verslaving en sociaal isolement een rol spelen.
- Er is sprake van samenwerking tussen verschillende disciplines, zowel in de aanmeldingsfase als in de uitvoering.
- Het gaat om (zorgwekkende) zorgmijders.

(Nuance) verschillen zijn o.a.:

- De definities richten zich primair op de doelgroep (complex, zorgmijders etc.) of op de organisatie van de zorg en het coördineren van hulpverlening vanuit verschillende disciplines en organisaties.
- Het gaat bij bemoeizorg primair om verbetering van de zorg/kwaliteit van leven of om overlastreductie, als uitgangspunt voor het aanbieden van zorg.

- De doelstelling betreft het terugbrengen van de cliënt op een maatschappelijk aanvaardbaar niveau of het in contact brengen van de cliënt met de hulpverlening.

Op basis van de bovenstaande argumenten wordt 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 als uitgangspunt dient.

De zorg op maat hulpverlening vindt plaats door middel van verschillende op elkaar afgestemde methodieken & strategieën. Deze hulpverlening heeft een actief, outreachend en laagdrempelig karakter. De samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties is van essentieel belang om deze groep cliënten in contact te brengen met de hulpverlening.

Ondanks bezwaren vanuit professionals (zowel in praktijkplaatsen als bij expertmeetings), coördinatoren en het hoger management is er voor gekozen om de term zorgwekkende zorgmijder te handhaven. Er werden suggesties gedaan als bijvoorbeeld kritische zorgvragers en probleem-kluwen-clieënten. Deze begrippen dekken of de lading gedeeltelijk of zijn niet zo algemeen bekend als zorgwekkende zorgmijders.

1.3. Afbakening bemoeizorg met casemanagement.

Bemoeizorg wordt vaak in één adem genoemd met casemanagement en zorgcoördinatie. De werkwijze van bemoeizorg en casemanagement liggen duidelijk in elkaars verlengde. Er zijn elementen van de werkwijze en methodiek van casemanagement die ook voor de bemoeizorg zeer bruikbaar zijn. (Hendrix (1998, blz. 19 en Lindt 2000, blz. 23). Zo wordt zowel bij bemoeizorg als casemanagement aan de restcapaciteiten van de cliënt veel gewicht toegekend. In beide werksoorten is ook het streven naar stabiliteit in het leven van de cliënt een belangrijk thema.

Bemoeizorg leidt toe naar de reguliere hulpverlening waar vervolgens bij voorkeur een casemanager de ex-zorgmijdende cliënt overneemt.

Om bemoeizorg en casemanagement duidelijk van elkaar te onderscheiden wordt er in dit onderzoek vanuit gegaan dat de bemoeizorger naar de zorg toeleidt terwijl een casemanager als functie heeft een cliënt in zorg te houden.

Andere onderscheidende factoren betreffen de tijdsbesteding (paragraaf 3.2.2, blz. 39 - 41), de doelgroep (paragraaf 3.2.2, blz. 38 - 39) en de toestemming van de cliënt. Bij bemoeizorg gaat het om het verleiden van cliënten die geen zorg willen. Bij casemanagement en zorgcoördinatie is er een (impliciete) toestemming van de cliënt aanwezig om een hulpverleningscont(r)act aan te gaan. Bij casemanagement is er dus voldaan aan het criterium van de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

1.4. Organisatie:

Bemoeizorg wordt in Nederland op verschillende manieren ingevuld. Soms is het een aparte afdeling, soms een onderdeel van een afdeling veldwerk, een samenwerkingsverband tussen verschillende instellingen of alleen laagdrempelige zorg.

Deze verschillen in invulling heeft nadelen wat betreft de herkenbaarheid van de projecten en werkwijzen. Hierdoor ontstaat er verwarring en komen hulpvragers niet op plaatsen waar ze moeten zijn. Een afgeleide doelstelling van het onderzoek is dan ook om een eenduidig begrippenkader te creëren. Een eenduidig begrippenkader draagt het risico met zich mee dat er van een ideaalsituatie wordt uitgegaan. Een gevolg hiervan kan zijn dat professionals en organisaties zich niet in de volledige tekst kunnen en zullen herkennen en om die reden het

gevoel hebben dat hun manier van werken niet aan de eisen van bemoeizorg voldoet. Dit is geenszins de bedoeling van dit onderzoek, waarin het uitgangspunt is om een referentiekader te creëren waar mensen en organisaties zich aan kunnen spiegelen en optrekken om het werken op een hoger niveau te tillen.

In dit onderzoek zijn de praktijkervaringen in 2 steden en 3 regio's als vertrekpunt genomen. Het betreft de steden Eindhoven en Rotterdam. De regio's zijn Arnhem, Noord Limburg, met Venlo als centrumgemeente en Den Haag. (zie bijlage 4)

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

Ook is in dit onderzoek een vergelijking gemaakt tussen provinciale steden (Arnhem, Eindhoven en Venlo) en de randstad (Rotterdam & Den Haag) omdat de indruk bestaat dat bemoeizorg in de provincie zich beter heeft geprofileerd dan in de Randstad. In Randstedelijke projecten lijkt het moeilijk om zich te onderscheiden in het totale hulpaanbod.

1.5. Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van ideaaltypische richtlijnen voor de uitvoering van bemoeizorg.

De richtlijnen betreffen drie niveaus:

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

De onderzoeker realiseert zich dat de weergegeven ideaalsituatie in de praktijk nooit voor 100% haalbaar is. Het is ook niet zo dat aan alle voorwaarden en criteria voldaan moet worden om überhaupt bemoeizorg te kunnen verlenen.

Het uitgangspunt voor de praktijksituaties moet dan ook zijn om deze te bekijken in hoeverre er aan de ideaalsituatie wordt voldaan. Op basis van deze richtlijn kan dan bekeken worden waar de behoeftes liggen om de organisatiedoelstellingen, methodiek en professionaliteit verder te verbeteren.

Werkwijze:

Het onderzoek bestaat uit een literatuurstudie en een praktijkonderzoek.

In de literatuur blijkt dat bemoeizorg vooral een zeer pragmatische manier van werken is. Daarom is ervoor gekozen om de kennis en informatie vooral op de werkvloer zelf te verzamelen. Voor het goed onderbouwen en toetsen van deze werkwijze moet deze dan worden vergeleken met eerder opgedane ervaringen die in de literatuur beschreven staan.

Voor het verzamelen van de informatie op de werkvloer is gebruik gemaakt van dagboeken (zie bijlage 2) en gestructureerde interviews (zie bijlage 3).

De dagboeken zijn op de 5 praktijkplaatsen uitgezet om aldus vast te leggen wat de bemoeizorger gedurende 5 werkdagen aan activiteiten heeft verricht. Daarnaast is in de dagboeken gekeken naar de personalia van de bemoeizorger (leeftijd, geslacht, werkervaring) en is gevraagd om globaal aan te geven waar de bemoeizorger dacht dat hij/zij de tijd aan besteedde.

Als vervolg op de literatuurstudie zijn door de onderzoeker op de vijf praktijkplaatsen interviews gehouden.

Deze interviews (3 per praktijkplaats, 2 met uitvoerend medewerkers en 1 met de coördinator /direct leidinggevende) zijn gebruikt om nader in te gaan op de 3 niveaus (de professional, de methodiek en de organisatie).

Tevens zijn de interviews gebruikt om de in de dagboeken verzamelde data verder uit te diepen en waar nodig aan te vullen.

Op basis van deze resultaten zijn er concept- richtlijnen opgesteld die vervolgens op 2 plaatsen in een expert-meeting van uitvoerend bemoeizorgmedewerkers op relevantie en toepasbaarheid zijn getoetst. Deze concept-richtlijnen worden in dit rapport buiten beschouwing gelaten. Verwezen wordt naar de tweede publicatie (“De methodiek bemoeizorg; literatuurstudie, praktijkbeschrijving en aanbevelingen”)

De belangrijkste bevindingen qua aanscherping en aanvulling vanuit de expertmeetings staan als een aparte paragraaf voorafgaand aan de samenvattingen aan de teksten toegevoegd.

1.6. Leeswijzer

Het onderzoeksrapport is opgebouwd uit 3 onderdelen. Hoofdstuk 2 beschrijft de organisatorische randvoorwaarden. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de voorwaarden die aan de methodiek worden gesteld. Hoofdstuk 4 tenslotte is gewijd aan de kwaliteiten van de professional.

Deze hoofdstukken kennen eenzelfde opbouw: na een korte inleiding volgt een overzicht van de bestudeerde literatuur. Vervolgens worden de resultaten van de interviews met de uitvoerend medewerkers en de coördinatoren beschreven.

Elk van de hoofdstukken bevat als afronding een samenvatting.

Bij de resultaten van de interviews wordt tussen haakjes vermeld hoe vaak een specifiek thema door de respondenten werd genoemd. Om het onderzoeksverslag nog enigszins compact en leesbaar te houden qua inhoud en omvang is de keuze gemaakt om niet alle meningen van de medewerkers en coördinatoren weer te geven. Om in het verslag te worden vermeld moest een kenmerk bij de uitvoerend medewerkers minstens 3 keer en bij de coördinatoren minimaal 2 keer worden genoemd. Om de tekst te verduidelijken of als er een relevante afwijkende mening bestond is ook gebruik gemaakt van citaten van een individuele medewerker of coördinator. Bij de samenvattingen staan overzichten met daarin aangegeven welke deelaspecten in welke bronnen zijn genoemd. Een + betekent “genoemd”. Een – betekent “niet genoemd”.

In een aantal gevallen zijn de data uit de dagboeken gebruikt om de tekst cijfermatig te ondersteunen. Deze gegevens staan dan in de betreffende tabellen en grafieken.

Voor de ordening van de data, verzameld door middel van interviews met professionals en coördinatoren is gebruik gemaakt van Kwalitan Software.

De analyse van de informatie afkomstig uit de dagboeken is uitgevoerd met behulp van SPSS en Microsoft Excel.

Hoofdstuk 2. De organisatie

2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk is gewijd aan de organisatorische aspecten en randvoorwaarden, die het mogelijk maken om bemoeizorg te kunnen uitvoeren.

Om bemoeizorg te kunnen plaatsen ten opzichte van andere vormen van hulpverlening wordt in paragraaf 2.2 eerst een conceptueel kader geschetst. Definities, uitgangspunten en bestaande organisatiestructuren van bemoeizorg, beschreven in de literatuur en in de interviews vermeld, worden daartoe aan de orde gesteld.

In paragraaf 2.3 komt het bemoeizorgteam in een aantal specifieke aspecten aan de orde. Er wordt ingegaan op de uitgangspunten zorg en overlast. Vervolgens de organisatiestructuur zoals plaats in de organisatie, bestuurlijke invulling, organisatievorm, de verantwoordelijkheden, de financiering, de overlegstructuur en de verwachtingen.

De laatste paragraaf 2.4 gaat in op de organisatorische aspecten van de verhouding van bemoeizorg met andere organisaties. Concreet komen hier de samenwerking en de externe overlegstructuren aan de orde.

2.2. Conceptueel kader

In deze paragraaf wordt aan de hand van definities en uitgangspunten een beeld geschetst van de organisatie van bemoeizorgprojecten.

2.2.1. Literatuur:

Uitgangspunten

Bemoeizorg is 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 in de literatuur twee soorten uitgangspunten genoemd:

- a) De verbetering van de kwaliteit van leven van de doelgroep;
Volgens Lindt (2000, blz. 21) zijn er twee niveaus van bemoeizorg te onderscheiden:
 - Bemoeizorg op strategisch niveau: het bouwen van een netwerk / vangnet rond een cliënt met als doelstelling toewerken naar een situatie waarin de cliënt weer zelfstandig kan leven.
 - Bemoeizorg op cliëntniveau, het verlenen van hulpverlening met als doelstelling verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt.

- b) Het bestrijden van de overlast.

Lohuis (2000, blz. 37 en 97) en Lindt (2000, blz. 19) benoemen de bestrijding van verwaarlozing (van zichzelf en de omgeving) en overlast als het startpunt voor bemoeizorg. De lokale overheden zijn volgens hen in de werkwijze van bemoeizorg geïnteresseerd omdat ze overlast willen bestrijden. De opgedrongen hulp is voor hen het middel om lastige burgers aan te pakken. Zij hopen op die manier dat deze mensen zich zo gaan gedragen dat hun omgeving daar niet langer problemen mee heeft.

Om dit te realiseren moet er volgens het projectplan Vangnet Arnhem snel, eenvoudig en flexibel worden ingespeeld op signalen over deze zorgwekkende zorgmijders. Deze signalen van dreigende ontsporing of overlast komen uit de lokale samenleving. Deze omgeving maakt zich zorgen over de verloederling en verkommering van deze mensen.

In het projectplan van Vangnet Arnhem staat dat met dit project wordt beoogd dat de hulp naar de cliënt wordt gebracht in plaats van andersom.

Organisatiestructuur

▪ Plaats in de organisatie

Lindt (2000, blz. 14) geeft aan dat de plaats van bemoeizorg binnen de organisatie sterk verschilt. Sommige bemoeizorgteams opereren tamelijk zelfstandig en zijn financieel enigszins autonoom, andere zijn in feite reguliere GGZ-teams, uitgebreid met bemoeizorgdeskundigen.

Door de organisatorische verschillen loopt ook de werkwijze nogal uiteen.

Over het algemeen kan gesteld worden dat er verschillen zijn op stad of regiogebied ten aanzien van de organisatorische vormgeving. Deze verschillen zijn toelaatbaar in het streven naar een optimale kwaliteit van bemoeizorg. Een ander motief voor verschillen is gelegitimeerd op basis van beschikbare netwerken en zorginstellingen”.

▪ Bestuurlijke invulling:

Als binnen de zorg en hulpverlening samenwerking hoog in het vaandel staat, geeft het Kwaliteitsdocument Zorg van het CAD-Limburg, de voorkeur aan een specifieke bestuurlijke constructie. Dit is een (breed samengestelde) stuurgroep met daarin vertegenwoordigers van de deelnemende instellingen met ieder een eigen bestuurlijke opdracht en bevoegdheid. Hendrix (1998, blz. 22) spreekt ook zijn voorkeur uit voor een stuurgroep met daaraan gekoppeld een inhoudelijke methodiegroep. In de projectbeschrijving van Novadic en Vangnet Arnhem wordt dit onderstreept.

In de door Hendrix (1998, blz. 22) beschreven praktijk vindt de dagelijkse sturing plaats bij de RIAGG.

▪ Organisatievorm

Hendrix (1998, blz. 22) geeft aan dat bij de start van vernieuwende activiteiten er meestal gekozen wordt voor de projectvorm.

In Arnhem (Projectplan Vangnet blz. 5) is ervoor gekozen om convenanten en protocollen op te stellen tussen de deelnemende instellingen. Hierin staan afspraken over samenwerking, doorverwijzing en dagelijkse zaken.

Onder de dagelijkse zaken wordt verstaan stationering /detachering van medewerkers met de daaruit voortvloeiende formele aansturing, zeggingsbevoegdheid en vervanging van personeel.

In Arnhem bestaat het vangnetteam uit medewerkers van de deelnemende instellingen met daarboven een coördinator c.q. projectontwikkelaar.

Om de positie van bemoeizorg binnen de bestaande hulpverlening duidelijk te maken geeft Lindt (2000, blz. 14 en 15) twee mogelijkheden:

- Ten eerste het beleidsmatig in de zorgsector inbedden. Dit kan bemoeizorg doen daar haar methodische basis duidelijk te maken door het verbeteren van de kwaliteit van zorg.
- Ten tweede moet de werkvorm bemoeizorg zich nog verder uitkristalliseren zodat het ook voor de beleidsmakers niet langer braakliggend terrein is.

- Financiering.

Lindt (2000, blz. 14) geeft aan dat doordat bemoeizorg zich nog geen vaste positie heeft verworven, dat ze bestaan bij de gratie van projectfinanciering en andere tijdelijke regelingen. Zolang die onzekerheid voortduurt, is de continuïteit van de zorg niet gegarandeerd. Geen enkele financiering tot nu toe is toereikend en een GGZ-financiering staat ook nog steeds ter discussie.

Bij Lohuis (2000, blz. 45) vindt de financiering plaats door de gezamenlijke instellingen die een verantwoordelijkheid hebben op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

- Verwachtingen

Hendrix (1998, blz. 20 en 24) geeft aan dat bemoeizorg vooral wordt gezien als instrument voor ordehandhaving of herstel van de rust in een buurt omdat het bemoeizorgteam via een mobiele telefoon de hele dag beschikbaar is voor dringende en acute vragen.

2.2.2. Professionals

Uitgangspunten

Volgens de geïnterviewde professionals richt bemoeizorg zich op twee hoofddoelen: zorg en overlastbestrijding.

a) Zorg

Drie professionals zijn van mening dat zorg het uitgangspunt moet zijn voor de bemoeizorg. Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van leven van de zorgmijdende cliënt door ze te verwijzen naar de reguliere zorg.

Ze gaven hierbij als toelichtingen dat naar hun mening het beter om, zeker in het begin, in een lage frequentie zorg te verlenen. Doel is om zo te voorkomen dat er een crisis ontstaat of blijft bestaan. Vanuit de hulpverleningsrelatie die dan ontstaat, kan in het vervolg in een hoge frequentie zorg worden verleent.

Een reden voor het ontstaan van bemoeizorg schrijft een professional toe aan de verschraling en institutionalisering van de gezondheidszorg: *“Mensen zitten denk ik te graag achter een bureau. Ik denk dat de ontwikkelingen binnen de instellingen en maatschappij daartoe hebben bijgedragen”*.

Deze professional is verder van mening dat *“cliënten vaak niet op de juiste manier naar de zorg worden toegeleid, de zorg is te hoogdrempelig”*.

b) Overlastbestrijding

Drie professionals geven aan dat het bestrijden van de overlast het centrale uitgangspunt is. Dat komt onder meer tot uiting in het feit dat een gemeente subsidiegelden beschikbaar stelt voor overlastreductie.

Twee bemoeizorgers benoemen het overlastaspect als volgt: *“Als je dingen doet waar andere mensen last van hebben, als dit een inbreuk is in de persoonlijke levenssfeer, dan is naar mijn mening ingrijpen gerechtvaardigd mits aan een groot aantal voorwaarden is voldaan”*.

“Overlast die dermate groot is dat daar veel mensen last van hebben moet worden gestopt en of dat nu links om moet of rechtsom, dat maakt me dan in principe niet zoveel uit”.

Organisatiestructuur

▪ Plaats in de organisatie

De professionals geven aan dat bemoeizorg niet op zichzelf dient te staan. Er zal op organisatie- en op cliëntniveau aan bepaalde voorwaarden voldaan moeten worden om deze vorm van zorgverlening te kunnen realiseren.

▪ Organisatievorm

Het is volgens drie professionals belangrijk om de positie die bemoeizorg inneemt binnen een organisatie duidelijk te maken. Dit als voorwaarde voor het kunnen verlenen van deze vorm van hulpverlening. De onbekendheid van bemoeizorg bij velen komt de kwaliteit van deze werksoort niet ten goede. Door duidelijk te maken wat de uitgangspunten, werkwijzen en methodieken van bemoeizorg zijn wordt het eenvoudiger om een organisatie “binnen” te komen.

Eén respondent vindt dat de deskundigheid rond bemoeizorg niet alleen bij bemoeizorg moet zitten, maar ook bij de reguliere zorg.

De professionals geven aan dat de organisatie rond bemoeizorg onzeker is. Zij wijzen hierbij de projectstatus met een beperkte duur (2), op andere projecten in de regio die groter zijn (2), beter georganiseerd (3) en een duidelijker organisatorische inkadering kennen

Indien in de opzet van het project is gekozen voor medewerkers met een dubbele functie (bemoeizorg en reguliere zorg) is er vanzelf een verbinding met de andere organisatie. Dit heeft dat als voordeel dat er dan functioneel van die organisatie gebruik gemaakt kan worden.

▪ Verantwoordelijkheden

Acht respondenten gaan in op het thema “afleggen van verantwoording”. De plaats en de vorm hiervan zijn afhankelijk van de gekozen organisatiestructuur.

Er zijn de volgende argumenten genoemd:

- Er in een vaste frequentie waarin aan één persoon (achteraf) inhoudelijke verantwoordelijkheid wordt afgelegd. Dit kan, afhankelijk van de organisatievorm de eigen manager of naar de bemoeizorgmanager zijn.
- De vorm kan mondeling (6) of schriftelijk (2) zijn.
- Het kan werkinhoudelijk (4) of qua urenbesteding (1)
- Bij een manager wordt niet alleen teruggekoppeld in het kader van afleggen verantwoordelijkheden, maar ook bij het vastlopen in een situatie.

De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de zorg ligt volgens acht professionals bij de bemoeizorger. De eerste acties worden op en door de werkvloer afgesproken en vervolgens worden deze geëvalueerd en bijgesteld. Het hoger management heeft in dat geval wat betreft de casuïstiek geen inbreng.

Een respondent geeft aan dat er ook een verantwoordelijkheid ligt bij de cliënt voor de keuzes die hij maakt.

Een andere genoemde vorm van verantwoordelijkheid is de teamverantwoordelijkheid.

▪ Verwachtingen

Alle geïnterviewde bemoeizorgers geven aan dat zowel de eigen organisatie als externen hoge verwachtingen aan bemoeizorg stellen. Om de verwachtingen reëel te houden zal de bemoeizorger naar eigen zeggen duidelijk moeten maken waar ze voor staan (5). Wat wel en niet geboden kan worden dient duidelijk aangegeven te worden: “*Het is de kunst om “daar”*”

duidelijkheid in te krijgen. Je moet voorkomen dat iemand een casus afschuift naar ons, hij moet zijn eigen verantwoordelijkheid nemen. Dat moet je blijven bewaken”.

De verwachtingen hebben zowel betrekking op de overlast als op de zorg.

a) **Zorg:**

Er leeft volgens twee professionals de verwachting dat bemoeizorg op alle binnenkomende meldingen “iets” kan doen.

Zes bemoeizorgers geven aan dat de samenwerkingspartners van bemoeizorg verwachten dat ze alle moeilijke cliënten in begeleiding nemen en er snel voor zorgen dat ze geschikt worden gemaakt voor de reguliere zorg. Bij voorkeur zonder dat de reguliere zorg daar zelf een inspanning in hoeft te leveren.

Er wordt volgens drie bemoeizorgers verwacht dat de bemoeizorg een soort extra crisisdienst is die acuut op elke probleemsituatie in gaat.

Het hoger management van de organisaties verwacht dat de bemoeizorg een afgesproken productie haalt (minimaal aantal cliëntcontacten per dag). De direct leidinggevenden zijn meer terughoudend in hun verwachtingen. Zij hechten er meer waarde aan dat de bemoeizorg inhoudelijk goed werk levert.

b) **Overlastbestrijding**

Vier bemoeizorgers geven aan dat ze geen 100% overlast kunnen voorkomen, ze kunnen de overlast wel reduceren.

Volgens vijf professionals verwachten de samenwerkingspartners en de gemeente dat wordt voorkomen dat mensen verkommeren en verloederen op straat of thuis.

Bemoeizorg is volgens hen nooit in staat om al deze verwachtingen waar te maken. Een bemoeizorg verwoordde dit als volgt: *“Er is geen enkele vorm van hulpverlening die kan voorkomen dat er mensen op straat zwerven, verloederen of zelfs sterven. Dit kan nooit voor 100% voorkomen of toegezegd worden”.*

2.2.3. Coördinatoren

Uitgangspunten

Bemoeizorg wordt door twee coördinatoren omschreven als een bijzonder actieve vorm van hulpverlening, waarbij de verantwoordelijkheid voor en het initiatief tot het contact bij de hulpverlener ligt.

Bemoeizorg blijkt in de projectplaatsen vanuit verschillende aanleidingen te zijn gestart. Eén coördinator meldt dat binnen de bestaande netwerken de behoefte werd geconstateerd aan een actieve vorm van hulpverlening. Actief in het benaderen van verslaafde cliënten en met name ook vanuit het perspectief van overlast en zorg. Van daaruit is binnen de sector alcohol en de sector drugs gestart met het outreachend werken.

Twee coördinatoren geven aan dat ontoereikende zorg de aanleiding was voor het starten van bemoeizorg.

Twee andere coördinatoren melden dat het een combinatie is van overlastbestrijding en zorg en een coördinator geeft aan dat het bestrijden van de overlast de aanleiding is geweest om bemoeizorg op te starten.

Een coördinator benoemde het als volgt: *“Als je door het verbeteren van de zorg de overlast kunt laten verminderen is dat mooi meegenomen”.*

Volgens drie coördinatoren is de aanleiding voor het starten van bemoeizorg de constatering door gemeenten of hulpverlening dat er “iets” gedaan moest worden aan een groep mensen

die tussen de wal en het schip dreigden te vallen. Het gaat hierbij om mensen die men daadwerkelijk op straat zag vereenzamen, verkommeren, verloederen. De eerstelijns gezondheidszorg kon niet goed contact met deze mensen krijgen. Daarbij speelde, aldus de coördinatoren, een rol dat de 1^e lijns gezondheidszorg vaak vindt dat mensen volgens hun criteria gemotiveerd moeten zijn. De zorgwekkende zorgmijders zijn moeilijk te benaderen. Daarom zal de hulpverlener moeten leren dit type mensen te benaderen en dat gebeurde onvoldoende.

Organisatiestructuur

▪ Plaats in de organisatie

De vijf coördinatoren benoemen allen een andere organisatiestructuur. In hoofdlijnen zijn er drie soorten te onderscheiden.

- Één organisatie met een frontoffice en een backoffice (1),
- Samenwerkingsverbanden tussen verschillende instellingen (2),
- Één organisatie die het project onderbrengt als onderdeel van een grote afdeling (2)

De samenwerking kan geformaliseerd worden door middel van detachering (vanuit verslavingszorg of GGZ) of door middel van vaste contactpersonen binnen de relevante instellingen (brugfunctionarissen)

▪ Organisatievorm:

Bij twee projecten is de keuze gemaakt om de medewerkers naast bemoeizorg ook nog in de reguliere zorg te laten werken. Voorwaarden hiervoor zijn volgens de coördinator dat er niet meer dan twee projectplaatsen zijn waar deze medewerkers werken. Dit om te voorkomen dat het arbeidscontract te veel versnipperd. Een andere voorwaarde is dat de werkers het zelf willen.

Een andere coördinator gaf aan dat men een duobaan graag wil omdat er op die manier de mogelijkheid bestaat om ingang te krijgen bij de deelnemende instellingen. Zo kan bijvoorbeeld toegang verkregen worden tot de cliëntgegevens en registratiesystemen. De andere coördinatoren geven de voorkeur aan één aanstelling voor alleen bemoeizorg.

De motivatie hiervoor is dat er volgens hen bij bemoeizorg behoefte is aan een eenduidige sturing. Een duobaan is volgens een coördinator lastiger in de aansturing. Het heeft dan volgens hen ook de voorkeur om iemand voor het team te werven, die nog wel een ingang heeft bij een van de deelnemende instellingen. Op die manier kan de relatie met de betreffende organisaties in stand worden gehouden.

▪ Bestuurlijke invulling

De coördinatoren geven aan hoe de aansturing van het project is geregeld. Ze onderscheiden daarbij de stuurgroep, de methodiegroep en de functie-invulling van de coördinator.

a) Stuurgroep

De leiding van het project ligt volgens drie coördinatoren in handen van een stuurgroep of begeleidingscommissie. Hierin zitten beleidsmakers (regiomanagers of directeuren) van de deelnemende instellingen met beslissingsbevoegdheid. Het zijn mensen uit het hoger management die werken aan de randvoorwaarden zoals het uitzetten van de hoofdlijnen, de financiën, formalisering samenwerking en de personele inzet.

Het voorzitterschap / de regievoering is in verschillende handen. Soms is het de gemeente (2). Soms is het een instelling (GGD, RIAGG, APZ, verslavingszorg). Als de aansturing bij de zorginstellingen ligt is de regievoering inhoudelijk van aard.

Als er sprake is van een stuurgroep met daarin vertegenwoordigers van de deelnemende instellingen dan komen deze in een vaste frequentie bij elkaar.

b) Methodiekgroep

Bij één project is er een methodiekgroep. In deze methodiekgroep zitten programmamakers van de GGD, GGZ en de verslavingszorg. Er is door deze functionarissen een methodiek beschreven en die wordt door hen regelmatig geëvalueerd.

c) Coördinator

Er zijn door de coördinatoren twee coördinatievormen beschreven. Één met en één zonder inhoudelijk coördinator.

In drie bemoeizorgprojecten functioneert een inhoudelijk coördinator. Deze is contactpersoon tussen de hulpverleners, coördinatoren/ leidinggevenden van de andere instellingen. De taak van deze coördinator is om problemen en knelpunten in de samenwerking op te lossen. (2) Een voorwaarde hiervoor is volgens drie coördinatoren dat ze dicht bij de werkvloer functioneren, idealiter zelfs nog op de werkvloer meedraaien.

In twee projecten hebben de teams geen eigen coördinator. Dit om de functionele lijnen kort en helder te houden. Men wil het aantal functielagen met elk een eigen verantwoordelijkheid beperkt houden. Bemoeizorg is in dat geval gebaseerd op samenwerking en niet ingericht als eigen organisatie. Deze twee coördinatoren vinden dat het bemoeizorgteam niet te groot moet zijn. Ze geven er de voorkeur aan om met zoveel mogelijk instellingen samen te werken door de schotten tussen de instellingen weg te nemen.

▪ Financiering.

De financiering vindt plaats vanuit alle deelnemende organisaties (2), vanuit externe financiers (1) of een combinatie van beiden (2).

In het geval van de deelnemende organisaties leveren ze allemaal hun eigen bijdrage. In de andere gevallen gaat het om een verzekeringsmaatschappij, het zorgkantoor, de provincie en de gemeente.

In een drietal gevallen vindt de financiering plaats op basis van projectfinanciering. De coördinatoren hopen dat de financiering een structureel karakter krijgt als bemoeizorg een officieel zorgproduct wordt.

Twee projecten worden gefinancierd met overlastgelden die door de gemeente op die manier geormerkt zijn.

Er zal naar de mening van twee coördinatoren een duidelijk financieel kader aanwezig moet zijn:

“Ik vind niet dat er nieuwe dingen uit hetzelfde geld betaald moeten worden. Er zal aanvullende financiering moeten komen. Het moet niet meer zo zijn van trek 2 medewerkers uit de kast die moeten dat dan doen. Je moet ervoor oppassen dat je het eigen team niet ondergraaft door steeds nieuwe dingen te gaan doen zonder aanvullingen op de bezetting”.

De wijze van financiering kan in de samenwerking problemen opleveren, zo laten twee coördinatoren weten. De genoemde wijzen van financiering betreffen AWBZ-financiering en gemeentelijke financiering. Beide vormen stellen elk andere, soms conflicterende eisen en voorwaarden.

▪ Verwachtingen

Er worden naar de mening van de coördinatoren hoge verwachtingen gesteld aan de bemoeizorg. De verwachtingen liggen op de gebieden overlast en zorg.

a) Zorg:

Drie coördinatoren geven aan dat van bemoeizorg verwacht wordt dat hulp wordt geboden aan mensen die dit op dat moment niet hebben. Dit kan gaan om mensen die op straat leven of om mensen die thuis verkommerd achter de geraniums zitten.

Het team zelf verwacht dat ze goed werk verrichten, dat ze resultaten halen en de levenssituatie van mensen kunnen verbeteren.

Het hoger management verwacht, volgens een coördinator, dat er nieuwe cliëntgroepen benaderd worden met wie de hulpverlening niet eerder contact heeft gehad

b) Overlastbestrijding:

De buitenwereld verwacht van het bemoeizorg - project dat er niemand meer op straat hoeft te zwerven of komt te overlijden. De verwachtingen hebben betrekking op de vraag van gemeenten om de overlast op korte termijn te laten afnemen. Voorwaarde om dat te kunnen doen is wel dat er voldoende capaciteit beschikbaar is.

Drie coördinatoren zijn van mening dat de omgeving teleurgesteld is in bemoeizorg omdat ze niet werd waargemaakt wat verwacht werd. Volgens één coördinator leeft bij andere instellingen, maatschappelijke organisaties en buurten het idee dat bemoeizorg alle problemen van cliënten direct zal oplossen. De genoemde problemen zijn overlast door afwijkend gedrag, verslaving en vervuiling.

Een coördinator benoemt dit als volgt: *“Wij bieden hier zorg en in het algemeen hebben we iets te bieden, maar we zijn geen gevangenis”*.

Om de verwachtingen reëel te houden geeft een coördinator aan dat duidelijk gemaakt moet worden wat bemoeizorg kan bieden. Bemoeizorg zal zelf de grenzen van haar mogelijkheden duidelijk moeten maken. Een coördinator omschreef dit als volgt: *“ in ieder geval duidelijk maken dat je in ieder geval gaat trachten om de situatie niet verder te laten verslechteren, dat is denk ik ook al heel goed”*.

Een andere coördinator zegt over de verwachtingen: *“Ik denk dat we de verwachtingen onvoldoende gerealiseerd hebben. Dat het niet uitgekomen is komt omdat er te weinig capaciteit is, het is een centenkwestie”*.

2.2.4. Expertmeeting

Uitgangspunten:

Wat betreft de uitkomsten van het onderzoek is naar voren gekomen dat de professionals vinden dat het uitgangspunt van bemoeizorg de zorgwekkende zorgbehoefte is van de cliënt, niet de zorg op zich.

Het gaat bij bemoeizorg om het verbeteren van de kwaliteit van leven voor zowel de cliënt als het netwerk/de omgeving.

Bemoeizorg mag volgens het ene team nooit als een beheersinstrument van de overlast gebruikt worden. Terwijl in het andere team de overlastbestrijding en daaraan gekoppeld het marktgericht denken (voor overlastbestrijding zijn financiën beschikbaar) wel gebruikt om op die manier extra capaciteit binnen te halen. Zo kan met overlastgeld de zorg- en hulpverlening worden financiert.

Organisatiestructuur:

Het is afhankelijk van de gekozen organisatiestructuur, maar indien er geen vast (over)brug(ings)functionarissen tussen de bemoeizorg en de reguliere hulpverlening zijn, kan er ook voor gekozen worden om hier een zorgcoördinator voor aan te stellen.

Verwachtingen:

Door gebruik te maken van mond op mond reclame kan de PR van bemoeizorg realistisch blijven in haar doelstellingen en helder maken wat haalbaar is.

2.2.5. Samenvatting

In zowel de literatuur als in de interviews komt naar voren dat de aanleiding voor het starten van bemoeizorg zorg en/of overlast is.

De organisatorische plaats die bemoeizorg inneemt verschilt van stad tot stad. Het varieert van zelfstandige samenwerkingsverbanden tot onderdeel van een afdeling. In de bemoeizorg - projecten die vanuit samenwerkingsverbanden opereren is unaniem gekozen voor een stuurgroep die de hoofdlijnen van het project bewaakt.

Voor de financiering van bemoeizorg bestaat geen uniform kader. Soms is gekozen voor financiering vanuit de deelnemende organisaties, in andere gevallen wordt het project gefinancierd met overheidsgelden.

Het afleggen van verantwoording door de medewerkers is afhankelijk van de organisatievorm. Indien er is gekozen voor één organisatie wordt er aan de eigen manager verantwoording afgelegd. Als er vooral wordt samengewerkt kan verantwoording aan de projectmanager of aan de organisatiemanager afgelegd worden.

De verwachtingen rond bemoeizorg zijn hoog gespannen, vinden zowel de professionals als de coördinatoren. Het is volgens hen onmogelijk om aan alle verwachtingen te voldoen.

Daarom vinden ze het van groot belang om duidelijk aan te geven wat bemoeizorg wel en niet kan bieden. Dit heeft betrekking op zowel de zorgkant als de overlastkant.

Tabel 2.1 Overzicht organisatorische aspecten volgens de diverse informatiebronnen

	Benoemde aspecten	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Uitgangspunt	Zorg	+	+	+	-	+
	Overlast	+	+	+	-	+
Organisatie	Plaats in organisatie	+	-	+	-	+
	Bestuurlijke invulling	+	-	+	-	+
	Organisatievorm	+	+	+	-	+
	Financiering	+	-	+	-	+
	Verantwoordelijkheden	-	+	-	-	+
Verwachting	Zorg	-	+	+	-	+
	Overlast	-	+	+	-	+

2.3. Het bemoeizorgteam

2.3.1. Literatuur:

▪ Werkwijze

Volgens het projectplan van het Vangnetteam te Arnhem (2000, blz. 2) vraagt bemoeizorg om een actieve outreachende vorm van hulpverlening. Hieronder wordt verstaan het bieden van zorg op maat waarbij de cliënt door de hulpverlener in de eigen omgeving wordt opgezocht. Dit kan zijn in een thuisituatie, op straat, op het politiebureau of in een opvangvoorziening.

▪ Teamsamenstelling

Hendrix (1998, blz. 23) geeft aan dat het team is samengesteld uit medewerkers van verschillende deelnemende organisaties, van verschillende disciplines en met verschillende ervaringen en deskundigheden. Bij Lohuis (2000, blz. 138) maakt het team van Vangnet- en Advies onderdeel uit van de werkeenheid OGGz en bestaat het uit SPV-ers. Volgens Hendrix (1998, blz. 23) is er in de uitvoering behoefte aan ondersteuning door een psychiater met name voor diagnostiek, medicatie en consultatie.

▪ Overlegstructuur

In de literatuur worden verschillende vormen van overleg genoemd. Deze zijn onder te verdelen in organisatorisch en cliëntgericht overleg.

a) Organisatorisch overleg

Hendrix (1998, blz. 24) noemt de beleidsvergadering waarin actuele beleidsontwikkelingen en beleidszaken aan de orde komen.

Daarnaast noemt hij het intervisieoverleg (1998, blz. 27). Het intervisieprotocol van Rotteveel en Vanmalkot kan volgens hem gebruikt worden bij de methodiekontwikkeling. Dit protocol bevat een vragenlijst die daarvoor als leidraad kan dienen. Ook in de projectplannen van Novadic en Welzijn Arnhem wordt intervisie als interne overlegvorm genoemd.

In het projectplan van Novadic wordt het methodiekoeverleg benoemd. In dit overleg wordt in een vaste frequentie de werkwijze aan de praktijk getoetst en daar waar nodig bijgesteld.

b) Cliëntgericht overleg.

Hendrix (1998, blz. 24) noemt het casuïstiekoeverleg als cliëntgerichte overlegvorm.

2.3.2. Professionals

▪ Werkwijze

De taakstelling varieert per project. Bij het ene project beperkt bemoeizorg zich tot toeleiding, bij een ander project gaat het om traceren en toeleiden. Een derde variant behelst een combinatie van bemoeizorgactiviteiten en reguliere werkzaamheden, bijvoorbeeld het doen van intakes bij bemoeizorgcliënten.

Vijf respondenten geven aan dat ze een eigen caseload bezitten. Er wordt in die gevallen 1 hulpverlener op 1 cliënt gewerkt of 2 hulpverleners op 1 cliënt. In het eerste geval worden bij verlof of ziekte de cliënten van elkaar overgenomen.

Bij drie projecten wordt met specialisatie van de hulpverlener gewerkt. Ze werken in dat geval binnen de bemoeizorg vanuit een eigen deskundigheid. Binnen dit onderzoek zijn de verslavingszorg en de psychiatrie als specialisaties genoemd.

Een knelpunt dat door vier bemoeizorgers wordt genoemd is de te hoge werkdruk/caseload van de hulpverleners. Er gaat naar de mening van twee bemoeizorgers te veel tijd zitten in de registratie en te weinig tijd in het directe contact met cliënten. Hierdoor verdwijnt de mogelijkheid om direct te anticiperen op de behoeften van de cliënt. Van de bemoeizorg wordt in drie gevallen verwacht dat ze een afgesproken productie halen. Dit gaat ten koste van diepgang in de cliëntrelatie, aldus twee bemoeizorgers.

Een respondent gaf weer dat er veel raakvlakken en overeenkomsten zijn met casemanagement. *“We werken nauw met ze samen, soms lopen zaken door elkaar heen. Je moet voor een onderscheid een vaklijst hebben van de taken en inhoud van het werk. Wij zitten ook in het casemanagement overleg”*.

Om professioneel, ethisch verantwoord en cliëntvriendelijk te kunnen werken vindt een bemoeizorgster dat er een goede ruimte moet zijn om met een cliënt af te spreken: *“Als hier een aantal mensen werken en er loopt een cliënt of collega binnen terwijl je een gesprek aan het voeren bent, dan is dat erg storend”*.

▪ Coördinatie van zorg.

Acht respondenten geven aan dat de coördinatie van de hulpverlening plaats vindt op de werkvloer. Volgens drie respondenten moet de verantwoordelijkheid voor het opzetten van een bemoeizorgtraject liggen op de werkvloer omdat dit het meest affectief is.

Drie respondenten benadrukken dat ze hun vrijheid en zelfstandigheid moeten kunnen behouden en niet voor alles verantwoording hoeven af te leggen.

Twee professionals vinden dat een eenduidig dossiersysteem belangrijk is. Er zijn geen uniforme afspraken over het registreren van bemoeizorgcontacten binnen de deelnemende organisaties.

▪ Het management

Het management moet zich volgens vijf bemoeizorgers vooral bezighouden met de randvoorwaarden (huisvesting, werkplek, vervoer, bereikbaarheid en financiën) zodat de bemoeizorgster zich daar niet druk over hoeft te maken en zich puur op de cliënten kan richten. Een andere voorwaarde die aan het management gesteld wordt is dat ze affiniteit moeten hebben met het werk en de doelgroep.

Een bemoeizorgster benoemde de werkzaamheden van het management als volgt: *“Het zou prettig zijn als je een persoon hebt bij wie je terecht kan rond behandelen inhoudelijke zaken en een productmanager die mijn zaken behartigt rondom budgetten en andere faciliteiten”*.

▪ Risico's

Het werk van de bemoeizorgster kent risico's. Deze risico's zijn onder te verdelen in medische, juridische en overige.

a) Medische risico's:

Omdat de bemoeizorgster als enige contact heeft met een cliënt is het risico van een medische misser niet ondenkbaar. Om die reden is het goed om inzicht te blijven geven bijvoorbeeld door structureel te rapporteren over het proces. Op die manier kan achteraf worden getoetst welke stappen zijn doorlopen, wat goed ging en wat anders had gekund.

b) Juridische risico's:

bemoeizorg balanceert vaak op het randje van wettelijke kaders (privacywetgeving, BIG, WGBO).

c) Overige risico's

Andere genoemde risico is volgens twee respondenten het bewaken van de professionele grenzen. Het dilemma van de persoonlijke betrokkenheid en de professionele distantie is hier aan de orde.

▪ Overlegstructuur

De overlegstructuur rond bemoeizorg kent organisatorische en cliëntgebonden overlevormen.

a) Organisatorisch overleg

Drie geïnterviewden geven aan dat er structureel overleg plaatsvindt, zijn over de werkwijze/methodiek van bemoeizorg. Werkafspraken worden gemaakt en geëvalueerd, de methodiek wordt aan de praktijk getoetst en waar nodig bijgesteld.

b) Cliëntgebonden overleg

Cliëntgebonden overleg heeft volgens vier professionals als doel om de uitgezette stappenplannen rond een cliënt puntsgewijs en systematisch door te spreken. Ook wordt gekeken naar het uitgezette traject, welke bijdrage en meerwaarde eenieder heeft. Het doel is om de cliënt van A naar B te krijgen. In dit overleg worden de obstakels besproken. Het uitgezette zorgproces wordt geëvalueerd en van daaruit worden plannen opgesteld en bijgesteld.

2.3.3. Coördinator:

▪ Werkwijze:

In drie projecten wordt er met twee personen aan één casus gewerkt. In alle gevallen verschillen de werkkoppels per casus. Het uitgangspunt voor de samenstelling van de duo's is niet affiniteit en deskundigheid maar de ruimte die iemand in zijn agenda heeft om een casus op te pakken. De inhoudelijke motivatie voor het werken met duo's is de continuïteit van zorg. *"Iedereen heeft recht om vrij te nemen"*.

Alle coördinatoren geven aan dat ze met parttimers werken, soms in een duobaan, soms uitsluitend bij bemoeizorg.

▪ Teamsamenstelling

Voorwaarden betreffende de personele inzet zijn voldoende budget en capaciteit om de cliënten te zien in de frequentie die noodzakelijk wordt geacht:

"Ik vind het wel knap dat de medewerkers ondanks hun drukke werkzaamheden toch nog tijd vinden om hun klanten te zien".

Naast capaciteit zijn status van en waardering voor van het personeel van belang. Men werkt met de moeilijkste doelgroep, maar heeft wel het laagste salaris.

Naar de mening van twee coördinatoren zou een bemoeizorg project kunnen draaien met HBO-ers en MBO-ers. Voorwaarde is wel dat het team groot genoeg is om op elkaar terug te kunnen vallen.

Het verdient volgens drie coördinatoren de voorkeur om met zoveel mogelijk disciplines en instellingen outreachend te kunnen werken.

Drie coördinatoren ervaren de onvoldoende beschikbaarheid en bereikbaarheid van artsen en psychiaters als een groot probleem. Het liefst wordt er met een vaste psychiater gewerkt die voor een aantal uren per week is toegedeeld bij bemoeizorg of voor consultatie bereikbaar is.

Twee coördinatoren achten het van belang dat de bemoeizorgers het gevoel hebben ergens bij te horen, dat ze er niet alleen voor staan, maar onderdeel vormen van een groter geheel. Voor bemoeizorg die deel uitmaakt van een grote organisatie of afdeling vormt de bekendheid van het project volgens twee coördinatoren een probleem. Men ervaart dan weinig draagvlak binnen de eigen organisatie.

Door een fusie van verschillende organisaties is de bekendheid van bemoeizorg en de bemoeizorgers in een tweetal gevallen afgenomen. De mogelijkheden van het persoonlijke netwerk binnen de eigen organisatie worden dan beperkt. Bij kleine organisaties blijven de lijnen kort en kan er veel op persoonlijke titel gerealiseerd worden.

Drie coördinatoren vinden een goede backoffice noodzakelijk met daarin de voor het werk noodzakelijke disciplines of samenwerkingspartners.

- Standaardisatie werkprocessen

Standaardisatie van werkprocessen is naar de mening van twee coördinatoren een actueel thema. Men is op zoek naar die onderdelen van het werk die in formulieren te vangen zijn. Als voorbeelden hiervan worden taxatielijst en zorgplan genoemd. In één project is de procedure voor het informeren van de huisarts, dat de cliënt contacten heeft met bemoeizorg, gestandaardiseerd.

- Het management

Er worden verschillende titels en functies gehanteerd voor de persoon die de projecten aanstuurt. Men noemt zich coördinator bemoeizorg, afdelingsmanager of projectcoördinator. Een inhoudelijke coördinator is van belang om de voortgang te bewaken en om te voorkomen dat de theorie los komt te staan van de praktijk. Er is een duidelijke behoefte aan eenduidigheid en structuur.

- Coördinatie van zorg

De coördinatie van de hulpverleningstrajecten vindt volgens alle coördinatoren plaats op de werkvloer. De bemoeizorg is verantwoordelijk voor de trajecten die voor de individuele cliënt worden uitgezet. Één coördinator benoemt de coördinatie van het werk als knelpunt omdat er met veel verschillende factoren rekening gehouden moet worden. De belangen van de cliënten, medewerkers, samenwerkingspartners en opdrachtgevers moeten steeds zorgvuldig op elkaar afgestemd worden.

- Overlegstructuur

a) Organisatorisch overleg.

In drie bemoeizorgprojecten worden er in een vooraf afgesproken frequentie organisatorische vergaderingen belegd. Bij de andere twee is er geen apart bemoeizorgoverleg, maar nemen de bemoeizorgers deel aan het organisatorisch overleg van een bredere groep professionals.

Intervisie is volgens de coördinatoren gericht op de problemen waar de medewerker mee te maken heeft. Steeds terugkerende thema's zijn de emotionele en ethische aspecten en het overnemen van verantwoordelijkheden van de cliënten. Bij intervisie wordt ervan uitgegaan dat er binnen het team een vertrouwensband bestaat. Als een team veel nieuwe mensen heeft is er nog geen basisveiligheid. Voor één coördinator was dit een argument om op dit moment geen intervisiebijeenkomsten te organiseren.

Drie coördinatoren vinden het belangrijk dat er ook informeel overleg plaats vindt, dat men gemakkelijk bij elkaar binnen loopt. Coördinator en medewerkers doen dit bijna dagelijks.

Een coördinator verwoorde dit als volgt: “*De momenten dat ze elkaar zien pakken ze elkaar wel*”.

b) Cliëntgebonden overleg

In de cliënt- of casuïstiekbespreking gaat het om frequent overleg tussen de uitvoerders van de instelling of de regio.

Een ander cliëntgebonden overleg is het casemanagement overleg op een vaste dag in de week waarin de actuele casussen worden doorgesproken tussen de bemoeizorgers en de casemanagers van de deelnemende organisaties.

▪ Risico's

Bemoeizorgers moeten ervoor blijven waken dat ze reëel blijven in hun aanbod. Zo worden burn-out van de medewerker en teleurstelling bij de samenwerkingspartner voorkomen. Drie coördinatoren vinden dat bemoeizorg zich moet beperken tot het eigen werk en niet de taken van andere disciplines erbij moet nemen. In het verlengde hiervan wordt er een overlap in de hulpverlening geconstateerd. Één coördinator komt met de volgende oplossing: “*De directie moet een casemanager aantrekken die hiaten en overlap in de hulpverlening signaleert*”.

Er zal met de samenwerkingspartners duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over waar bemoeizorg begint en eindigt.

Een reëel risico voor de bemoeizorger is burn-out. Een coördinator geeft aan dat het intensieve karakter van het werk het risico om op te branden vergroot. Zij adviseerde dan ook om dit werk maximaal 3 tot 4 jaar te doen.

Het ongestructureerde en onorthodoxe karakter van de werksoort, het risico van doorschieten in het overnemen van verantwoordelijkheden en het er alleen voorstaan zijn de belangrijkste risicofactoren die door de coördinatoren zijn genoemd.

Veiligheid, zowel in de uitvoering, als in de organisatorische inbedding, is een belangrijke voorwaarde om bemoeizorg te kunnen bieden.

Om de coördinatoren ook in staat te stellen om de grenzen van de medewerkers mede te bepalen vinden twee coördinatoren dat er een registratiesysteem moet zijn dat ze in staat stelt om te reflecteren op het werk. Zo kunnen er randvoorwaarden gesteld worden om te voorkomen dat de bemoeizorgers in hun enthousiasme te ver gaan.

Alle coördinatoren wijzen op de noodzaak van materiele randvoorwaarden. Concreet noemen ze een mobiele telefoon (abonnement, geen prepaid om te voorkomen dat het budget op is) voor eigen veiligheid, bereikbaarheid en om cliëntenzaken snel met anderen te kunnen kortsluiten.

Daarnaast wordt het vervoer benoemd. Zeker omdat een groot deel van het werk op straat plaats vindt, moet de bemoeizorger met fiets of auto mobiel zijn.

Bemoeizorg blijkt een geliefde stageplek te zijn. Er komen veel aanvragen van SPV-ers binnen vanwege de ruime leermogelijkheden: er wordt op een andere manier naar de hulpverlening gekeken en er is contact met een doelgroep die elders buiten beeld blijft.

2.3.4. Expertmeeting

Werkwijze:

In de expertmeetings komt naar voren dat ze unaniem van mening zijn dat de bemoeizorger zich moet beperken tot bemoeizorgactiviteiten. De risico op een combinatie van bemoeizorg en regulier liggen op het terrein van niet meer flexibel zijn (ad-hoc reageren op vragen cliënt en netwerk) en belangenverstremgeling naar de cliënt en het netwerk. Als voorbeeld hiervan werd gegeven dat als een bemoeizorger in de methadonverstrekking werkt en vanuit het bemoeizorg deel ziet dat de cliënt met de methadon handelt en dezelfde cliënt later vanuit bemoeizorg tegen komt, dan moet deze professional vanuit zijn reguliere taken de cliënt hierop aanspreken. De benodigde vertrouwensrelatie is dan weg. Er wordt op de plekken van de expertmeetings gewerkt met een eigen caseload van ongeveer 15 actuele cliënten. Soms meer en soms minder, ook afhankelijk van de zorgintensiteit.

Coördinatie van zorg/het management:

De professionals vinden dat er een inhoudelijk deskundige coördinator aanwezig moet zijn die de medewerkers de vrijheid geeft die ze nodig hebben (verantwoording achteraf en bijvoorbeeld een eigen initiatief tot het aanpassen van de werktijden). De coördinator moet naar het hoger management verantwoorden waar de individuele medewerkers mee bezig zijn. De inhoudelijke deskundigheid houdt ook in dat de professionals een leidinggevende hebben op wie ze terug kunnen vallen in geval van knelpunten en die de grote lijnen in de gaten houdt. De verantwoordelijkheid voor het uitzetten van de trajecten ligt bij de uitvoerend bemoeizorger.

Standaardisatie werkprocessen:

Het belang van een werkstandaard werd onderstreept. Er is daarbij aangegeven dat er op dit moment een registratiesysteem in ontwikkeling is specifiek gericht op de bemoeizorg. Dit om een efficiënte manier van registreren en rapporteren te realiseren.

Risico's:

De bemoeizorgers zijn zich zeer bewust van de verschillende risico's die ze lopen. Zowel op het gebied van veiligheid (eerste contact altijd met 2 personen, bij voorkeur bemoeizorgers. Lukt dit niet dan samen met een samenwerkingspartner of politie). De medische risico's en de medische dekking. Het zijn over het algemeen toch medisch geschoolde professionals (SPV-ers) die als enige contact hebben met de zorgmijdende cliënt. Missers zullen voor het tuchtcollege verantwoord moeten worden. Wat betreft de juridische risico's is het ontbreken van een behandelovereenkomst en het overschrijden van de privacyregels van ondergeschikt belang blijkt uit recente jurisprudentie. (bronvermelding)

De overige risico's die benoemd zijn liggen op het terrein van het optimale nabijheid met behoud van distantie. Een ander risico is de normvervaging van de professional door het intensieve contact met de cliënt. Dit is te ondervangen door intervisie, intercollegiale toetsing en rapportage. Volgens een professional is er een gelijk risico op gedragsdeformatie naar de onderkant (doelgroep) als naar de bovenkant (de beleidsmakers) die ook vaak vanuit een stuk eigenbelang oneigenlijke instrumenten inzetten om hun zin te krijgen.

Overlegstructuur:

a) Organisatorisch overleg:

De bemoeizorgers vinden dat het organisatorische overleg tot het absolute minimum beperkt moet blijven. Dit om te voorkomen dat de bemoeizorgers "vergader- of bureautijgers" worden.

b) Cliëntgebonden overleg:

Het belang van de cliëntgebonden overleggen werd in de expertmeetings onderstreept. Er zijn geen verdere nieuwe argumenten naar voren gebracht.

2.3.5. Samenvatting

Zowel in de literatuur als in het veld is men het erover eens dat bemoeizorg zich kenmerkt door een actieve, outreachende en cliëntgerichte werkwijze.

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

De teamsamenstelling is mede afhankelijk van de wijze waarop bemoeizorg organisatorisch is ingebed. In het ene project is er sprake van een kern team met een vaste structuur en aansturing al dan niet binnen een organisatie.

Bij andere projecten is er sprake van een los samenwerkingsverband tussen direct betrokken instellingen. Bij alle onderzochte instellingen heeft het de voorkeur om een zo gevarieerd mogelijke samenstelling van organisaties te kiezen.

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

De coördinatie van de zorg moet op de werkvloer plaatsvinden, dicht bij de cliënt en gericht op het behalen van de gestelde doelen, zo oordelen zowel de professionals als de coördinatoren.

Het management moet zich bij bemoeizorg vooral bezig houden met de randvoorwaarden en het wegwerken van de knelpunten.

Uitvoering van bemoeizorg kent risico's in medische, juridische en professioneel opzicht.

De coördinatoren hebben behoefte aan standaardisatie van werkprocessen zodat er een structuur is waarbinnen de professionals kunnen werken.

Tabel 2.2 Overzicht organisatorische aspecten, zoals genoemd in de diverse informatiebronnen

Benoemde aspecten	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Werkwijze	+	+	+	-	+
Teamsamenstelling	+	-	+	-	+
Overlegstructuur	+	+	+	-	+
Coördinatie van zorg	-	+	+	-	+
Het management	-	+	+	-	+
Risico's	-	+	+	-	+
Werkprocessen	-	-	+	-	+

2.4. Samenwerking

2.4.1. Literatuur

Lohuis (2000, blz. 14 en 15) geeft aan dat veranderingen in de organisatie van de zorg niet het gebrek aan continuïteit in de begeleiding hebben kunnen oplossen. Door een gebrek aan afstemming tussen betrokken instellingen ontbreekt coördinatie van zorg en wordt er te weinig gebruik gemaakt van ieders mogelijkheden. Instellingen weten van elkaar niet welke mogelijkheden en beperkingen zij hebben. Er is geen structuur waarin signalen over

problemen kunnen worden gemeld en afgehandeld. Om dit te voorkomen zal er moeten worden samengewerkt.

▪ Uitgangspunten samenwerking

De behoefte aan samenwerking ontstaat door de complexe problematiek van de cliënten. Hierdoor is de inzet van meerdere disciplines en instellingen noodzakelijk. Daarnaast speelt de differentiatie en verkaveling van de werkvelden een rol. Om deze reden kan geen enkele instelling in zijn eentje aan alle hulp- en zorgbehoeften van de cliënt tegemoet komen. Volgens Hendrix (1998, blz. 12 en 13) ontbreken de coördinatie en samenwerking daarbij. Om te kunnen samenwerken vindt Lohuis (2000, blz. 41) dat organisaties als een open systeem moeten functioneren. Een open systeem kan zich steeds aanpassen aan de omgeving en aan andere instellingen.

Lohuis (2000, blz. 40 en 41) geeft een uiteenzetting over de organisatie en het nut van samenwerking. Volgens hem liggen een Regionaal Centraal Meldpunt (RCM) en Vangnetteam in elkaars verlengde. In het kader daarvan zijn er in overleg afspraken gemaakt over samenwerking.

▪ Organisatie samenwerking

Om adequaat samen te werken zal de zorgbehoefte van de cliënt centraal moeten staan en de meerwaarde van de samenwerking aantoonbaar moeten zijn in de uitvoering.

Lindt (2000, blz. 48) geeft in haar boek aan dat voor het opstarten en verlenen van bemoeizorg gebruik gemaakt kan worden van netwerken. Een netwerk is volgens Hendrix (1998, blz. 51) een groepering van mensen met wie de cliënt min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van zijn dagelijkse levensbehoeften.

Lindt (2000, blz. 48) geeft aan dat er formele en informele netwerken zijn.

Bij informele netwerken gaat het om familieleden, vrienden, bekenden, burens, de bakker, de slager, een regelmatig contact in het park etc.

Onder formele netwerken vallen beroepskrachten van maatschappelijke instellingen, hulpverleners, politiemensen, sociale dienst, woningbouw etc.

De bemoeizorger kan volgens Lindt (2000, blz. 48) binnen het netwerk verschillende rollen aannemen:

- **Netwerklid:** de bemoeizorger is gelijkwaardig aan de andere leden van het netwerk en geeft indien nodig steun aan netwerk en cliënt.
- **Netwerkcoach:** de bemoeizorger geeft advies vanuit zijn professionele deskundigheid om het netwerk te verbeteren.
- **Netwerkmonteur.** De bemoeizorger grijpt in in het netwerk om communicatie weer tot stand te brengen, begrip te kweken en praktische problemen op te lossen.
- **Netwerkbeheerder.** De bemoeizorger neemt de leiding binnen het netwerk en realiseert nieuwe stukjes netwerk door het afstemmen van verschillende diensten op elkaar.

▪ Samenwerkingspartners:

Door Lindt, (2000, blz. 15 en 28), Lohuis (2000, blz. 37), en in het projectplan Arnhem (2000, blz. 2) wordt de volgende opsomming gegeven van de samenwerkingspartners:

- Casemanagement binnen GGZ-instellingen, verslavingszorg, GGD
- Individuele hulpverleners, vanuit maatschappelijk werk,
- Hulpverleners binnen de 1^e lijnszorg, huisartsen,
- Intensieve thuiszorgteams, thuiszorgorganisaties,

- Maatschappelijke opvang,
- Politie , reclassering,
- Woningbouwvereniging , sociale dienst,
- DagActiviteitenCentrum,
- Centraal Meldpunt, de waak-/ crisisdienst

Zij hebben allen bemoeienis met de doelgroep vanuit hun eigen taakstelling. Veel projecten zijn in de ogen van Lindt, (2000, blz. 25) onduidelijk in hun positiekeuze (beperkte of brede taakopvatting). Die onduidelijkheid is niet handig in de samenwerking met andere instellingen. Op die manier blijft het onduidelijk hoever de invloed van bemoeizorg zich uitstrekt.

▪ Randvoorwaarden samenwerking

Lohuis (2000, blz. 40) geeft aan dat instellingen de neiging hebben hun eigen autonomie te beschermen. De bereidheid tot medewerking is pas aanwezig als het henzelf iets oplevert. Een andere voorwaarde voor het samenwerken is het opbouwen van vertrouwen op werkvloerniveau. Op instellingsniveau is dit minder vanzelfsprekend omdat dan factoren als macht en autonomie een belangrijke rol spelen.

Knelpunten in de samenwerking zijn volgens Lohuis (2000, blz. 14 en 15) de indicatiestelling, het aanbodgericht werken, het behandelen van enkelvoudige problemen en het ontbreken van samenwerking tussen instellingen.

▪ Externe overlegstructuur

Hendrix (1998, blz. 79) bepleit een beleidsmatige vergadering over de doelgroep. Hierbij is de inhoudelijke inbreng van de bemoeizorg gewenst voor het verbeteren van de zorg en het afstemmingsbeleid. Een bijkomend voordeel hiervan is dat er een beroep gedaan kan worden op de kennis, ervaring, invloed en relaties van anderen.

Andere externe overleggen in het kader van samenwerking zijn de stedelijke of regionale overlegvormen over verslavingsproblematiek of overlastbestrijding.

Lohuis (2000, blz. 113) geeft de zorgconferentie aan als overlegvorm. Een zorgconferentie van bemoeizorg is een breed samengesteld circuitoverleg waarin de deelnemende organisaties zich beraden over de start van een mogelijk hulpverleningstraject ten behoeve van de doelgroep dak- en thuislozen.

2.4.2. De professionals

▪ Uitgangspunt samenwerking:

Samenwerking wordt door een drietal bemoeizorgers opgevat als middel om te overleggen over de doelgroep van zorgwekkende zorgmijders. Op die manier wordt duidelijk waar iedere organisatie mee bezig is. Zo kan gemakkelijk relevante informatie worden uitgewisseld en kunnen praktische afspraken gemaakt worden tussen de verschillende organisaties.

Vijf respondenten geven aan dat het grote voordeel van samenwerking is dat instellingen en hulpverleners niet langer het gevoel hebben dat ze alleen de last van de lastige cliënt moeten dragen. Door samenwerking wordt het probleem gedeeld en in samenspraak worden de krachten en kennis gebundeld.

Om te kunnen samenwerken zullen de problemen van de cliënt door organisaties serieus genomen moeten worden. Gebeurt dit niet of onvoldoende dan gaat elke organisatie op individuele wijze te werk. Laat een netwerkpartner het dan afweten, bijvoorbeeld door ziekte dan loopt men het risico dat het gehele traject stil komt te liggen.

In het overleg met de partners zal de bemoeizorger inzicht moeten verschaffen in de methodiek en de grenzen aangeven. Zo wordt helder gemaakt wat bemoeizorg wel en niet kan realiseren.

De samenwerking kan ook gebruikt worden om met andere organisaties te bekijken waar de overlap of de hiaten in de hulpverlening zitten. Er kan dan afgesproken worden op welke gebieden wordt samengewerkt en wat door de individuele organisaties wordt opgepakt.

▪ Organisatie samenwerking:

Twee respondenten geven aan dat het noodzakelijk is dat er korte functionele lijnen zijn met vaste aanspreekpunten binnen de organisaties met wie wordt samengewerkt.

Om te kunnen samenwerken is het volgens een bemoeizorger van belang dat er op gelijkwaardig niveau wordt gewerkt.

Om de samenwerking een juridische grondslag te geven hebben in drie gevallen de organisaties onderling convenanten afgesloten zodat er in het gezamenlijk overleg cliëntgegevens besproken mogen worden. Twee andere professionals geven aan dat de gegevensuitwisseling niet geformaliseerd is, maar dat ze de gang van zaken voor zichzelf kunnen verantwoorden omdat het belang van de cliënt voorop staat.

Twee geïnterviewden zijn van mening dat de samenwerkingspartner afhankelijk is van de hulpvraag van de cliënt. Daar proberen ze op te anticiperen door de juiste persoon bij de juiste vraag te vinden.

Drie respondenten onderstrepen het belang om ook als er geen directe aanleiding is contact te houden met belangrijke samenwerkingspartners en hen te blijven informeren over de lopende hulpverleningstrajecten.

▪ Samenwerkingspartners

Alle respondenten geven een overzicht van de samenwerkingspartners. Om het overzichtelijk te houden is hier de keuze gemaakt om de hoofdgroepen van de samenwerkingspartners weer te geven met daarbij steeds enkele voorbeelden.

- Psychiatrie: APZ, RIAGG & RIBW (9)
- Verslavingszorg, ambulante & klinische (7)
- Maatschappelijke opvang, Leger des Heils (4)
- Gemeentelijke instellingen: sociale dienst & GGD (5)
- Maatschappelijk werk (6)
- Politie (5)
- Woningbouwvereniging (5)
- Somatische gezondheidszorg, Algemeen Ziekenhuis, verpleeghuis, huisarts (3)
- Overigen: bewindvoerders, zwakzinnigeninstituut, scholen (4)

Eén respondent gaf aan dat hij in het netwerk de jeugdhulpverlening mist (Advies & Meldpunt Kindermishandeling, bureau Jeugdzorg, jeugdreclassering en Raad voor de Kinderbescherming)

▪ Randvoorwaarden samenwerking:

Bemoeizorgers realiseren zich dat er in de samenwerking sprake is van een wederzijdse afhankelijkheid. Ze achten het daarom van groot belang spanningen in de samenwerking weg te nemen.

Wanneer de samenwerking minder goed verloopt, ligt de oorzaak daarvan vaak bij de afdeling of de verantwoordelijke personen. De kwaliteit van de samenwerking is nog vaak te persoonsafhankelijk.

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de samenwerkingspartners zijn volgens vier respondenten van essentieel belang. In het kader van de continuïteit van het hulpverleningsproces zal de organisatie qua roostering op de samenwerking moeten worden aangepast.

Een probleem waar acht bemoeizorgers tegenaan lopen is de bureaucratie binnen zowel de zorg als de overheid.

De hokjesgeest maakt het professionals moeilijk om buiten de structuren van de eigen organisatie te werken. Ook voor de cliënten is de bureaucratie een probleem. Ze willen volgens drie respondenten wel, maar ze lopen tegen organisatorische problemen aan en worden van het kastje naar de muur gestuurd. Op deze manier haakt de cliënt snel af bij de reguliere hulpverlening.

Alle professionals zijn van mening dat de wachtlijsten in de zorg het belangrijkste knelpunt vormen voor het verlenen van bemoeizorg. Het gevolg hiervan is dat de doelstelling van bemoeizorg, verleden tot zorg en reductie van overlast, onvoldoende wordt gerealiseerd. Het ontbreken van een passend hulpverleningsaanbod is volgens vier professionals een ernstig probleem voor bemoeizorg. Ze geven aan dat er te weinig opvangvoorzieningen zijn. Er is volgens hen een grote overlap van hulpverlenende instellingen, maar men constateert ook hiaten in het hulpverleningsaanbod.

2.4.3. De coördinator:

Een coördinator laat weten dat een belangrijke voorwaarde tot de bereidheid van samenwerking binnen de zorg afhankelijk is van de behoeften die er leven. Als de reguliere hulpverlening frequent aanloopt tegen (individueel) onoplosbare problemen zal er een bereidheid tot samenwerking zijn, ze moeten het als een meerwaarde ervaren.

Deze coördinator verwoordde dat als volgt: *“Dat kun je alleen maar doen door mensen met de situatie te confronteren. Mensen zijn pas bereid om mee te werken als ze zelf problemen of last hebben ervaren, dan willen ze ook samen zoeken naar oplossingen, dan gaan ze er pas in geloven”*.

▪ **Uitgangspunten samenwerking:**

Hoe wordt samengewerkt is volgens twee coördinatoren afhankelijk van enerzijds het van het cliëntenbestand en anderzijds de zorgbehoefte. De bemoeizorg zal inzicht moeten hebben in de mogelijkheden die er zijn binnen de eigen organisatie en binnen andere organisaties.

Volgens drie coördinatoren moet er bij de verschillende samenwerkingspartners een stevige vertrouwensbasis zijn. Zeker als de samenwerking betekent dat men bij elkaar in het registratiesysteem kijkt, is vertrouwen van vitaal belang. Door het nakomen van afspraken en zorgvuldig met de verkregen informatie om te gaan wordt dit vertrouwen bevorderd.

Vier coördinatoren zien als meerwaarde van samenwerking, dat individuele instellingen niet alleen met een moeilijke cliënt opgezadeld worden. Samenwerking leidt tot gedeelde verantwoordelijkheid. Door gebruik te maken van elkaars kennis en deskundigheden is er een grotere kans dat de problemen opgelost worden.

Samenwerking vraagt volgens drie coördinatoren om wederkerigheid bij de deelnemende organisaties. Er zal bij de partijen de bereidheid moeten zijn om te investeren in de relatie. Organisaties moeten gemakkelijk bereikbaar zijn voor de ander en als er tegen praktische problemen aangelopen wordt, zullen daar in onderling overleg praktische oplossingen voor gevonden moeten worden.

Door de hulpverlening in het kader van samenwerking op elkaar af te stemmen, is er volgens een coördinator een minder groot risico dat de cliënt in een hulpverleningsvacuüm terecht komt.

▪ Organisatie samenwerking:

De mate van samenwerking is af te leiden uit de afspraken die onderling gemaakt worden. Bij drie projecten worden casussen doorgesproken met de daarvoor relevante personen. Bij de andere twee projecten wordt meer selectief en op afroep samengewerkt. In beide gevallen geven de coördinatoren wel aan dat het belangrijk is om de andere organisaties op de hoogte te houden van de hulpverleningstrajecten.

Samenwerkingsverbanden of netwerken kunnen volgens twee coördinatoren gebruikt worden als procesbewaker voor de uitgezette trajecten. Dit vraagt om regelmatige terugkoppeling naar de betreffende partijen. Als dat niet gebeurt, haakt het netwerk snel af en kan bemoeizorg niet functioneren.

In elk bemoeizorgproject is de samenwerking anders georganiseerd en geformaliseerd. Het inbedden van bemoeizorg binnen de hulpverlening vraagt om duidelijke afspraken tussen verschillende samenwerkingspartners. Vier coördinatoren wijzen erop dat de samenwerking is geformaliseerd door middel van vaste afspraken en convenanten.

Twee coördinatoren vermelden dat er een scheiding is gemaakt tussen de formele samenwerkingspartners en de instellingen waar “op afroep” gebruik van wordt gemaakt.

▪ Samenwerkingspartners

Alle coördinatoren geven een overzicht van de samenwerkingspartners. Omdat er ook hier sprake is van een grote diversiteit wordt volstaan met een overzicht van de hoofdgroepen:

- Psychiatrie: RIAGG, APZ, RIBW (5)
- Verslavingszorg (4)
- Maatschappelijk werk (2)
- Gemeente, GGD, sociale dienst (5)
- Politie (4)
- Woningbouwvereniging (3)
- Maatschappelijke opvang, Leger des Heils (3)
- Somatische hulpverlening, Algemeen ziekenhuis, huisartsen (3)
- Overige, ouderenwerk, schoonmaakbedrijven

Het is van de regio afhankelijk welke instellingen of organisaties direct bij bemoeizorg betrokken zijn. Als in een regio relevante instellingen in het netwerk ontbreken, dan heeft dat aldus drie coördinatoren ermee te maken dat deze niet de gevraagde zorg kunnen bieden. Deze organisaties zien de meerwaarde van het samenwerken niet. Ook kan het zijn dat eerdere pogingen tot samenwerking stuk liepen op politieke of individuele bezwaren.

▪ Randvoorwaarden:

Vier coördinatoren geven randvoorwaarden aan voor de relatie tussen bemoeizorg en andere organisaties.

Er zal een draagvlak moeten zijn voor bemoeizorg. Dit komt tot uiting in het serieus nemen van bemoeizorg door de reguliere hulpverlening bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van “bedden” en diensten voor bemoeizorg.

De reguliere hulp zal geïnformeerd moeten worden over de werkwijze van bemoeizorg. Een coördinator gaf dat als volgt weer: *“Bij bemoeizorg haal je een doelgroep naar binnen die je normaal niet naar binnen haalt. Het achterliggende stuk dat moet je wel erbij kunnen winnen, anders stagneert het in de voorhoede. Als je achterin geen veranderingen aanbrengt, er middelen in stopt of uitbreiding realiseert dan houdt het verhaal op. Dan heb je er weinig aan”*.

Samenwerking vraagt volgens drie coördinatoren om een goede integratie en harde werkafspraken.

De wachtlijsten worden door vier coördinatoren als belangrijke belemmering genoemd. Het kunnen onderbrengen van een cliënt in de reguliere zorg is het doel van bemoeizorg. Door de wachtlijsten wordt dit bijzonder moeilijk gemaakt.

Vier coördinatoren vinden dat er pas kan worden samengewerkt als iedere hulpverlener of organisatie de verantwoordelijkheid op zich neemt die bij de taakstelling past. Er moet niet met verantwoordelijkheden geschoven worden.

Volgens drie coördinatoren draagt samenwerking ertoe bij dat de werkwijzen van verschillende instellingen op elkaar afgestemd zijn. Er vindt op die manier ontschotting plaats met als resultaat dat het hulpverleningsproces gemakkelijker verloopt. Deze ontschotting is volgens de coördinatoren nodig omdat het hier gaat om een complexe doelgroep waar vele problemen spelen die niet individueel door één organisatie of hulpverlener opgelost kunnen worden. Ontschotting houdt in dat de hulpverlener over de grenzen en mogelijkheden van de eigen organisatie durft te gaan.

Een probleem in de samenwerking kan het ontoereikende aanbod aan voorzieningen zowel binnen de eigen organisatie als in de regio zijn.

▪ Externe overlegstructuur

Drie coördinatoren geven aan dat het externe overleg dat bemoeizorg heeft vooral aan de grote lijnen ingewijd. Bij concrete situaties wordt nauwelijks stilgestaan, knelpunten worden besproken en beoogd wordt nieuwe werkafspraken te maken.

De frequentie van de verschillende overlegvormen verschilt. Één coördinator benoemde dat de frequentie afhankelijk is gemaakt van de behoefte van het moment.

Eén coördinator ging in op de behoefte aan extern overleg voor de individuele medewerkers: *“Dat is gewoon een vereiste voor het verlenen van bemoeizorg. Anders heb je geen netwerk, dan is het een sociale kaart van telefoonnummers die je af en toe kiest. Daar kun je niet van op aan. Ze zullen ook nooit in die zin op die manier voor jou werken dat het ook meteen hout snijdt en dat is bij een problematiek waar wij voor staan noodzakelijk dat er wel iets gebeurt. Dus is dat gewoon een onoverkomelijk kwaad dat je dat moet blijven doen”.*

2.4.4. Expertmeeting

In de expertmeetings is het belang van de samenwerking nogmaals benadrukt. Zonder samenwerking is bemoeizorg onmogelijk.

Rond de organisatie van de samenwerking werd nogmaals aangehaald dat in het geval van conflict van rollen het belang van de cliënt voorop staat. De door de bemoeizorg gemaakte keuzes (schending privacyregels, toepassen drang etc.) op deze manier verantwoorde kunnen worden.

De genoemde samenwerkingspartners worden breed herkend, aangevuld met medisch-somatische professionals/organisaties.

Met betrekking tot de randvoorwaarde wordt aangegeven dat de klinisch ingestelde psychiaters (die niet specifiek voor de bemoeizorg kiezen) als een belemmerende factor voor samenwerking gezien worden. Deze groep specialisten vindt het blijkbaar moeilijk om de (medische) verantwoordelijkheid te nemen. Ideaal zou zijn een vaste psychiater in dienst of ten dienste van de bemoeizorg die zich ook in de werkwijze van de bemoeizorg thuis voelt. De externe overlegstructuur wordt vooral in het informele circuit als onontbeerlijk beschouwd. Het formele moet tot het noodzakelijke beperkt blijven, maar het informeel ergens binnen lopen en koffie drinken is een absolute vereiste om informatie te verzamelen en de samenwerking gestalte te geven.

2.4.5. Samenvatting

De uitgangspunten voor de samenwerking die zowel in de literatuur als in de interviews zijn benoemd hebben betrekking op de complexiteit van de doelgroep. Hierdoor is het noodzakelijk om samen te werken. Organisaties en hulpverleners lopen vast op de tekortkomingen van de doelgroep, de bureaucratie, instellingsbelangen en de wachtlijsten. Om deze problemen het hoofd te kunnen bieden zal er in netwerkverband samengewerkt moeten worden. Deze netwerken bestaan uit verschillende samenwerkingspartners die per regio kunnen verschillen. De belangrijkste samenwerkingspartners komen uit de 1e lijns gezondheidszorg, de psychiatrie, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk, gemeenten en ordehandhavers als politie en justitie.

Aan deze samenwerking worden randvoorwaarden gesteld vanuit bemoeizorg. Deze zijn ontschotting van de hulpverlening, duidelijke werkafspraken, al dan niet geformaliseerd en het aangeven van de grenzen en mogelijkheden van bemoeizorg.

Een duidelijke overlegstructuur is noodzakelijk. Het overleg kan cliëntgericht zijn maar kan zich ook hoger in de organisatie, waar de hoofdlijnen worden uitgezet, worden gevoerd.

Tabel 2.3 Overzicht aspecten van samenwerking, volgens de diverse informatiebronnen

Benoemde aspecten	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Uitgangspunten	+	+	+	-	+
Organisatie	+	+	+	-	+
Samenwerkingspartners	+	+	+	-	+
Randvoorwaarden	+	+	+	-	+
Externe overlegstructuur	+	-	+	-	+

Hoofdstuk 3 De methodiek van bemoeizorg

3.1. Inleiding

De methodiek van bemoeizorg is bedoeld om hulpverleners aansluiting te laten vinden bij zorgwekkende zorgmijders. De methodische principes die worden toegepast zijn afkomstig uit de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en het maatschappelijk werk.

3.1.1. Visie

In de literatuur (o.a. Lindt 2000, blz. 25) en de interviews komen twee verschillende visies naar voren:

- a) Bemoeizorg werkt alleen met cliënten die nog enige bemoeienis hebben met een soort van opvang. Men heeft niet de mogelijkheid (vaak door gebrek aan geld en personeel) om actief te traceren. Als het al moeilijk is om een cliënt in zorg te houden lukt het nog minder om die cliënt te verleiden omdat er bij deze cliënt alweer een traject is misgegaan. Een nog langere adem is gevergd om die cliënt weer tot zorg te verleiden.
- b) Het hebben van contact met de reguliere zorg is juist een exclusiecriteria. Men gaat alleen met cliënten in zee als deze geen bemoeienis (meer) hebben met de reguliere zorg. Als een cliënt nog wel contact heeft met een hulpverlener zal de bemoeizorger met deze persoon of instelling contact opnemen en de instelling wijzen op diens (behandel)verantwoordelijkheid.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van de tweede visie.

3.1.2. Opbouw hoofdstuk

In de volgende paragraaf (3.2) wordt eerst ingegaan op de uitgangspunten die aan de methodiek ten grondslag liggen. Hierbij wordt er ingegaan op de aanleiding voor een eigen methodiekontwikkeling en wordt de doelgroep met de inclusie en exclusiecriteria beschreven. Vervolgens wordt er ingegaan op de werkinhoudelijke aspecten als toepassen van drang en dwang. Daarna wordt de verhouding tussen cliënt- en netwerkgebonden werken, het werken met bemoeizorg- en reguliere cliënten en de verhouding tussen cliëntcontacten en netwerkcontacten weergegeven. Ten slotte wordt er ingegaan op de beoogde resultaten en op de registratie en evaluatie.

Lohuis (2000, blz. 113) omschrijft verschillende fasen van een bemoeizorgtraject. Ook in de onderzochte projecten wordt structureel een methodiek gehanteerd bestaande uit een drietal fasen: de voorbereidingsfase (I), de contactfase (II) en de afrondingsfase (III). Hieronder wordt aangegeven wat onder elke fase verstaan wordt.

I. De voorbereidingsfase:

- a) Aanmeldingsfase c.q. traceren van de cliënt. Belangrijkste doel is hier in contact te komen met de zorgwekkende zorgmijder;
- b) Vooronderzoek bestaande uit een screening van de situatie en de beschikbare gegevens. Wat speelt er bij deze cliënt, wie hebben er bemoeienis mee, waar zou de cliënt gevoelig voor kunnen zijn?

- c) Contact zoeken met de cliënt: het actief, outreachend benaderen van de cliënt en het opbouwen van een werk- en vertrouwensrelatie;

II. De contactfase:

- d) De uitvoeringsfase: het daadwerkelijk contact hebben en houden met de cliënt;
e) Is het contact eenmaal gerealiseerd dan kan de bemoeizorg de cliënt doorverwijzen naar de reguliere hulpverlening.

III. De afrondingsfase:

- f) De doorgeleidings- en afrondingsfase: de overdracht of afsluiting van een contact.
g) Evaluatiefase: zowel de tussentijdse als de eindevaluatie zijn van belang om de voortgang te bewaken en correcties in werkwijze en benadering door te kunnen voeren.

Een professional verwoordde het bemoeizorgproces als volgt:

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

3.2. Uitgangspunten en beoogde resultaten

3.2.1 Literatuur.

a) Aanleiding

Hendrix (1998, blz. 46) geeft aan dat een vraaggerichte manier van werken en bemoeien paradoxale handelingen lijken. Juist de combinatie van beide zijn wezenlijke ingrediënten van bemoeizorg. Dat is een van de redenen waarom bemoeizorg vraagt om een eigen attitude en methodiek.

Lohuis (2000, blz. 39) en Lindt (2000, blz. 19) beargumenteren het hanteren van een bemoeizorgmethodiek als volgt:

“het ontwikkelen van een methodiek stelt de hulpverleners in de OGGz in staat om aansluiting te krijgen bij mensen die lijden aan ernstige sociale-, psychiatrische- en/of verslavingsproblemen”.

Door deze combinatie zijn de ontstane problemen volgens Lohuis (2000, blz. 27) zo indringend dat de druk op de individuele hulpverlening te groot is om daadkrachtig op te treden bij deze groep mensen. Hierdoor treedt er vaak een toestand van zorgverlamming op. Voor het ontstaan van die zorgverlamming noemt Lindt (2000, blz. 28) de volgende oorzaken:

- Te weinig voorzieningen voor opvang;
- Te weinig knowhow bij hulpverleners van psychiatrie en verslaving;
- Te weinig betrokkenheid en verantwoordelijkheid bij instellingen;
- Te weinig personeel om alle (overlast-)cliënten op te vangen;
- Onvoldoende regie of structuur in de opvang;
- Onvoldoende zicht op behoeften van cliënten en hoe die behoeften worden vervuld.

Deze knelpunten werken belemmerend in de ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem voor de doelgroep van bemoeizorg.

Ook door de grote differentiatie in het aanbod binnen de reguliere hulpverlening is het volgens Lindt (2000, blz. 24) voor de zorgwekkende zorgmijder met hun breed uiteenlopende problematieken moeilijk om de zorg te krijgen die ze nodig hebben.

b) De doelgroep

De voormalige Minister van VWS, minister Borst geeft in haar kabinetsstandpunt een definitie van de zorgwekkende zorgmijder. Volgens haar gaat het om mensen die: *“gezien hun omstandigheden zorg of opvang nodig hebben. Maar om de een of andere reden geen of onvoldoende gebruik maken van het bestaande aanbod aan zorg- en opvangvoorzieningen. Het gevolg hiervan is dat hun maatschappelijk functioneren en welbevinden beneden een maatschappelijk aanvaardbaar niveau raakt of dreigt te raken”*. (in Hendrix 1998, blz. 11)

Meerdere auteurs geven een definitie van de doelgroep van bemoeizorg.

Lindt (2000, blz. 31) schrijft hierover: *“het gaat om chronische cliënten die door de reguliere hulpverlening niet of nauwelijks bereikt worden. Hun problematiek is meervoudig complex met raakvlakken op het terrein van onder andere de gezondheidszorg (geestelijk en somatisch), welzijn en openbare orde”*.

Volgens Hendrix (1998, blz. 14) gaat het om mensen met handicaps die chronisch zijn en bij wie de kans op genezing zo goed als uitgesloten is.

In het projectplan van Welzijn Arnhem (2000, blz. 1) staat dat de cliënten volgens de bij de reguliere hulpverlening geldende criteria niet gemotiveerd zijn. Het gaat in de ruimste zin om mensen die van geen enkele vorm van zorg voorzien zijn.

De problematieken bij de doelgroep manifesteren zich volgens Hendrix (1998, blz. 5) op verschillende niveaus:

- Persoonlijk niveau (eenzaamheid, depressiviteit, verslaving, thuisloosheid),
- Gezinsniveau (belasting voor kinderen, partners, ouders, vrienden, bekenden etc.),
- Omgeving (overlast door onaangepast gedrag).

Inclusiecriteria

Lindt (2000, blz. 20) geeft indicatiecriteria voor de doelgroep van bemoeizorg:

- Volwassenen met psychotische stoornissen, die zorgmijdend zijn, dat wil zeggen geen of afgebroken contact met de hulpverlening hebben.
- Ze kampen met verwaarlozing, vervuiling of andere ernstige problematiek die overlast bezorgt aan hun sociale omgeving.
- Een sociaal netwerk ontbreekt of is zeer beperkt.

c) Drang en dwang

Volgens Lohuis (2000, blz. 100 en 101) is het toepassen van drang en dwang een leidend motief om een bemoeizorgtraject van de grond te krijgen. Op die manier wordt de cliënt in staat gesteld de eigen waardigheid te herwinnen door het eigen sturend vermogen zo veel mogelijk intact te laten of te vergroten.

Het is volgens Berghmans (1992, blz. 17) de keuze van een hulpverlener om op een gegeven moment met dwang in te grijpen in het leven van een cliënt. De hulpverlener moet zich wel realiseren dat het toepassen van dwang vaak schadelijke gevolgen heeft voor de cliënt. Anderzijds kan de keuze om niet in te grijpen tot gevolg hebben dat een cliënt zichzelf verwaarloost en geen zorg ontvangt.

Lohuis (2000, blz. 97) geeft aan dat bij bemoeizorg de hulpverlener er in principe vanuit gaat dat er geen medewerking is van de betrokkene op het moment dat er contact wordt gelegd. Er wordt bij deze vorm van hulp met gevolgen “gedreigd” (dwang) of keuzen voorgehouden waar iemand uit moet kiezen (drang).

Berghmans (1992 blz. 24-25) geeft een onderscheid tussen drang en dwang aan: *“Dwang toepassen betekent dat de hulpverlener een maatregel neemt die de cliënt slechts kan accepteren. Het overkomt de cliënt. De cliënt heeft geen enkele inbreng of keuzemogelijkheid. Er is geen ruimte meer voor discussie. Dwang heeft een negatieve lading. Het toepassen van drang heeft meer het kenmerk van manipulatie. Er wordt wel keuzeruimte geboden, maar van een echte keuze is zelden sprake”*.

Als er een keuzemogelijkheid is, gaat de voorkeur van Berghmans uit naar het toepassen van drang.

d) Resultaten

Alleen Lindt (2000, blz. 13) geeft een cijfermatige onderbouwing van de resultaten van bemoeizorg. Ze is van mening dat bemoeizorg aantoonbaar resultaat heeft. Ze geeft aan dat in 80 tot 90% van de aangemelde gevallen er binnen 2 tot 3 jaar contact wordt gemaakt dat leidt tot het op gang brengen van hulpverlening. Bemoeizorg werkt drempelverlagend zodat het voor veel cliënten de weg naar de hulpverlening effent.

Om bemoeizorg te kunnen beoordelen vanuit het oogpunt van de deelnemers zal er volgens Lindt (2000, blz. 45) gekeken moeten worden naar de volgende criteria:

- Diens tevredenheid over de aanpak van de bemoeizorger;
- De manier waarop de verwijzer omgaat met de cliënt of diens afwijkende gedrag;
- Adequate participatie van de hulpverlening oftewel de actieve deelname aan het vangnet en een passende omgangsvorm met de cliënt.

e) Werkzaamheden bemoeizorger

De werkzaamheden van bemoeizorg zijn in twee groepen onder te verdelen:

- Het verrichten van bureauwerkzaamheden (veel telefonisch overleg, veel dossiers uitspitten om zo informatie boven water te krijgen).
- Het cliëntgerichte werk vanaf het contact zoeken tot en met het beëindigen van de werkrelatie.

f) Registratie en evaluatie

Lindt (2000, blz. 37) geeft de doelstelling en functies van de rapportage aan. Naar haar mening kan de bemoeizorg alle gegevens van het maatschappelijk steunsysteem systematisch vastleggen in een eigen geautomatiseerde administratie. Op die manier ontstaat er een overzicht van alle contacten. Dit overzicht heeft dan als functie dat helder wordt wie onderdeel uitmaken van het netwerk/systeem.

Voor een adequate samenwerking en snelle informatie-uitwisseling zou elektronisch communiceren handig zijn. De wettelijke regels over privacy staan dat evenwel niet toe. Gezien de behoefte wordt er volgens Lindt (2000, blz. 37) gewerkt aan een administratief systeem ten dienste van deze zorgvorm.

In het projectplan van bemoeizorg Arnhem (2000, blz. 2) wordt aangegeven dat het de bedoeling is om aan de hand van de registratiegegevens een jaarlijks een evaluatie te laten plaatsvinden van het aantal bereikte en met resultaat geholpen zorgwekkende zorgmijders. Omwille van deze evaluatie houden de hulpverleners een trajectdossier bij per deelnemer waarin alle acties, contacten en resultaten worden geregistreerd.

3.2.2. Professionals:

a) Aanleiding:

Het voordeel van de werkmethode bemoeizorg is volgens de professionals (4) dat er echt zorg op maat geleverd kan worden. De professional heeft naar hun mening de tijd om uit te zoeken wat die "maat" nu precies is.

Het werkt naar hun mening prettig als iemands hulp precies naar eigen wens kan worden ingevuld. Nadeel is dat de bemoeizorger het risico loopt snel verantwoordelijkheden van de cliënt over te nemen waardoor mensen hospitaliseren en minder autonoom zijn.

De doelstelling van bemoeizorg is volgens drie geïnterviewden het opzetten van een netwerk van hulpverlenende instellingen waarin constructief wordt samengewerkt. Op basis van deze samenwerking kan er een (lange termijn) traject uitgezet worden voor de zorgmijdende cliënt. Het ultieme doel van bemoeizorg is volgens één professional om de cliënt uit het project te krijgen.

b) De doelgroep:

De doelgroep van bemoeizorg bestaat volgens drie professionals uit personen die:

- Zelf geen hulp willen;
- Zelf geen hulp vragen;
- Op een inadequate manier hulp vragen waardoor ze niet geholpen worden.

Bemoeizorgcliënten zijn naar de mening van één respondent niet in alle gevallen chronisch ziek, ze zijn in de regel wel chronisch hulpbehoevend. Een geïnterviewde verwoordde dit als volgt: " *Het is niet waarschijnlijk dat een bemoeizorgcliënt een burger kan worden die geheel zonder zorg kan*".

Door twee respondenten wordt het sociaal breakdown syndroom als kenmerkend voor de doelgroep genoemd. Zij verstaan hieronder dat de cliënten niet meer voldoen aan de verwachtingen die door hun omgeving aan ze gesteld worden. Langzaam worden de verwachtingen minder en op een gegeven moment is het zo dat niemand nog contact met deze cliënt opneemt. Dat is naar hun mening de oorzaak van een beperkt sociaal netwerk.

In de interviews werd de problematiek van de doelgroep als volgt benoemd:

- Psychische problematiek;
- Verslavingsproblematiek;
- Financiële problematiek;
- Sociaal netwerk problematiek.

Naar de mening van drie professionals speelt bij met name verslaving ook vaak persoonlijkheidsproblematiek een rol. Vaak gaat het dan om dubbele diagnose cliënten.

In één project wordt aangegeven dat de doelgroep in tweeën te verdelen is:

- a) De zichtbare zorgwekkende zorgmijders (op straat overlast veroorzakende zwervers of dak- en thuislozen)
- b) De niet zichtbare zorgwekkende zorgmijders (mensen die thuis zitten te verpieteren, waar nooit iemand over de vloer komt en die fors vervuilen en verloederen)

De professionals noemden in de interviews op basis van een aantal kenmerken van de doelgroep de in- en exclusiecriteria voor bemoeizorg.

Inclusiecriteria

Om als cliënt voor bemoeizorg in aanmerking te komen worden er criteria gesteld. In de interviews werden de volgende genoemd.

Het gaat om mensen die:

- Zorgmijdend zijn, dus geen of een afgebroken contact met de hulpverlening hebben (2);
- Slecht voor zichzelf zorgen, bijvoorbeeld vanwege een dubbele diagnose problematiek.
- Soms is er ook nog sprake van criminaliteit, ernstige fysieke handicaps, verwaarlozing, vervuiling of andere ernstige problematiek (4).
- Een bepaalde mate van overlast bezorgen aan hun sociale omgeving (3);

Bij twee projecten is het dak- en thuisloos zijn een voorwaarde om voor bemoeizorg in aanmerking te komen. Mensen die nog over een eigen woning beschikken voldoen niet aan de criteria.

Exclusiecriteria

In een aantal gevallen komen mensen niet voor bemoeizorg in aanmerking. De genoemde exclusiecriteria zijn:

- Mensen die al contacten met de reguliere zorg hebben. Die worden doorverwezen of daarvan worden de banden met reguliere hulpverlening aangehaald of hersteld. (3)
- Mensen met ernstige agressie (2)
- Mensen onder de 18 jaar worden doorverwezen naar jeugdzorg. Bemoeizorg mag daar zelfstandig geen hulpverleningstraject voor uitzetten. Bemoeizorg valt over het algemeen onder volwassenenzorg. (2)

c) Bemoeizorg cliënten versus reguliere cliënten

In de dagboeken is gevraagd in welke verhouding de professionals zich met bemoeizorgcliënten danwel met reguliere cliënten bezig houden. De resultaten hiervan staan in tabel 3.1 weergegeven.

Tabel 3.1 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

Uit deze tabel valt af te leiden dat de meerderheid van de bemoeizorgers zich voor het grootste deel van hun tijd bezig houden met bemoeizorgcliënten (17 van de 21 respondenten). De verschillen zijn terug te voeren op de verschillende uitgangspunten die in de projecten worden gehanteerd. De projecten waarin de keuze is gemaakt om de hulpverleners alleen bij bemoeizorg onder te brengen scoren naar verwachting alle in de categorie 80-100%. Bij de projecten waarbij de hulpverleners zowel bemoeizorgcliënten als reguliere cliëntcontacten hebben is het opvallend dat de randstedelijke projecten hoger scoren op de reguliere cliënten dan op de bemoeizorgcliënten.

d) Outreachings aanpak versus bureauwerk

Om inzicht te krijgen in de tijdsbesteding van professionals is hen gevraagd om in de dagboeken bij te houden hoe de verhouding tussen de tijd, besteed aan outreachend

cliëntgericht werken en aan bureauwerk eruit ziet. De resultaten hiervan worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 3.2 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

76% van de bemoeizorgers denkt meer dan 50% van hun tijd te besteden aan outreachende activiteiten. In de praktijk blijkt dit echter anders te liggen.

In tabel 3.3. wordt aangegeven hoeveel tijd de bemoeizorgers in de praktijk daadwerkelijk aan cliëntcontacten en bureauwerk hebben besteed. Hier is per project beschreven hoe deze werkvormen zich tot elkaar verhouden.

Tabel 3.3. 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
	Cliëntcontact	166	33,2	49,4
	Totaal	333	66,6	100
N/M Limburg (6)	Bureau	277	46,2	55,7
	Cliëntcontact	223	37,2	44,3
	Totaal	500	83,4	100
Arnhem (4)	Bureau	183	45,8	71,6
	Cliëntcontact	72	18,0	28,4
	Totaal	255	63,8	100
Bouman (2)	Bureau	53	26,5	40,8
	Cliëntcontact	77	38,5	59,2
	Totaal	130	65	100
Parnassia (4)	Bureau	186	46,5	65,5
	Cliëntcontact	98	24,5	34,5
	Totaal	284	71,0	100
Totaal	Bureau	866	41,2	57,66
	Cliëntcontact	636	30,3	42,34
	Totaal	1502	71,5	100

Wat opvalt is dat bij 3 instellingen het aandeel van directe cliëntcontacten en bureaucontacten ongeveer 50% is. In de bemoeizorgprojecten van Arnhem en Parnassia is het aandeel van het bureauwerk respectievelijk ca. 75% en 66%. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in deze projecten de bemoeizorgers een duobaan hebben. In het project te Arnhem zijn de

medewerkers gedetacheerd vanuit de deelnemende organisaties, bij Parnassia zijn de bemoeizorgers ondergebracht bij de afdeling preventie waardoor hun status niet altijd duidelijk is. Het zou kunnen zijn dat dit van invloed is op de directe cliëntcontacten bijvoorbeeld omdat men minder flexibel kan zijn in de tijdsindeling.

Concluderend kan gesteld worden dat de bemoeizorgers meer tijd aan bureauwerkzaamheden besteden dan ze zelf inschatten. De verhouding cliëntcontact – bureauwerkzaamheden dient dus expliciet bewaakt te worden om te voorkomen dat het directe contact met de doelgroep – een essentieel element van de methodiek- verloren gaat.

e) Cliëntcontact versus netwerkcontact

In tabel 3.4 staat aangegeven hoe de bemoeizorgers denken de beschikbare tijd te verdelen over directe cliëntcontacten en contacten met het netwerk.

Tabel 3.4 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

Hieruit kan worden afgeleid dat 85% van de bemoeizorgers denkt dat ze meer dan de helft van hun tijd besteden aan directe cliëntcontacten. De overige 15% van de hulpverleners denkt meer dan 50% van de tijd te besteden aan het onderhouden van het netwerk.

In de dagboeken zelf is dit niet expliciet onderzocht en kan derhalve niet worden nagegaan in hoeverre deze inschatting juist is.

f) Resultaten:

Twee professionals geven aan dat door de resultaten van bemoeizorg inzichtelijk te maken, aan zowel de opdrachtgevers als aan de samenwerkingspartners verantwoord kan worden wat bemoeizorg doet en welke doelen ze nastreven.

Door het regelmatig verschaffen van inzicht over de methodiek bemoeizorg en het frequent terugkoppelen van resultaten kan het tot een nauwe samenwerking tussen verschillende instellingen komen.

g) Werkzaamheden bemoeizorger

Vanuit de interviews met de professionals komt naar voren dat de werkwijze per project sterk kan variëren omdat dit afhankelijk is van de plaats waar het project is ondergebracht. Voor een verdere toelichting hierop verwijs ik naar paragraaf 2.3.2 op blz. 17.

h) Registratie en evaluatie

Het is volgens vier bemoeizorgers belangrijk om een reflectieplek te hebben voor het eigen functioneren. Dit is onder meer te bereiken door een accurate manier van registreren. De bemoeizorger moet daar dan ook de tijd voor nemen.

Het is zowel voor de verantwoording van het hulpverleningsproces als voor de continuïteit van zorg van belang om de belangrijkste gegevens van de cliënt systematisch te registreren (5). Op basis van deze registratie wordt een zorgplan opgesteld waarin kort de problematiek van de cliënt wordt weergegeven.

Ook is het van belang om aan te geven hoe de cliënt en hoe ziet de hulpverlening het probleem ziet.

De rapportage kan gebruikt worden bij de evaluatie van de resultaten zijn en bij de overdracht naar de reguliere zorg.

Zes bemoeizorgers geven aan dat van de cliënten die bemoeizorg krijgen de informatie alleen inzichtelijk voor de bemoeizorgers en niet voor de samenwerkingspartners is. *“Dit is wel dubbel omdat de bemoeizorger wel inzage van andere organisaties vraagt”*.

Een professional gaf als reden hiervoor aan dat de problematiek van bemoeizorgcliënten nog wel eens als sensationeel wordt beschouwd door de reguliere hulpverlening. Het heeft dan meer met nieuwsgierigheid te maken dan met professionele interesse.

De ingewonnen informatie moet cliëntinhoudelijk zijn en voor bemoeizorg nuttig. Dit legitimeert volgens een bemoeizorger het feit dat de privacy van de cliënt niet altijd voorop staat.

Het dilemma van informatie-uitwisseling is door een bemoeizorger aan de registratiekamer in Den Haag voorgelegd. Men heeft laten weten dat dit werk gedaan moet worden en niet door de wet belemmerd mag worden.

Onderling wordt op persoonlijke titel wel informatie tussen verschillende hulpverleners en organisaties uitgewisseld, het mag officieel niet, maar in het kader van de samenwerking gebeurt het wel.

3.2.3. Coördinatoren:

a) Aanleiding;

Met het vaststellen van een methodiek wordt volgens twee coördinatoren beoogd te bevorderen dat cliënten op de juiste manier op de juiste plaats binnen een organisatie binnen stromen. *“Deze doelgroep laat zich moeilijk in stroomschema's vangen waardoor cliënten zich vaak op de verkeerde plaats bij een organisatie melden”*.

b) Doelgroep:

Vier coördinatoren geven aan dat zij een cliënt niet overnemen als zij vaststellen dat een cliënt nog bij een andere organisatie in zorg is. Ze kijken wel samen met die organisatie wat er gedaan kan worden om het contact te herstellen. Dit wordt dan gedaan door de problematiek door te spreken met de betreffende instelling en te bekijken wat er mis is gegaan. Op die manier kunnen ze de zorg weer overnemen.

c) Verhouding outreachende / cliëntgebonden werkzaamheden en bureauwerk

Een coördinator geeft aan dat men uitgaat van een verhouding 60 – 40: 60% direct cliëntgebonden contacten en 40% bureauwerk. Twee coördinatoren geven aan dat bureauwerk voor de bemoeizorger een noodzaak is, waaraan niet valt te ontkomen. Er moet veel gerapporteerd, geregeld, overlegd en getelefoneerd worden. Tijdwinst is te boeken door bijvoorbeeld het gebruik van mobiele telefoons zodat men direct in het veld de vereiste contacten kan leggen.

d) Verhouding cliëntcontact / netwerkcontact

Een coördinator geeft aan dat de bemoeizorger grofweg 50% van zijn tijd besteed aan cliëntcontacten en 50% aan netwerkcontacten.

Van die 50% cliëntcontacten gaat ongeveer 20% in het maatschappelijk systeem rondom een cliënt zitten. De overige 30% wordt aan de cliënt zelf besteed in de vorm van outreachend gerichte werkzaamheden.

Van de 50% netwerkcontacten gaat 25% van de tijd zitten in het pure netwerkgericht werken, het zicht houden op het nakomen van gemaakte afspraken.

De andere 25% gaat zitten in het onderhouden van de netwerken, vaak door middel van informele contacten.

Deze verdeling is volgens deze coördinator minimaal noodzakelijk voor het bieden van adequate bemoeizorg.

e) Registratie en evaluatie

De rapportage is volgens twee coördinatoren niet alleen van belang voor het up-to-date houden van de informatie, maar biedt coördinatoren ook de mogelijkheid om de uitvoeringsprocessen te kunnen volgen.

f) Resultaten

De resultaten van bemoeizorg zijn volgens twee coördinatoren af te leiden uit het aantal mensen die zijn toegeleid naar de reguliere zorg. Daarnaast kan de effectiviteit van bemoeizorg afgeleid worden uit het aantal contacten dat kan worden afgesloten omdat het echt goed gaat met deze mensen.

Eén coördinator benoemde het werk van de bemoeizorgers als volgt: *“Het mooiste is als deze cliënten aangeven dat ze gemerkt hebben dat ze in iets bijzonders verzeild zijn geraakt”*.

Wat voor bemoeizorg haalbaar is hangt naar de mening van twee coördinatoren af van het netwerk waarbinnen bemoeizorg zich bevindt. *“Is er een groot netwerk dan kan de professional 30 tot 40 cliënten begeleiden. Op het moment dat het netwerk kleiner is of ontbreekt heeft de professional zijn handen vol aan 10 cliënten”*.

3.2.4. Expertmeeting

Bij de uitgangspunten wordt door de experts de volgende aanvulling gegeven. Het uit het zicht blijven van de reguliere hulpverlening dekt de lading niet helemaal wat betreft het zorgmijgend zijn van de cliënt. Naar hun mening is het door de reguliere hulpverlening uitgestoten worden ook een motief waarom mensen zorgmijgend worden. De reguliere hulpverlening is in veel gevallen niet ingesteld op deze doelgroep.

Het benoemen van cijfers ten aanzien van aantallen cliënten die per tijdseenheid gezien moeten worden heeft als nadeel dat dit neigt naar uitgangspunten van de reguliere hulpverlening met als risico dat het eigen karakter van de bemoeizorg, zoals het tijd nemen om een vertrouwensrelatie op te bouwen teniet wordt gedaan. Wel wordt aangegeven dat het grootste deel van de getraceerde cliënten (>80%) binnen 2 jaar in een regulier hulpverleningstraject zit of heeft gezeten/afgerond.

Wat betreft het toepassen van drang en dwang vinden de professionals dat in eerste instantie geprobeerd moet worden om de cliënt vrijwillig aan het uitgezette traject te laten deelnemen. Lukt dit niet dan kan over gegaan worden op drang en mocht dat ook geen effect resulteren dan kan de dwangmaatregel toegepast worden.

De behoefte aan contact met jeugdzorg is groot. De bemoeizorg schuift de cliënt niet af, maar wijst de verantwoordelijke instanties, het netwerk en/of de ouders op diens verantwoordelijkheden.

Verder worden de punten die eerder genoemd zijn breed gedragen door de experts.

3.2.5. Samenvatting

Aanleiding voor het opstellen van een methodiek bemoeizorg is het vinden van aansluiting bij een doelgroep die anders uit het zicht van de reguliere hulpverlening blijft.

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

De problemen zijn zodanig complex dat de individuele hulpverlener of instelling ze niet alleen kan oplossen. Bij het onderdeel organisatie werd al aangegeven dat dit vraagt om een samenwerkingsmodel.

De bemoeizorg kent nauwelijks beperkingen aan de “voorkeur”. Men gaat in principe met alle aangemelde cliënten aan de slag. Een voorwaarde is wel dat de cliënt geen contact meer heeft met de reguliere hulpverlening. Extreem agressieve of te jonge cliënten worden uitgesloten. In deze laatste gevallen wordt een oplossing gezocht door de betreffende instellingen op hun verantwoordelijkheden te wijzen en zorgen de bemoeizorgers ervoor dat de contacten op die manier tot stand komen. In het geval van agressie is het aan politie/justitie om de eigen verantwoordelijkheid te nemen.

De contacten bestaan voor het grootste deel uit specifieke bemoeizorgcliënten. In geval van een gecombineerde baan zal er ook sprake zijn van contacten met reguliere, niet zorgmijdende, cliënten.

De bemoeizorg wordt geacht zoveel mogelijk outreachend bezig te zijn, op straat, in het netwerk en niet vanachter een bureau. In theorie deelt men dit, in de praktijk moet de bemoeizorg ervoor waken geen “reguliere” bureauhulpverlener te worden.

De bemoeizorg zelf is voor het grootste deel van de tijd in het “veld”, bij de cliënt of in het netwerk.

In de verhouding tussen de contacten met de cliënt en het netwerk slaat de balans door naar het cliëntcontact. Er is meer contact direct met de cliënt dan met het netwerk rond de cliënt.

Bemoeizorgers stellen hoge eisen. Men verwacht binnen een termijn van een aantal jaren een groot deel van de aangemelde cliënten te kunnen verwijzen naar de reguliere hulpverlening. Om deze ogenschijnlijk lange termijn te kunnen verantwoorden bij de subsidiënt /opdrachtgever en de samenwerkingspartners zal inzichtelijk moeten worden gemaakt waar bemoeizorgers mee bezig zijn. Een expliciete methodiek kan hun werkwijze staven. Ook rapportage is daarbij van belang. De bemoeizorg maakt met behulp van rapportage inzichtelijk met welk proces hij bezig is en in welk stadium het proces zich bevindt. Ook voor de coördinator/leidinggevende is rapportage van belang om overzicht te houden over de activiteiten van de individuele medewerker.

Tabel 3.5 Samenvatting uitgangspunten methodiek bemoeizorg per bron

	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Aanleiding	+	-	-	-	+
Doelgroep	+	+	+	-	+
Drang & dwang	+	-	+	-	+
Bemoeizorg – reguliere zorg	-	-	-	+	+
Cliëntgebonden – bureauwerk	-	-	+	+	+
Cliëntcontact – netwerkcontact	-	-	+	+	+
Resultaten	+	+	+	-	+
Rapportage	+	+	+	-	+

onevenredig veel tijd in het rapporteren gaat zitten.
Het verdient de voorkeur dat de bemoeizorger tijdens het werk korte aantekeningen maakt en die nog aan het einde van dezelfde dag in een (geautomatiseerd) systeem uitwerkt.

3.3. De uitvoering

3.3.1. Literatuur:

I. Contactfase

a) Aanmelden / traceren

Er worden in de literatuur twee mogelijkheden genoemd voor de bemoeizorg om met de zorgmijdende cliënt in aanraking te komen: aanmelden en traceren.

Aanmelden

In het projectplan Arnhem en in de boeken van Lindt (2000), Lohuis (2000) en Hendrix (1998) wordt aangegeven dat het aanmelden van de cliënten kan plaatsvinden bij een centraal meldpunt. Dit meldpunt is een samenwerkingsverband van burgers en vertegenwoordigers van verschillende instellingen bijvoorbeeld politie, verslavingszorg, psychiatrie, maatschappelijk werk en woningbouwverenigingen

Volgens de methodiek bemoeizorg Eindhoven (2000, blz. 10) kan elke instelling of individu een beroep doen op bemoeizorg via de deelnemende partijen. Zij voeren geregeld overleg op een vaste locatie waarin de (nieuwe) aanmeldingen worden vergaard en besproken.

Verschiedende auteurs noemen factoren waar bij de aanmelding rekening mee gehouden kan worden.

Lohuis (2000, blz. 96 en 97) geeft aan dat de aanmelding niet anoniem moet geschieden, maar dat de melder wel geheim moet blijven. Reden hiervoor is dat er op die manier een terugkoppeling over het resultaat van de melding kan plaatsvinden.

Zowel Hendrix (1998, blz. 23 als Lohuis 2000, blz. 96 en 97) geven aan dat een hulpverlener de verwijzer te woord staat en een aanmeldingsformulier invult. Vanuit dit contact wordt de aanmelding bij het eerstvolgende overleg besproken. Hierdoor ontstaat een snelle aanmeldingsprocedure zonder wachtlijsten. Bij crisissen wordt de crisisdienst van de RIAGG ingeschakeld.

Lindt (2000, blz. 31) geeft aan dat de verwijzers een essentieel element vormen. Ze vormen een potentieel onderdeel van het maatschappelijk steunsysteem. Wellicht hebben ze al contact met de cliënt, zodat ze een overbruggingsfunctie kunnen vervullen.

Traceren:

Lindt (2000, blz. 67 – 70) spreekt in dit geval van contact zoeken of casefinding. Hierin beschrijft ze de volgende onderdelen:

Het actief zoeken naar de cliënt, omdat de cliënt niet in de reguliere zorg zit. Het opzoeken vindt plaats op basis van melding of op eigen initiatief van de bemoeizorger. Het zoeken is hier letterlijk bedoeld: Het bezoeken van plaatsen waar de potentiële doelgroep zich ophoudt. Te denken valt hierbij aan sociale pensions, slaaphuizen, maaltijdvoorzieningen LdH, huiskamerprojecten, methadonbussen, bruggen en gebruikershoekjes in het park. Zodra de cliënt is gelokaliseerd worden door de bemoeizorger de eerste contacten gelegd.

II. De contactfase

Verscheidene auteurs beschrijven de contactfase. Deze kent drie onderdelen: contact leggen contact maken en contact onderhouden.

b) Contactlegging:

Zodra de cliënt is gelokaliseerd zijn er volgens Lindt, (2000, blz. 69) 2 mogelijkheden voor het leggen van het eerste contact. Via het sociale systeem en via “een koude start”.

▪ Sociaal systeem

Onder het sociale systeem worden familie, politie, burens e.d. verstaan. Langs deze weg verloopt de contactlegging gemakkelijker door de aanwezigheid van een (adequaat) maatschappelijk steunsysteem. Dit leidt tot een goede voorbereiding en concrete oplossing voor de bestaande problemen.

Bij het traceren via een sociaal systeem is de cliënt meestal stukgelopen op de reguliere zorg als gevolg van regels, weinig of eenzijdig advies, afwijzing en heen- en weer gestuurd.

▪ Koude start:

Bij de koude start is er geen enkele connectie tussen de zorgwekkende zorgmijder en de bemoeizorger. Het contact moet van nul af worden opgebouwd. Lindt geeft aan dat dit via een vast traject verloopt:

- Van afstand kijken naar cliënt (no contact)
- Maken oogcontact (eye contact)
- Praatje maken zodra cliënt herkenning vertoont (nonsense contact)
- Bespreken gericht onderwerp (focused contact)
- Aansnijden onderwerp dat met probleem cliënt te maken heeft (problem-oriented-contact)

Hendrix (1998, blz. 8) en Lohuis (2000, blz. 39) geven aan dat het de voorkeur heeft om via het sociale systeem te proberen om in contact met de cliënt te treden. Indien dit niet mogelijk is, dan wordt er zelf contact met de zorgmijder opgenomen.

Lohuis (2000, blz. 62) en Lindt (2000, blz. 67) noemen beide de volgende voorwaarden voor het leggen van een relatie:

- Goede voorbereiding, bijvoorbeeld door het lezen van dossiers en overleg met andere betrokkenen;
- De tijd nemen om het contact tot stand te brengen en aan elkaar te wennen, niet meteen willen “scoren” bij de cliënt;
- Zorgvuldig timen wat betreft tijd en plaats;
- Aanpassen aan en rekening houden met rituelen en gewoonten van de ander;
- Contactlegging ook mogelijk door het uitvoeren van praktische zaken.

Lindt (2000, blz. 67) geeft hier nog als aanvulling op dat het oplossen van een probleem pas kan beginnen op het moment dat het vertrouwen van de cliënt is gewonnen. Ook het toepassen van verleidingstechnieken moet afgewogen gebeuren om te voorkomen dat de cliënt teveel op de bemoeizorger gaat leunen.

De snelheid van het proces van contact zoeken is afhankelijk van:

- De mate waarin de cliënt open staat voor contact met een vreemde;
- Toon en houding van de bemoeizorger;
- De behoefte van de cliënt aan steun;
- Het vermogen van de bemoeizorger om deze mogelijke behoefte te achterhalen;
- Het vermogen van de bemoeizorger om die behoefte te vertalen in een concrete actie die de cliënt herkent en die hem aanspreekt.
- De bereidheid van de cliënt om afspraken na te komen
- De hoeveelheid aanknopingspunten voor contact tussen de hulpverlening en de cliënt wat aanwezig is. Hoe groter de aantallen hoe groter de kans dat de ingezette acties ook een positief resultaat opleveren.

c) **Contact maken.**

Het maken van contact is volgens Lindt (2000 blz. 70 en 71) de basis voor de beoogde werkrelatie. De relatie krijgt een ander karakter dan bij het contact zoeken. Het gaat nu om continuïteit in de relatie en het aanbieden van hulp. De bemoeizorger wil bereiken dat de cliënt positief reageert op een voorstel voor een volgend contact en positief staat tegenover kleine praktische handreikingen.

Probleeminzicht bij de cliënt ontstaat niet vanzelf. De bemoeizorger zal hier actief in moeten sturen. Lindt (2000, blz. 71) beschrijft een methode om dit te realiseren.

De bemoeizorger:

- Komt regelmatig langs voor praatje en geeft de cliënt de kans zijn verhaal te vertellen;
- Hef kleine knelpunten op, beslecht conflicten, handelt een praktisch probleem af.
- Neemt bijvoorbeeld eten en sigaretten mee

Verleiden kan overkomen als manipuleren maar is echter een doelgerichte handeling om in contact met de cliënt te komen en te blijven. Zorg is niet bedoeld om een behandeling op te dringen maar om erachter te komen wat de behoefte van de cliënt zijn.

d) **Contact onderhouden**

In de zorgfase wordt volgens Lindt (2000, blz. 73 en 74) verwacht dat de professional planmatig werkt aan een stabiele relatie tussen de bemoeizorger en de cliënt.

In deze fase maakt de bemoeizorger samen met de cliënt plannen. De bemoeizorger probeert de cliënt tot kleine stappen aan te zetten. De bemoeizorger neemt een rol aan die het midden houdt tussen maatje en hulpverlener. Hierin moet hij per situatie de juiste balans vinden.

Doel van het contact onderhouden is volgens Lindt (2000, blz. 72 en 73) het realiseren van contacttrouw. Dit wordt bereikt als de cliënt de bemoeizorger beschouwt als iemand aan wie hij iets heeft, als de cliënt zelf de bemoeizorger opzoekt in geval van problemen en als de eenmalige contacten worden omgezet in regelmatige en frequente bezoeken.

De zorgbehoefte van de cliënt houden verband met (zelfzorg) tekorten op de volgende gebieden:

- Gezondheid: de stoornis, in combinatie met verslaving of lichamelijke gebreken;
- Competentie: psychosociale redzaamheid en omgang met de stoornis;
- Sociaal netwerk en sociale steun;
- Zelfverzorging en verzorging van het huishouden.

Voor het systematisch toewerken naar de oplossing van problemen moet er volgens Lindt (2000, blz. 72 en 73) planmatig gewerkt worden. Als de werkrelatie lang genoeg duurt kan er een goede inventarisatie plaats vinden van de problemen.

De bemoeizorger werkt op strategisch niveau aan systematische inventarisering van alle problemen en bekijkt de mogelijkheden voor duurzame oplossing.

Het stellen van reële doelstellingen blijft van groot belang voor het inschatten van de mogelijkheden van een cliënt.

Lindt (2000, blz. 86 en 87) laat weten dat in de bemoeizorg het zorgplan pas op het eind van het behandeltraject komt in plaats van aan het begin, zoals in de reguliere hulpverlening het geval is.

Op het moment dat een cliënt wordt overgedragen kan de reguliere zorg vervolgens met dit zorgplan verder gaan.

Urgente zaken als wonen, inkomen, voeding, veiligheid en gezondheid staan hoog op de lijst. Elke strategie die door de bemoeizorg wordt uitgezet kan als een deelplan worden opgevat dat in samenspraak met de cliënt tot stand komt. Hierin zit een bepaalde systematiek.

Een deelplan bestaat uit een korte formulering van:

- Probleem van de cliënt;
- Doel of gewenste resultaat;
- Plan van aanpak;
- Acties om dat resultaat te bereiken;
- Behaald resultaat en evaluatie.

III. De afronding

e) Doorgeleiding / overdracht

De doorgeleiding/overdracht is cruciaal in het bemoeizorgtraject. Lindt (2000, blz. 75) geeft een aantal best-practice regels om de overdracht zo soepel mogelijk te laten verlopen:

- Betrek de opvolger geleidelijk in het contact;
- Zorg dat elk contact met die opvolger in een positieve sfeer geschiedt;
- Laat de opvolger eerst een taak overnemen, beoog dan pas een emotionele relatie
- Onderneem samen met de opvolger dingen met en voor de cliënt;
- Zoek voor de opvolger taken waarmee hij eenvoudig successen kan behalen;
- Geef voorlichting aan de opvolger en cliënt;
- Benoem de eindigheid van de bemoeizorgrelatie;
- Noem voor het beëindigen van de bemoeizorg een afgebakende periode;

Doorgeleiding.

De doorgeleiding van de zorgmijdende cliënt richting de reguliere gezondheidszorg of hulpverlening is het belangrijkste doel van bemoeizorg. Aandachtspunten wat betreft doorgeleiding:

- Deze dient secuur te gebeuren omdat het risico bestaat dat de cliënt alsnog afhaakt
- Deze verloopt het meest efficiënt als er een vaste contactpersoon is binnen de instelling;
- Indien er sprake is van een wachtlijst kan geprobeerd worden om de cliënt buiten de reguliere weg, via een zijdeurtje, in zorg te krijgen. Een voorbeeld hiervan is informeel met een opnamecoördinator te overleggen hoeveel plaatsen er zijn en direct met de arts een intake te regelen voor de methadon.
- De cliënt wordt overgedragen op het moment dat de bemoeizorg vindt dat de cliënt daar klaar voor is.
- Er blijft contact tussen de bemoeizorger en de behandelaar in het kader van terugvalpreventie

f) Afronding

Lindt (2000, blz. 75-76) geeft aan dat ze onder de afronding het beëindigen van de werkrelatie verstaat. Volgens haar is dit het ultieme doel van bemoeizorg. Deze fase kan alleen worden bereikt wanneer de cliënt in een stabiele situatie verkeert en er rondom de cliënt een vangnet is gecreëerd.

Het beëindigen van de relatie vergt veel tijd en moet in alle zorgvuldigheid geschieden gezien het kwetsbare karakter van de cliënt. Door de cliënt persoonlijke te introduceren bij de casemanager die de zorg overneemt is de kans het grootst dat de hulpverleningsrelatie gecontinueerd wordt. In dit geval is het vaak zo dat de casemanager eerst taken van de bemoeizorger (verrichten van kleine en grote interventies) overneemt. Dit kan de overdracht bevorderen. De casemanager bewaakt het uitgestippelde traject samen met de cliënt en overige reguliere hulpverleners. Bemoeizorg vormt aldus een voortraject voor casemanagement.

Het is volgens Lindt van belang om de cliënt terug te nemen in de bemoeizorg als de overdracht niet of nog niet lukt. In dat geval wordt de deur voor de cliënt op een kier gehouden.

g) Evaluatie

Naast de bovengenoemde aspecten is de evaluatie van belang. Lindt (2000, blz. 64) stelt de evaluatie als voorwaarde om in te schatten in hoeverre de bemoeizorg een meerwaarde heeft in het verbeteren van de leefsituatie van de cliënt en diens omgeving. Op basis daarvan zijn volgens haar de volgende resultaatcriteria van belang:

- De draagkracht van het netwerk, is (in de beleving van netwerkleiden) gegroeid ten opzichte van de draaglast is gegroeid;
- Toename van de contactfrequentie tussen de cliënt en de hulpverlening.
- Meer instellingen/personen die met de cliënt bemoeienis hebben.
- Een sociale steun die in de beleving van de cliënt is gegroeid;
- De tevredenheid van de cliënt;
- Een grotere crisisbestendigheid;
- Een afname van overlastmeldingen, zowel in ernst als in frequentie.

3.3.2. Professionals

I. De voorbereidingsfase

De professionals geven aan dat er een tweedeling van projecten is te maken wat betreft het in contact treden met de bemoeizorgcliënt. In drie projecten is het afspraak is dat men in principe alleen afgaat op mensen die gemeld zijn bij het meldpunt. In de twee andere projecten is het een combinatie van het zelf actief traceren in combinatie met een meldpunt. Er wordt wel aangegeven dat er een verschil in doelgroep is omdat er nu door het meldpunt geen mensen onterecht in het cliëntenbestand zitten.

a) Aanmelden

In drie projecten komen de meldingen binnen bij een meldpunt die vervolgens aan de bemoeizorg worden doorgegeven waarna men erop af gaat.

Andere mogelijkheden zijn meldingen die binnen komen bij de samenwerkingspartners (GGD, RIAGG, Maatschappelijk Werk).

De bereikbaarheid van het meldpunt wordt gerealiseerd via:

- Een telefonisch spreekuur;
- Een signaleringsnetwerk;

- Wijknetwerken.

De meldplaatsen voor zorgmijdende mensen kunnen bekend gemaakt worden in de regionale media.

Bij de aanmelding vindt volgens vier professionals een systematische screening plaats om een beeld te krijgen van de cliënt en de situatie. Voor deze screening zijn de volgende gegevens van belang:

- Naam, adres v.d. aangemelde persoon of personen;
- Reden van aanmelding;
- Verwijzende instantie, personen;
- Inventariseren netwerk en problemen;
 - Bestaande hulpverlening vanuit de eigen instelling;
 - Relatie tot de doelgroep van het project bemoeizorg;
- Overige relevante informatie;
- Mate van (on)veiligheid

Traceren

In twee projecten wordt er daadwerkelijk getraceerd, dat wil zeggen vindplaatsgericht zoeken door middel van outreachend werken. Men beziet wat er aan de hand is en zoekt naar snelle en praktische oplossingen.

In de dagboeken is nagevraagd hoeveel tijd de bemoeizorgers hebben besteed aan het traceren van de cliënt. De bemoeizorgers besteden maar een klein percentage (c.a.2%, tabel 3.6 blz. 54) van hun tijd aan het daadwerkelijk outreachend zoeken van de cliënten. Dit komt, zo geeft men aan, omdat de aanmelding plaats vindt via een meldpunt en omdat men te weinig tijd heeft om zelf op zoek te gaan naar cliënten. Men heeft het al druk genoeg met de cliënten die worden aangemeld.

b) Vooronderzoek

In deze fase wordt er volgens twee professionals een inschatting gemaakt van de kracht van het steunsysteem van de cliënt. Als die onvoldoende is wordt er een poging het systeem te versterken en vervolgens te stabiliseren.

Tevens wordt nagegaan tot welk zorgaanbod de cliënt, gelet op zijn problemen, kan worden verleid. Als dat duidelijk is, kan de bemoeizorg in actie komen.

In de praktijk loopt de bemoeizorger tegen situaties aan waar op dat moment niets aan gedaan kan worden. Vanuit de eigenlijke professie (bijvoorbeeld verpleegkundige) kan de bemoeizorger daar niet in berusten. Toch zal hij dat moeten doen om aldus andere zaken met een hogere prioriteit voor de cliënt zelf (financiën, huisvesting etc.) te kunnen regelen. Een bemoeizorger verwoordde dit als volgt: *“Hoe kun je nu dingen gaan regelen voor jezelf als je geen geld hebt om eten te kopen?”*.

Het gaat erom praktisch toegang krijgen tot de cliënt en deze steeds meer verder uit te bouwen. Samen met de cliënt wordt bekeken wat het probleem is en wat er op korte termijn aan gedaan kan worden.

Een bemoeizorger gaf aan dat er in deze fase contact wordt opgenomen met andere instellingen en dat er wordt nagevraagd wat de mogelijkheden zijn.

c) Opstellen zorgplan

Vijf bemoeizorgers geven expliciet aan dat ze met zorgplannen werken. In het zorgplan staat aangegeven wat het probleem is, welke noden en behoeften aanwezig zijn bij de cliënt, welke

afspraken er gemaakt worden, welke acties ondernomen worden, wie erbij betrokken zijn en wanneer er opnieuw over deze cliënt wordt gesproken.

Een reden die door een bemoeizorger is gegeven om met een zorgplan te werken: *“Ik heb de neiging om snel te gaan lopen, de klant die zet je aan het denken. Door het zorgplan blijf ik bij de les”*.

Een bemoeizorger gaf aan dat door met een zorgplan te werken de gemaakte afspraken en de daaraan gestelde voorwaarden zwart op wit staan. Hierdoor weten instellingen waar ze aan toe zijn en zijn ze eerder bereid om met de zorgwekkende zorgmijder een hulpverleningsrelatie te starten. De voorwaarden die aan de cliënt gesteld worden staan beschreven net zoals de consequenties voor het geval de cliënt zich niet aan de afspraken houdt. De instelling houdt de regie.

II. Contactfase

d) Contactlegging

De tien professionals geven in de interviews weer hoe ze in contact met de cliënten treden. Ze geven aan dat de essentie van bemoeizorg gelegen is in het opzoeken van de cliënt, in contact proberen te komen en samen de tijd nemen om een vertrouwensrelatie op te bouwen, los van regels want daar lopen naar hun mening veel cliënten op stuk.

Bij het contact leggen gaat het volgens de professionals om het zoeken naar mogelijkheden om met de cliënt in contact te treden. In de interviews brengen ze naar voren dat het vooral van belang is dat de bemoeizorger het contact legt door de cliënten actief en outreachend in de eigen omgeving te benaderen. Belangrijk hierbij is dat het op een basale, laagdrempelige manier gebeurt bijvoorbeeld door koffie te gaan drinken of een wandeling te maken. Op die manier wordt onderzocht wat wel en niet werkt bij de cliënt.

Vaardigheden om grensoverschrijdend en onorthodox te kunnen en durven werken zijn hierbij van groot belang.

Een professional gaf als volgt aan wat naar zijn mening belangrijk is bij het leggen van contacten. :

“Cliënten weten me te vinden en verwijzen onderling cliënten naar mij toe. Dat moet je opbouwen. Je bent nu nog erg afhankelijk van de bereidheid van de individuele medewerker om iemand te verwijzen”.

e) Contact maken

Bij het contact maken met de zorgmijdende cliënt is het signaleren van directe en indirecte hulpvragen belangrijk. Wanneer de bemoeizorger met een cliënt aan de slag gaat is deze vaak nog niet in staat om aan zijn echte problemen te werken. Door ervoor te zorgen dat de praktische zaken op orde komen kunnen problemen van de cliënt worden opgelost en wordt het vertrouwen gewonnen.

Op het moment dat de cliënt gevoelig blijkt te zijn voor wat de professional doet kan de bemoeizorger “toeslaan” door de cliënt te verwijzen naar de reguliere hulpverlening. Als alle randvoorwaarden vervuld zijn, dat wil zeggen als alle belanghebbende partijen willen en kunnen meewerken en er een traject is uitgezet, kunnen de directe hulpvragen opgepakt worden.

Om contact met de cliënten te maken zijn in de interviews als belangrijke aspecten laagdrempelig werken en cliëntgericht werken genoemd. In paragraaf 4.5.5. (blz. 80) wordt beschreven wat hieronder wordt verstaan.

f) Contact onderhouden

Vier bemoeizorgers geven aan dat ze in eerste instantie proberen de grootste crisis weg te nemen of een praktisch probleem op te lossen. Als de eerste problemen zijn opgelost komen volgens hen de (achterliggende) kernproblemen naar voren. Deze vragen doorgaans een meer trajectmatige oplossing.

“Op deze manier ontstaat er meer draagvlak bij de cliënt dan wanneer de hulpverlening met een kant en klaar traject bij de cliënt komt”.

Tabel 3.6 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

“Contactlegging bemoeizorg” omvat de tijd die door de bemoeizorgers is geïnvesteerd in het leggen van contacten met de cliënt.

“Contactlegging reguliere cliënten” is de tijd die door de bemoeizorgers aan cliënten is besteed die nog contacten met de reguliere zorg hebben.

Bij “Praktische hulp” en “medische zorg” gaat het om de tijd die is geïnvesteerd in het verder opbouwen van de hulpverleningsrelatie.

In de rij “Halve uren” wordt de tijd die de bemoeizorgers hebben gescoord in de dagboeken gesommeerd.

Uit tabel 3.6 valt af te leiden dat de bemoeizorgers veel tijd, bijna 1/3 van de totale beschikbare tijd, besteed aan de contactlegging met de cliënten. De overige cliëntgerichte werkzaamheden zoals de praktische hulp en de medische zorg worden aanzienlijk lager gescoord voor als het contact eenmaal is gerealiseerd. Respectievelijk 4,9 en 1%.

De rest van de tijd wordt door de bemoeizorgers besteed aan overleggen rond de cliënt waar de cliënt zelf niet bij aanwezig is.

In tabel 3.7 wordt een overzicht gegeven van de aantallen cliënten die de bemoeizorgers gemiddeld per dag hebben gezien gedurende de periode dat ze de dagboeken hebben ingevuld. Aanvullend op het verzoek om de aantallen cliënten weer te geven is aan de bemoeizorgers gevraagd in hoeverre dit in hun ogen afweek van een “normale” werkweek. De bemoeizorgers gaven unaniem aan dat dit voor hun normale aantallen waren.

Tabel 3.7 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 gemiddelde aantal bemoeizorgcliënten dat per dag wordt gezien is nagenoeg gelijk aan het totale aantal cliënten waarmee de bemoeizorg in aanraking komt.

III. Afrondingsfase

g) Doorgeleiding / overdracht

De professionals geven aan dat de duur van de contacten met bemoeizorg kunnen variëren van een half uur tot jarenlange bemoeienis.

Het doorgeleiden is naar de mening van de professionals de ideale situatie waar naartoe gewerkt wordt.

Hoe de doorverwijzing/overdracht verloopt is vaak afhankelijk van de bereidheid van een individuele werker binnen een instelling om de cliënt over te nemen.

Net als in de literatuur ervaren de professionals de wachtlijsten ook als een groot probleem.

Ze geven aan dat ze in geval van wachtlijsten proberen de cliënt op een andere manier dan via de reguliere kanalen bij een instelling naar binnen te brengen. In de meeste gevallen lukt dit op basis van persoonlijke contacten, vasthoudendheid van de bemoeizorg en door de ander te wijzen op diens zorg- en hulpverantwoordelijkheid.

Een ander probleem waar de bemoeizorg tegenaan loopt is het gedrag van de cliënt. Deze is vaak niet gewend aan de structuren/regels die er binnen instellingen gelden.

In de bemoeizorgprojecten van een organisatie is het volgens de professionals (3) de bedoeling dat de cliënten naar de eigen organisatie worden doorverwezen.

h) Afronding

Een totale afronding van de contacten tussen de bemoeizorg en de zorgmijdende cliënt is volgens vier professionals nooit voor 100% mogelijk. Er zal volgens hun altijd een lijntje blijven bestaan. De bemoeizorgers houden altijd een vinger aan de pols bij de cliënt en de instelling waar de cliënt in zorg is. Mocht het uitgezette traject dan niet slagen, dan kan de bemoeizorg weer gemakkelijk de draad oppakken en weer met de cliënt aan de slag gaan. Op deze manier wordt volledige terugval voorkomen.

i) Evaluatie

In een vaste frequentie wordt er een overzicht gemaakt van de contacten die er tussen de bemoeizorgers en de doelgroep zijn geweest. Ook wordt daarin bijgehouden hoeveel cliënten binnen de reguliere hulpverlening zijn geplaatst.

Dit overzicht dient volgens de professionals als een leidraad voor de evaluatie van de samenwerking met andere instellingen.

Het initiatief tot de evaluatie ligt bij de hulpverleners. Men wil overzicht houden over de hulpverleningstrajecten.

Ook met de doelgroep zelf wordt overlegd over hun problemen en behoeften. Zo kan inzicht in nieuwe ontwikkelingen binnen de doelgroep worden verkregen.

Met de aldus verzamelde informatie kan met gemeenten en hulpverleningsinstellingen onderhandeld worden over het aanpassen van het hulpaanbod.

3.3.3. Coördinatoren:

I. De voorbereidingsfase

a) Aanmelden

Drie coördinatoren geven aan dat de aanmeldingen plaatsvinden via een meldpunt. De bemoeizorg gaat naar de melder toe met de vraag wat die van de cliënt weet en welke ervaringen hij met de cliënt heeft.

Met een vaste frequentie wordt bekeken hoe de procedures verlopen:

- Hoe de aanmelding officieel dient te gebeuren;
- Hoe het daadwerkelijk gebeurt;
- Hoe het zou moeten lopen;

- Met welke instellingen contact is opgenomen;
- Hoe het met de cliënt is;
- Of de cliënt nog contact heeft met de hulpverlening.

Een coördinator gaf aldus aan wat de impact is van de bekendheid van bemoeizorg op de uitvoering daarvan: *“Een consequentie van de grotere bekendheid van bemoeizorg in de regio is dat mensen sneller naar bemoeizorg doorverwijzen. Niet alleen de zichtbare, maar ook de verborgen problematiek komt bij de bemoeizorg aan”*.

b) Vooronderzoek

Een coördinator geeft aan dat aan de hand van een taxatielijst wordt gescoord in hoeverre een cliënt voldoet aan de criteria van bemoeizorg. Dat is dan een uitgangspunt voor dat moment, van daaruit wordt een aanvang gemaakt met het leggen van contacten rond de cliënt.

c) Opstellen zorgplan

Op het opstellen van zorgplannen zijn de coördinatoren niet specifiek ingegaan. Ze hebben wel gesproken over het belang van de rapportage en het systematisch bijhouden van de werkzaamheden. Dit staat weergegeven in het paragraaf 2.6.5 (blz. 33)

II. De contactfase

d) Contactlegging

Illustratief voor de werkwijze van bemoeizorg die wordt gehanteerd bij het contactleggen met cliënten is het volgende citaat:

“Het is gepermitteerd om met een cliënt ergens een kop koffie te gaan drinken, of als een cliënt een lege maag heeft, dat je iets kleins gaat eten. Binnen bepaalde grenzen. Je gaat niet met een cliënt in een 3-sterren restaurant eten. Dat is de verantwoordelijkheid van de medewerker”.

e) Contact maken

Dit onderdeel is niet specifiek in de interviews met de coördinatoren aan de orde gesteld.

f) Contact houden:

Twee coördinatoren geven de werkzaamheden weer die de bemoeizorgers uitvoeren bij het contact onderhouden met de cliënt. De bemoeizorgers werkt zowel cliëntgericht als organisatiegericht.

Het cliëntgericht werk varieert van het zelf als veldwerker benaderen van de cliënt tot aan het begeleiden van de cliënt tot deze daadwerkelijk in de reguliere zorg zit.

Verder omvat dit soort werkzaamheden op het vlak van budgetteren, inschrijven bij woningbouwverenigingen, regelen van een uitkering e.d. Daarnaast bestaat het werk ook uit het bieden van nazorg aan cliënten die zijn opgenomen in de reguliere zorg, daar vertrekken en het risico lopen om weer in oude gewoonten terug te vallen.

Het organisatiegericht werken bestaat uit het lobbyen/netwerken bij organisaties om samen te werken rond een casus in plaats van dat iedere organisatie alleen met een cliënt aan de slag gaat.

III. Afrondingsfase

g) Doorgeleiding / overdracht

Twee coördinatoren geven aan dat de bemoeizorger bepaalt wanneer een cliënt overgedragen kan worden. Om een overdracht goed te laten verlopen is het naar hun mening van groot belang dat er al contacten zijn tussen de cliënt, de bemoeizorger en de nieuwe hulpverlener om zo het contact zo soepel als mogelijk te laten verlopen. Op deze manier kunnen de uitgezette trajecten eenvoudig gecontinueerd worden en kunnen cliënt en hulpverlener alvast aan elkaar wennen.

h) Afronding

Er wordt volgens de coördinatoren altijd geprobeerd om contact met de behandelaar te houden als de cliënt naar de reguliere hulpverlening is doorverwezen. Als de bemoeizorger zich terugtrekt worden er afspraken gemaakt over wat er dient te gebeuren als de behandeling in de reguliere hulpverlening dreigt te mislukken. De bemoeizorger kan dan weer ingeschakeld worden. Evenals de professionals zijn de coördinatoren van mening dat het contact tussen de cliënt en de bemoeizorger nooit definitief afgesloten mag worden, teneinde volledige terugval te voorkomen.

i) Evaluatie

De coördinatoren geven een drietal redenen om evaluaties uit te voeren.

In een vaste frequentie wordt aan de hand van een inventarisatielijst bekeken wat er gedaan is in een bemoeizorgtraject en wat er nog gedaan moet worden.

Voor het jaarverslag worden de productiecijfers van bemoeizorg verzameld.

Aan de hand van de evaluaties kan bekeken worden of er nieuwe ontwikkelingen gaande zijn in een bepaalde regio.

Een coördinator geeft aan dat om een beeld te krijgen van de verwijzingen vanuit de bemoeizorg naar de reguliere zorg er ook toetsing moet plaatsvinden van het verloop van het contact met de verwijzer. Evaluatieonderwerpen zijn tevredenheid over de aanpak van de bemoeizorger, de (adequate) participatie in de samenwerking en de manier waarop de verwijzer omgaat met de cliënt of zijn afwijkend gedrag.

3.3.4. Expertpanel

Als aanvulling op de bestaande aanmeldingsplaatsen werd nog een andere optie aangegeven. Het rechtstreeks bij de bemoeizorgers zelf melden door professionals of door burgers. Er is voor gekozen om de mobiele nummers van de bemoeizorgers openbaar te maken. Hierdoor is een snelle afhandeling van de aanmelding mogelijk. Wat betreft de tijdsinvestering in het actief traceren van de cliënt wordt aangegeven dat het ideaal zou zijn als de bemoeizorger 25% (de helft van zijn outreachende cliëntgerichte tijd, dus 50% van 50%) zijn totale werktijd zou kunnen besteden aan het traceren van de zorgwekkende zorgmijders.

Het opstellen van een zorgplan wordt als noodzakelijk gezien, maar bovendien als belastend ervaren. Dit vraagt kostbare tijd van de bemoeizorgers die ze ook op straat of bij het netwerk kunnen doorbrengen. Bemoeizorgers geven aan dat dit hoofdzakelijk in het hoofd gebeurt. Een aanvullend argument is dat het uitgezette zorgplan snel achterhaald is, de bemoeizorger moet flexibel kunnen omgaan met de uitgezette trajecten.

De combinatie tussen het contactleggen en het opzetten van een zorgplan ligt volgens een expertpanel in elkaars verlengde. Er zal eerst een contact moeten zijn voordat dit opgesteld kan worden.

Zij prefereren het onderdeel contactleggen dan ook in de aanloopfase i.p.v. in de contactfase. Daarnaast lopen vele trajecten niet conform dit stramien. Het is meer een leidraad dan een voorschrift.

Bij het contact maken wordt er vanuit de bemoeizorger gewezen op de zorgelijke situatie waar de cliënt zich in bevindt en dat er een reden is dat de bemoeizorger daar komt. Er wordt openheid gegeven over wie zich zorgen maakt over de cliënt.

3.3.5. Samenvatting:

I. De voorbereidingsfase

a) Aanmelden / traceren

Er zijn zowel in de literatuur als in de interviews twee wegen genoemd waarlangs 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.

Hiervoor zijn er in diverse projecten criteria opgesteld waarmee op systematische wijze bij de aanmelding en screening kan plaatsvinden.

b) Vooronderzoek

Doel van het vooronderzoek is om relevante informatie te verzamelen voor een passend traject. Deze fase start gelijk met de aanmelding/tracering. Er wordt een inschatting gemaakt van de problematiek, de “gevoeligheden” van de cliënt voor hulp, de mogelijkheden die er zijn wat betreft de oplossingen en welke prioriteiten gesteld moeten worden.

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

c) Opstellen zorgplan

Aan het einde van de vooronderzoeksfase wordt er een zorgplan opgesteld. Hierin worden systematisch de mogelijkheden en werkwijze weergegeven en tevens wie voor welk onderdeel verantwoordelijk is. Het zorgplan geeft de bemoeizorger de mogelijkheid om gestructureerd te werken en eventueel terug te verwijzen indien er discussie ontstaat over de gemaakte afspraken.

II. De Contactfase

d) Contactlegging

Deze fase kan ook bij I plaatsvinden ter voorbereiding op het opstellen van het zorgplan. Men kan op twee manieren met cliënten contact te komen. Via een meldpunt of via het traceren van de cliënt. Het is eenvoudiger om via een netwerk met de cliënt in contact te komen, maar dat lukt niet altijd.

Als voorbereiding op het contact zal de bemoeizorger zich goed moeten voorbereiden en bij zoveel mogelijk instanties informatie verzamelen om een sluitend plan aan de cliënt voor te leggen. Werken aan een vertrouwensrelatie en het zorgen voor goede randvoorwaarden en timing zijn belangrijk in de fase waarin de eerste basale, laagdrempelige contacten gelegd worden.

e) Contact maken

Het karakter van het werk verandert. Het is niet meer gericht op het zoeken van contact, maar op 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 voert werkzaamheden uit die enerzijds problemen van de cliënt oplossen en anderzijds de bemoeizorger in staat stellen om te proberen het vertrouwen van de cliënt te winnen. De werkzaamheden van de bemoeizorger bestaan uit het maken van afspraken op het gebied van gezondheid, praktische zaken regelen, contact leggen met organisaties en informatie verzamelen om voor de cliënt een hulpverleningstraject uit te zetten. Verder is de bemoeizorger een manusje van alles ten behoeve van de cliënt en het netwerk.

III. Afrondingsfase

g) Doorgeleiding / overdracht

Bij de doorgeleiding is het van belang dat deze geleidelijk verloopt. Er wordt gepleit voor een "warme" overdracht van de bemoeizorger naar de reguliere hulpverlener/casemanager. Het is aan de bemoeizorger om te bepalen wanneer de cliënt overgedragen kan worden. De duur van het bemoeizorgtraject ligt niet op voorhand vast. Er zijn de nodige knelpunten waar de bemoeizorger tegenaan kan lopen.

Op organisatorisch gebied zijn dit vooral de wachtlijsten in de zorg en de eerdere negatieve ervaringen op het gebied van therapietrouw en agressie die er bij veel professionals en organisaties aanwezig is die een belemmering vormen om met deze doelgroep een hulpverleningsrelatie aan te gaan.

Om deze reden lukt het vaak allen vanwege goede persoonsgebonden contacten om de cliënt bij de reguliere zorg onder te brengen.

Knelpunten op 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, de grootste acute problemen zijn opgelost en er een vangnet is gecreëerd.

Van belang zijn duidelijke afspraken tussen de reguliere hulpverlening en de bemoeizorg om de cliënt weer terug in begeleiding te nemen mocht de overdracht niet lukken. Zo kan terugval worden voorkomen.

i) Evaluatie

In een vooraf vastgestelde frequentie wordt het bemoeizorgtraject geëvalueerd. De evaluatie gebeurt tussentijds en aan het einde van het traject aan de hand van vooraf vastgestelde criteria.

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

Aan de hand van de evaluatie kunnen projecten worden ontwikkeld dan wel afgesloten.

Tabel 3.8 samenvatting onderdelen methodiek bemoeizorg per bron

	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboeken	Expert
Aanmelden	+	+	+	-	+
Traceren	+	+	+	+	+
Vooronderzoek	+	+	+	-	+
Zorgplan	+	+	-	-	+
Contactlegging	+	+	+	+	+
Contact maken	+	+	-	-	+
Contact onderhouden	+	+	+	-	+
Doorgeleiding	+	+	+	-	+
Afsluiting	+	+	+	-	+
Evaluatie	+	+	+	-	+

Hoofdstuk 4. De bemoeizorger als professional

4.1. Inleiding

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

Het gaat daarbij met name om de aspecten opleiding, persoonlijke eigenschappen, kennis, houding en vaardigheden van de professional.

De informatie wordt in dit hoofdstuk gerubriceerd onder de volgende aspecten:

- Cliëntgerichte aspecten;
- Organisatiegerichte aspecten;
- Persoonsgerichte aspecten
- Overige aspecten.

4.2. Opleiding

4.2.1. Literatuur:

Over de opleidingseisen is in de literatuur weinig te vinden. Alleen Hendrix (1998, blz. 23 en 24) vermeldt dat de SPV-er het meest tegemoet komt aan de eisen die aan bemoeizorg gesteld worden. Ook geeft hij aan dat er maatschappelijk werkers en preventiewerkers werkzaam zijn in de bemoeizorg.

4.2.2. De professionals

De bemoeizorgers spreken wat opleiding betreft een duidelijke voorkeur uit voor:

- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) (7)¹
- HBO-verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrisch of B-verpleegkundige; (2), geen HBO-V (3)
- Maatschappelijk werk, met ruime ervaring en affiniteit. (3)
- In ieder geval een HBO-opleiding gericht op psychiatrie of maatschappelijk werk, geen MBO (3)

De voorkeuren werden aldus gemotiveerd:

- Verpleegkundige opleiding is aanbevelenswaardig vanwege de medische problematiek. De psychiatrisch verpleegkundige achtergrond wordt wel nodig geacht.
- Een SPV-er is sociaal psychiatrisch geschoold en heeft geleerd om verder te kijken dan alleen naar de somatische ziektebeelden. In de opleiding wordt ook aandacht besteed aan de sociale kaart. Verder worden er allerlei technieken geleerd die nodig zijn zoals interventietechnieken. De SPV-opleiding leert de professional breed te kijken en dat is nodig om buiten de instellingskaders te denken en voor het opzetten van netwerken en sociale systemen. In de SPV-opleiding worden de vele aspecten van sociaal-psychiatrische problematiek volgens de geïnterviewden in één brede benadering geïntegreerd.
- De maatschappelijk werk-methodieken houden volgens twee respondenten de werker doorgaans bij de maatschappij van alledag. De belangen van de klant blijven daarin centraal staan. De bemoeizorger moet in hun ogen “gewoon” blijven doen.
- Een verpleegkundige geeft aan dat ze vanuit de opleiding kennis mist op het gebied van het maatschappelijk werk. De maatschappelijk werkers voelen zich op hun beurt tekort schieten op het medisch gebied.

- Minimaal een HBO-niveau om de grote lijnen te blijven zien
- Bij een opleiding is het van belang om te leren omgaan met ongemotiveerde cliënten.
- Het niveau moet zeker HBO zijn omdat de werker met veel “kunstjes” geconfronteerd wordt zowel van de zijde van cliënten als organisaties en de sociale netwerken. MBO-ers zijn volgens de geïnterviewden minder in staat om die “kunstjes” te doorzien en te pareren.

Volgens een bemoeizorger kan niet elke maatschappelijk werker, spv-er of verpleegkundige dit werk doen. Het is een combinatie van de juiste persoonlijkheidskenmerken en een bepaalde opleiding

De meeste respondenten noemen de SPV-opleiding als de meest uitgelezen opleiding voor bemoeizorg. Een tweetal medewerkers is het daar niet mee eens. In hun optiek is de opleiding tot SPV niet zaligmakend. De SPV-er kijkt volgens hen alleen maar naar casemanagen. Dat is wel belangrijk, maar het is zeker niet zo dat alle SPV-ers kunnen casemanagen. Voor hen geniet in dat geval een maatschappelijk georiënteerde opleiding de voorkeur boven een medische. Het risico bestaat volgens hen dat een SPV er te zeer een “zustermentaliteit” heeft. Niet elk aspect van de problematiek heeft met ziektebeelden te maken.

Over het vereiste opleidingsniveau wordt wat verschillend gedacht. Voor één respondent staat allerm minst vast dat de bemoeizorger per definitie een HBO-niveau moet hebben. De bemoeizorger moet vooral van aanpakken weten en zelfstandig te werk kunnen gaan. Daarnaast komt de bemoeizorger regelmatig problemen tegen die zo specifiek zijn dat deze moeilijk uitsluitend vanuit een opleiding zijn op te lossen. Het gaat meer om persoonlijk aangeleerde vaardigheden dan om een opleiding. Bij bemoeizorg gaat het volgens hen om een combinatie van persoonlijke kwaliteiten en een bepaalde mate van deskundigheid. De kwaliteiten, de persoonlijkheid, de “bagage” en het karakter worden belangrijker gevonden dan de opleiding.

Een laatste opmerking over de opleiding: het wordt als een manco ervaren dat er in opleidingen vooral geleerd wordt om te denken vanuit kaders, terwijl de bemoeizorgers vinden dat juist in dit werk de bestaande kaders los gelaten moeten worden.

In de tabel hieronder worden de opleidingen weergegeven van de professionals die de dagboeken hebben ingevuld. (N=21)

Tabel 4.1 Opleiding van de bemoeizorgers: aard en frequentie

Opleiding	Frequentie	In %
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

4.2.3. De coördinatoren:

De coördinatoren laten wat betreft vereiste opleiding en opleidingsniveau van de bemoeizorgers weten dat SPV de meest geëigende opleiding is mits in combinatie met werkervaring (2). Ook B-verpleegkunde in combinatie met maatschappelijk werk of SPV komt in aanmerking (2)

Motivatie:

Als er naar de aard van de werkzaamheden gekeken wordt is de SPV-er volgens twee coördinatoren de meest relevante professie binnen de bemoeizorg.

Een alternatief is een maatschappelijk werker met affiniteit voor bemoeizorg.

In de optiek van twee coördinatoren heeft de bemoeizorg bij voorkeur een brede opleiding waarmee hij de problematiek op primaire levensgebieden kan screenen en aanpakken.

Randvoorwaarden:

Het aanscherpen van de deskundigheid van de medewerkers dient naar de mening van de coördinatoren te geschieden op het terrein van visie en werkinhoud. De precieze inhoud daarvan dient regelmatig met het team besproken te worden om aldus om te bekijken waar de exacte behoeftes liggen.

4.2.4. Expertmeeting

In de expertmeetings werd het voorgestelde niveau van de bemoeizorg unaniem erkend. Wat de vooropleiding betreft (B-verpleegkundige, wel of geen HBO-V) waren de meningen wel verdeeld.

Argumentatie hiervoor is dat de oude inservice B-verpleegkundige opleiding niet meer in die vorm bestaat en het gemis aan somatische kennis.

Wat betreft de HBO-V opgeleide verpleegkundige. Deze kunnen na een aantal jaren praktijkervaring (minimaal 5) een meerwaarde hebben omdat ze meer all-round (somatic, psychiatrie, sociaal) opgeleid zijn.

De opleiding tot AGZ-verpleegkundige werd in het rijtje gemist.

De vooropleiding maatschappelijk werker en SPH werd het gemis aan medische kennis als een tekortkoming gezien.

4.2.5. Samenvatting

Over de vereiste opleiding bestaat een redelijke consensus.

Zowel de professionals als de coördinatoren hebben de SPV-opleiding en de opleiding tot maatschappelijk werker hoog in het vaandel staan. De daarin aangeleerde werkwijze, methodieken en kennis sluiten in hun optiek nauw aan bij de behoeften van de doelgroep van bemoeizorg. Een medische en maatschappelijke achtergrond is belangrijk om in het veld een inschatting te kunnen maken van de problemen die er rond een cliënt spelen. Het werk vereist een HBO- of posthbo-niveau. De problematiek is doorgaans erg complex. Bemoeizorg is meer dan alleen casemanagen, daarom kan niet elke professional bemoeizorg verlenen. Het blijven onderkennen van de hoofdlijn en die kunnen vasthouden is een voorwaarde. Er wordt meer gevraagd dan alleen een opleiding. De professional heeft ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken. Hoe die eruit ziet wordt in de paragraaf 2.3 verder toegelicht.

Omwille van een totaal overzicht wordt hieronder aangegeven welke opleidingen in de diverse informatiebronnen worden vermeld.

Tabel 4.2: Opleiding in de informatiebronnen.

		Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Opleiding	SPV	+	+	+	+	+
	B-verpleegkundige	-	+	+	+	+
	HBO-V	-	+	+	+	+
	AGZ (expert)	-	-	-	-	+
	Maatschappelijk werk	-	+	+	+	-
	SPH	-	+	-	-	+
	MBO	-	-	+	-	-
	Ziekenverzorgende	-	-	+	-	-
	Overigen	-	-	-	+	-

4.3. Persoonlijkheidskenmerken

4.3.1. Literatuur

In de literatuur over bemoeizorg wordt niet ingegaan op kenmerken als leeftijd, werk- en levenservaring.

4.3.2. De professionals:

a) Leeftijd:

Het is volgens de geïnterviewden (10) niet goed om dit werk te jong te doen. Het risico is groot dat de meeste cliënten de jonge professional niet serieus nemen (3) en in hun ogen niet geloofwaardig over komt. *“En je moet al zoveel doen om ze over de drempel te trekken”*. Er is behoefte aan een minimumleeftijdsgrens. Concreet wordt een ondergrens van 25 jaar genoemd. (7). Drie geïnterviewden verwoordden dit als volgt:

“Ze (= de cliënten) zullen de bemoeizorger dan interpreteren als een broekie, een snotneus, en eerder misbruik maken van de situatie”.

Een andere geïnterviewde verwoordde de motivatie van een wat hogere leeftijd als volgt: *“Mensen luisteren beter naar je als je wat ouder bent”*.

Jonge mensen hebben volgens een geïnterviewde zelf vaak nog niets voor de kiezen gehad en ook omdat de doelgroep vaak wat ouder is matcht dat niet. Cliënt en professional zitten dan in verschillende levensfasen.

De leeftijd heeft echter twee kanten. Te jong betekent ongeloofwaardig als straatwerker of als veldwerker. Daarnaast kan dit werk vanwege de fysieke en mentale belasting ook niet tot de pensioengerechtigde leeftijd worden gedaan. Bovendien kan een ouder iemand ook teveel gezag uitstralen en daardoor distantie veroorzaken.

b) Ervaring

Ruime werk- en levenservaring strekken naar de mening van de bemoeizorgers tot aanbeveling. Hieronder een nadere toelichting en motivatie

▪ Werkervaring: (6)

Iemand moet niet rechtstreeks vanaf een voltijd opleiding aan dit werk beginnen. Een van de geïnterviewden is van mening dat minstens 5 jaar (relevante) werkervaring nodig is, het liefst met soortgelijke cliënten. Reden hiervoor is het bekend raken met de doelgroep, het sociale netwerk en de sociale kaart. De respondenten geven aan baat te hebben bij de brede ervaring die ze hebben.

- **Levenservaring: (4)**

Van de bemoeizorger wordt verwacht dat deze als bagage zijn eigen “levensopleiding” meeneemt. Op basis van levenservaring kan de bemoeizorger beter inschatten “*wat voor vlees je in de kuip hebt*”. Als er volgens een respondent op het eigen pad obstakels hebben gelegen, dan wordt de aanpak daarvan meegenomen in “de rugzak” en eruit gehaald als dat nodig is. Levens- en werkervaring gaan meestal gelijk op. De professional reageert meer volwassen op probleemsituaties. De problemen en situaties worden meer gerelativeerd. Een geïnterviewde verwoordde dit als volgt: “*waar ik vroeger boos om zouden worden, daar moet ik nu om lachen*”.

Het benadrukken van het belang van minimumleeftijd en werkervaring kan bij werkers ook weerstand oproepen omdat er volgens een geïnterviewde het vooroordeel heerst dat de professional eerst iets zelf meegemaakt moet hebben wil deze in de GGZ kunnen werken, of dat er veel werkervaring aanwezig moet zijn. Zij vindt de juiste levenshouding het belangrijkste. De menselijke kwaliteiten en de ervaringsbagage worden door een tweetal geïnterviewden belangrijker gevonden dan de opleiding.

Hieronder het overzicht van leeftijd en werkervaring van de respondenten

Tabel 4.3. Leeftijd en werkervaring van de professionals

	Leeftijd	Werkervaring binnen bemoeizorg	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

c) Deskundigheidsbevordering

In de interviews met de uitvoerend medewerkers worden de volgende aspecten van deskundigheidsbevordering zowel van het team als van de individuele werker genoemd:

- **Intervisie (8).**

Doel van de intervisie is om door middel van intercollegiaal overleg over de inhoud van het werk van elkaars ervaringen te leren en de werkwijze zuiver te houden.

- **Observaties: (2)**

Het gaat hierbij om de mogelijkheid om bij andere projecten in de keuken te kijken en mee te draaien, elkaar te helpen en kennis op te frissen door te brainstormen met anderen.

- **Verbeteren praktische vaardigheden (4)**

Hieronder wordt verstaan het opbouwen en onderhouden van netwerken, uitbreiding van de kennis op het gebied van de psychiatrie en een cursus zakelijkheid.

- **Supervisie: (3)**

In verband met de verschillende rollen die de professional moet beheersen, draagt supervisie ertoe bij dat men naar het eigen gedrag leert kijken en leert wat het eigen gedrag bij een ander oproept.

4.3.3. Coördinatoren:

a) Leeftijd:

Ook de coördinatoren hebben een duidelijke voorkeur wat betreft de leeftijd van de uitvoerend medewerkers. Drie coördinatoren vinden dat dit werk niet gedaan moet worden door mensen die net zijn afgestudeerd: *“als je 23 of 24 bent dan ben je voor mij nog te jong”*. Ook de leeftijdsverdeling in het team achten ze van belang. Een coördinator geeft aan dat er een balans moet zijn tussen jong en ervaren. De motivatie hiervoor is dat de wat ouderen rustiger zijn en dat de jongeren verfrissend kunnen werken. Vaak zijn die echter “grenzeloos”. Ideaal is een mix, ook vanwege de onderlinge samenwerking.

Daarbij wordt de restrictie gemaakt dat ze ouderen weinig tegen komt vanwege het intensieve karakter van het werk. Bemoeizorg is geen werk dat routinematig jarenlang volgehouden kan worden.

Een coördinator gaf aan dat iemand ongeacht leeftijd “body en power” moet hebben om dit werk te kunnen (blijven) doen.

b) Ervaring

Ervaring is volgens alle coördinatoren vereist. Iemand die net nieuw is, is niet geschikt om in bemoeizorg in te zetten.

Iemand die nog te jong is heeft volgens de coördinatoren nog niet voldoende levenservaring. Het is volgens hen een vereiste dat de medewerkers voldoende bagage meenemen.

Bezit de professional genoeg levenservaring dan kan hij die meenemen: *“Iemand die net van de opleiding afkomt heeft deze kwaliteiten nog niet”*.

Een combinatie van opleiding en ervaring is naar de mening van een coördinator nodig om outreachend te kunnen werken

Een andere coördinator vindt het moeilijk om exact aan te geven hoeveel ervaring nodig is. Dit is afhankelijk van het soort ervaring die iemand heeft en de persoonlijkheid van de professional.

c) Deskundigheidsbevordering

Gezien de verschillen in achtergronden, kennis en ervaringen van de professionals is het volgens een coördinator van belang om te zoeken naar gemeenschappelijke doelen. Op die manier kan de deskundigheid worden aangescherpt. Een mogelijkheid is het bezoeken van symposia in het land. Dit wordt gezien als belangrijk en interessant.

4.3.4. Expertmeeting

Wat betreft het leeftijdsaspect herkenden de bemoeizorgers zich in de argumentatie. Als aanvulling werd nog opgemerkt dat er binnen het team voor gewaakt moet worden dat de jonge mannen niet onevenredig belast worden met de zware (agressieve) casussen.

Als aanvulling op de werkervaring wordt aangegeven dat het vooral de ambulante werkervaring van belang is en dat het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) te ver van deze doelgroep afstaat om als relevant te worden beschouwd. Ook werd er een uitspraak gedaan over hoe lang een professional bemoeizorg moet verlenen. De suggestie werd gedaan om het werk 5 tot 10 jaar te doen gezien de lichamelijke en geestelijke belasting.

De krapte op de arbeidsmarkt mag volgens de experts niet als argument aangedragen worden om het tekort aan ervaren professionals op te vangen. Het inwerken van de nieuwe medewerkers wordt wel van belang geacht. Net als bij het verleiden van de cliënten moet ook de nieuwe professional ruim de tijd krijgen om kennis te maken met de werkwijze en het netwerk.

Op het gebied van de deskundigheidsbevordering wordt vooral ingezet op het tekort aan praktische kennis en vaardigheden (somatic, EHBO, reanimatie).

De frequentie van intervisie moet hoog zijn, liefst wekelijks gekoppeld aan de cliëntbespreking.

Wat betreft het bezoeken van symposia en andere projecten werd aangegeven dat het nut van symposia voor ervaren medewerkers van minder nut is dan voor beginnende projecten. Het meekijken en meelopen met andere projecten werd wel een meerwaarde gezien omdat ze dan (praktisch) van elkaar kunnen leren.

4.3.5. **Samenvatting**

Professionals en coördinatoren geven aan dat voor bemoeizorg een minimumleeftijd vereist is. Om geloofwaardig over te komen bij de doelgroep en het netwerk moet de bemoeizorger naar hun mening niet te jong zijn. Uit het onderzoek (tabel 2.3) blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de uitvoerend bemoeizorgers ruim 40 jaar. Een maximum leeftijd is niet gegeven, maar te oud heeft volgens hen ook beperkingen.

Voor de juiste uitstraling, geloofwaardigheid en betrouwbaarheid moet de bemoeizorger weten “wat er in de wereld te koop is”. Dit vraagt om levenservaring en minimaal 5 jaar werkervaring op relevante werkerreinen zoals de psychiatrie en de verslavingszorg. Om cliënten toe te kunnen leiden naar een instelling wordt de professional geacht een duidelijke uitstraling te hebben. Hij moet weten hoe instellingen werken en een netwerk hebben waarop teruggevallen kan worden. Iemand die net uit de schoolbanken komt heeft deze bagage nog niet.

Het gaat bij bemoeizorg om zowel werkervaring als levenservaring. Beide zijn noodzakelijk om de juiste inschattingen te kunnen maken en geloofwaardig over te komen naar zowel de doelgroep als de samenwerkingspartners.

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

Onderstaande tabel laat zien in hoeverre er door de diverse informatiebronnen over leeftijd, ervaring en deskundigheidsbevordering wordt geoordeeld:

Tabel 4.4: Samenvatting oordeel over leeftijd, ervaring en deskundigheidsbevordering

	Benoeemde aspecten	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Leeftijd	Minimum leeftijd	-	+	+	+	+
	Maximum leeftijd	-	+	+	+	+
Ervaring	Werkervaring	-	+	+	+	+
	Levenservaring	-	+	+	-	+
Deskundigheids- bevordering	Intervisie	-	+	+	+	+
	Supervisie	-	+	-	-	-
	Symposia	-	+	+	-	+
	Werkbezoeken	-	+	-	-	+

4.4. Kennis

4.4.1. **Literatuur:**

Over de specifieke kennis waarover een bemoeizorger dient te beschikken vermeldt de literatuur weinig. Alleen Lohuis (2000, blz. 148) beschrijft dat de bemoeizorger kennis dient te hebben van:

- Motivationale gesprekstechnieken;

- Sociale netwerkstrategieën;
- Crisisinterventie;
- Narratieven (verhalen) in de hulpverlening;
- Identiteitsontwikkeling.

In de overige literatuur wordt wel ingegaan op de kennis van de bemoeizorger, maar niet expliciet en vaak in een bepaalde context.

4.4.2. Professionals

In de interviews met de bemoeizorgers wordt over de kennis die de professional dient te hebben het volgende vermeld.

Een bemoeizorger zei:

“Een bemoeizorger is iemand die op veel gebieden werkzaam is, die van alles moet regelen, van origine ben ik verpleegkundige, maar ik moet ook op maatschappelijk gebied aan de slag”.

De kennis waarover de bemoeizorger dient te beschikken betreft vele gebieden. Omwille van overzichtelijkheid is de mening van de geïnterviewden geordend op de volgende gebieden:

- a) Cliëntgerichte kennis;
- b) Organisatiegerichte kennis;
- c) Persoonsgerichte kennis;
- d) Overige kennisaspecten.

Deze thema's worden toegelicht met aan praktijkervaring ontleende argumenten.

a) Cliëntgerichte kennis:

- De psychiatrie. (9)

Een groot deel van de doelgroep kampt met psychiatrische problemen. Om een goede inschatting en toeleiding mogelijk te maken is inhoudelijke kennis van de psychiatrie volgens de bemoeizorgers onontbeerlijk. In het verlengde van kennis van de psychiatrie wordt de mogelijkheid genoemd om kennis te vergaren bij c.q. een beroep te doen op een psychiater. Er wordt aangegeven dat de bemoeizorger in principe overal wel terecht kan voor informatie en advies, maar dat formeel die mogelijkheid er niet is. Het is nog te veel afhankelijk van de persoonlijke affiniteit van de betreffende arts of de vereiste kennis beschikbaar wordt gesteld

- De verslavingszorg (10)

Een groot deel van de doelgroep kampt ook met verslavingsproblemen. Om cliënten toe te leiden naar de zorg, moet de professional kunnen omgaan met manipulatief gedrag. Bij het maken van een risico-inventarisatie zijn kennis en ervaring in de verslavingszorg noodzakelijk.

- Crisisinterventie. (4)

Omdat de bemoeizorger regelmatig met crisisachtige situaties wordt geconfronteerd is het van belang om over kennis van crisisinterventie te beschikken om de eerste calamiteiten te kunnen opvangen en een juiste verwijzing te bewerkstelligen.

- Medische aspecten (3)

Binnen de doelgroep spelen medische- c.q. gezondheidsaspecten een voorname rol. Gezien de vaak slechte gezondheidstoestand van de doelgroep is de bemoeizorger genoodzaakt een inschatting te maken van wat acuut opgepakt moet worden en wat een lagere

prioriteit heeft. De aandacht voor medische problematiek kan een belangrijke ingang vormen om tot meer zorg te verleiden

- **Maatschappelijke en juridische zaken. (2)**

Naast medische aspecten spelen maatschappelijke en juridische zaken bij een cliënt een belangrijke rol (schulden, uithuisplaatsingen, ondertoezichtstelling van kinderen). Deze aspecten kunnen als drangmiddel worden gehanteerd om een ingang bij de cliënt te realiseren

b) Organisatiegerichte kennis

- **De sociale kaart (10)**

Kennis van de sociale kaart wordt door de bemoeizorgers noodzakelijk geacht om samen te kunnen werken. De doelgroep en de aard van de problematiek worden als zo complex beschouwt dat geen enkele professional of organisatie dit solistisch kan oplossen.

Om op een effectieve manier te kunnen werken dient de bemoeizorger te weten wat er waar in de regio aan hulpverlening beschikbaar is. De cliënt kan adequaat verwezen worden en krijgt niet het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden.

- **Ambulante en intramuraal werkwijze: (2)**

Om de cliënt op de juiste wijze door te verwijzen is het van belang dat de bemoeizorger de ambulante en klinische voorzieningen niet alleen weet te vinden, maar ook weet hoe daar gewerkt wordt, bijvoorbeeld door eigen werkervaring. Op die manier wordt bevorderd dat de cliënt op de juiste manier wordt doorverwezen of op een opname wordt voorbereid.

- **Methodisch werken (4)**

Gezien de turbulente en chaotische werkomgeving is het volgens de geïnterviewden van belang om structuur in het werk te houden. Deze structuur is deels op te hangen aan een binnen een team afgesproken methodiek en aan ondersteunende activiteiten, bijvoorbeeld dossiervorming.

c) Persoonsgebonden kennis

- **Netwerken: (7)**

Om goed gebruik te kunnen maken van een netwerk is kennis van ieders rol daarin van belang. Verder moet de bemoeizorger een goede balans weten te vinden tussen vraag en aanbod: Het netwerk mag niet alleen gebruikt worden, de bemoeizorg moet het netwerk ook iets kunnen bieden, een meerwaarde leveren

Voor goede samenwerking met en binnen het netwerk moet de bemoeizorger een “antenne” hebben voor de belangen en wensen van de partners. Hierbij is ook kennis van intramuraal en ambulant werken belangrijk: Wat kan en mag van de ander verwacht worden.

Tot de specifieke deskundigheid van de bemoeizorger behoort dat hij de kaders van de instellingen kan overstijgen. Voor reguliere medewerkers geldt dit niet omdat zij zich juist aan instellingsregels dienen te conformeren.

- **Motiverende, communicatieve en rehabilitatietechnieken, agogische en pedagogische methodieken. (2)**

Om met de cliënt in contact te treden acht de bemoeizorger het van belang over kennis van deze werkmethode te kunnen beschikken. Bij het in contact treden met de cliënten heeft een theoretische achtergrond van deze vaardigheden een meerwaarde bij het kiezen van de juiste strategie.

d) Overige

- Wetenschappelijk onderbouwde kennis. (1)

Één bemoeizorger geeft aan behoefte aan objectieve, wetenschappelijk onderbouwde kennis te hebben als tegenwicht tegen een uitsluitend intuïtieve, door emoties ingegeven manier van werken.

- Automatisering, softwarematige ondersteuning. (2)

Omwille van meer inzicht in de gegevens en continuïteit van zorg wordt van de bemoeizorger een gestructureerde wijze van verslaglegging en rapportage verwacht. Als ondersteuning hierbij kan een computerregistratiesysteem goede diensten bewijzen.

4.4.3. Coördinatoren:

De coördinatoren/leidinggevenden hebben hun eigen idee over het vereiste kennisniveau van hun medewerkers. Zij geven aan dat zij belang hechten aan kennis op de volgende gebieden:

a) Cliëntgebonden kennis

- Psychiatrie;
- Verslavingszorg;
- Lichamelijke aspecten /somatiek;

b) Organisatiegebonden kennis

- Sociale kaart;
- Samenwerking;
- Outreachend werken;

c) Persoonsgebonden kennis

- De aanwezige kennis en deskundigheid binnen het team wordt door één coördinator als voldoende geacht.

d) Overige kennis

- Specifieke kennis van wat de bemoeizorg kan bieden, verzameld op basis van ervaringsgegevens/casuïstiek en ondergebracht in een grote “trommel” waarvan gebruik kan worden gemaakt in een individuele casus.

4.4.4. Expertmeeting

Op de kennisaspecten kwam vanuit de expertmeetings dat het somatiek gedeelte nog wel eens het ondergeschoven kindje wil zijn. Als suggestie werd aangedragen om ook A-opgeleide en HBO-V verpleegkundigen aan te nemen. De cliëntgebonden, organisatiegebonden, persoonsgebonden kennisaspecten werden unaniem erkend. Wat de overige aspecten betreft werd alleen het kennis en ervaring delen benoemt.

4.4.5. Samenvatting

Zowel de professionals als de coördinatoren hebben behoefte aan kennis van:

- De verslavingszorg: materiekkennis van middelen/middelengebruik en de uitwerking ervan op het gedrag.
- De psychiatrie: ziektebeelden herkennen en ervaring hebben in de omgang met deze cliënten.

- Somatiek, medische kennis: inschatting kunnen maken van hoe het met een cliënt gaat, wat acuut opgepakt moet worden en wat (nog) kan blijven liggen.
- De sociale kaart: weten wat er aan hulpverlening waar in de regio beschikbaar is zodat de cliënt met zijn specifieke problemen direct op de juiste plaats terecht kan komen.
- Samenwerking: weten welke processen er ten grondslag liggen aan een goede samenwerking en hoe deze positief beïnvloed kunnen worden.

Zowel de uitvoerenden als een coördinator geven aan dat de bemoeizorger van veel een beetje moet weten en van weinig veel. De bemoeizorger is een generalist zijn en heeft niet de behoefte om zich te specialiseren op een specifiek terrein.

De kennis van crisisinterventie wordt zowel in de literatuur als in interviews benoemd. Bemoeizorg is naar de mening van de geïnterviewden in principe geen crisisdienst. Wel komt men naar eigen zeggen regelmatig met crisisachtige situaties in aanraking.

Motiverende (gespreks-)technieken zijn volgens de literatuur en de geïnterviewde medewerkers van belang in het verleiden van de zorgwekkende zorgmijder tot het accepteren van zorg.

Een van de geïnterviewden liet weten dat voor de juiste houding kennis van zowel psychiatrie als verslavingszorg nodig is.

Hieronder in tabel 4.5 de vereiste kennisaspecten voor zover vermeld door de diverse informatiebronnen

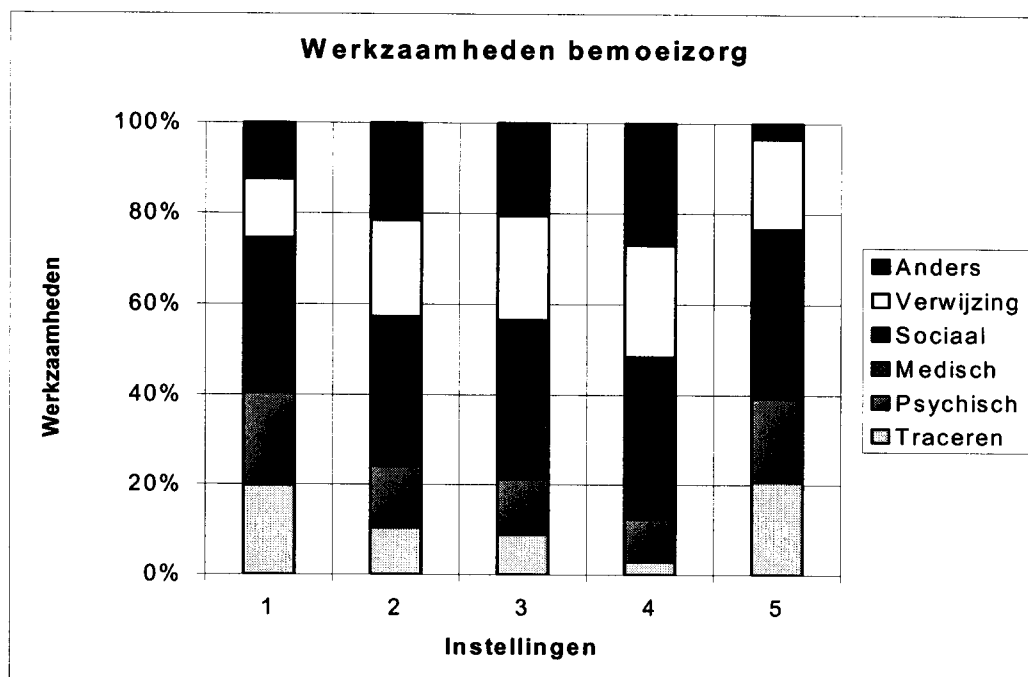
Tabel 4.5: De diverse kennisonderdelen naar informatiebron

	Benoemde aspecten	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Cliëntgebonden	Psychiatrie	-	+	+	-	+
	Verslavingszorg	-	+	+	-	+
	Crisisinterventie	+	+	-	-	+
	Medische zaken algemeen	-	+	+	-	+
	Maatschappelijke & juridische	-	+	-	-	+
Organisatiegebonden	Sociale kaart	-	+	+	-	+
	Intramuraal werken	-	+	-	-	+
	Ambulant werken	-	+	-	-	+
	Methodisch werken	-	+	-	-	+
Persoonsgebonden	Netwerken	+	+	-	-	+
	Samenwerking	-	+	+	-	+
	Werkmethodieken	+	+	+	-	+
Overigen	Wetenschappelijke kennis	-	+	-	-	-
	Ervaringen delen	-	+	-	-	+
	Trommel aan kennis	-	-	+	-	-
	Automatisering	-	+	-	-	-

Zoals eerder vermeld werd aan de bemoeizorgers gevraagd om gedurende vijf werkdagen in een dagboek bij te houden aan welke activiteiten zij hun tijd besteedden.

De onderstaande figuur 4.6 geeft aan in welke verhouding er werkzaamheden door de bemoeizorgers zijn uitgevoerd gedurende 5 werkdagen.

Figuur 4.6 overzicht werkzaamheden bemoeizorg



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-somatisch aspecten.
- Bij "sociaal" gaat het om de tijd die de bemoeizorgers heeft besteed aan sociale aspecten, bijvoorbeeld huisvesting en financiën.
- "Verwijzing" heeft betrekking op de tijd die is besteed aan het verwijzen van cliënten.
- Bij "andere" 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

5 = Parnassia

De bemoeizorg is in zijn werkzaamheden hoofdzakelijk direct met de cliënten bezig. Het face-to-face percentage zal vanwege het complexe karakter van de problematiek waarschijnlijk erg hoog liggen. Er wordt veel tijd en energie gestoken in het directe cliëntcontact om op die manier de cliënt te verleiden tot zorg. De bemoeizorg methodiek gaat uit van een heel persoonlijke benadering van de cliënt, in de praktijk blijkt dit ook zo te zijn.

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

Bij een vergelijkbaar onderzoek naar casemanagement zullen de aspecten verwijzing en anders vermoedelijk hoger scoren. Casemanagers houden zich meer bezig met het organiseren en coördineren van de zorg en minder met de directe uitvoering daarvan.

4.5. Houding

4.5.1. Literatuur:

De houding van de bemoeizorger wordt door verschillende auteurs uitvoerig omschreven, zowel wat betreft de samenwerking met andere professionals en instellingen als in de directe relatie met cliënten.

Lindt (2000, blz. 40) omschrijft de houdingsaspecten die voor de samenwerking met anderen van essentieel belang zijn:

- Waardering voor de moeite die de verwijzer zich heeft getroost;
- Aandacht voor reeds verleende zorg en ondernomen acties;
- Het belang aangeven van het contact dat is opgebouwd met de cliënt of zijn omgeving;
- Kennis nemen van alle informatie;
- Inzet tonen om samen met de verwijzer een oplossing te vinden.

Ook in de directe relatie met de cliënt worden houdingsaspecten vermeld.

Zo wordt in de projectomschrijving van Vangnetteam Arnhem het volgende gezegd over de vereiste houding:

“Cruciaal is dat de hulpverlener het vertrouwen van de cliënt weet te winnen. Daarvoor is het nodig betrouwbare toezeggingen te kunnen doen en te kunnen garanderen wat zal worden geleverd”.

Volgens Hendrix (1998, blz. 26) is een houding van emotionele betrokkenheid bij de cliënt van belang. Henselmans (1993) spreekt in dit kader van “compassionate interference”.

Bemoeizorg verlenen vraagt om een groot doorzettingsvermogen, geduld, duidelijkheid en een vorm van directiviteit die niet als dwingend ervaren wordt.

Lohuis (2000, blz. 144) noemt de volgende houdingsaspecten:

- De bereidheid om mee te bewegen op de hulpbehoefte van cliënten en daarbij terugval en grilligheid te accepteren;
- De bereidheid om praktische en materiele hulp te bieden;
- De bereidheid om een dialoog met alle betrokkenen aan te gaan over de oplossingsrichting;
- De bereidheid om actief en outreachend te willen optreden;
- De bereidheid om verschillen in leefstijl en normenkaders te accepteren;
- De bereidheid om kwaliteiten van cliënten te benadrukken en gedrag positief te heretiketteren;
- Een besef dat de samenleving nu en dan hoge eisen stelt aan zijn burgers en dat een groep uitvallers relatief makkelijk ontstaat, helpt om een houding van welgemeende zorg uit te stralen.

De omschrijving die Lohuis (1998, blz. 102) citeert van Polstra (1999) over de houding van de bemoeizorger sluit hier vrij nauw bij aan:

“Bemoeizorg met een menselijk gezicht is erop gericht de cliënt serieus te nemen en getracht wordt hem binnen de samenleving niet te zeer te isoleren. Dit impliceert dat de hulpverlener actief probleemoplossend wil werken binnen de sociale leefwereld van de cliënt”

4.5.2. De professionals:

De gegevens uit de interviews laten zich indelen in houdingsaspecten m.b.t. respectievelijk de doelgroep, de collega's c.q. het netwerk en de bemoeizorger zelf.

a) De doelgroep.

Betrouwbaarheid uitstralen naar de cliënt dat komt tot uiting in betrokkenheid, afspraken nakomen, zelf erop af gaan en niet een ander sturen.

Naar de cliënt toe geen valse verwachtingen scheppen. Dit kan volgens een viertal respondenten gerealiseerd worden door duidelijk te maken wat bemoeizorg is en wat bemoeizorg doet en wat bemoeizorg kan bieden. Eén geïnterviewde verwoordde het als volgt: *“Betrouwbaarheid en betrokkenheid leer je in geen enkele opleiding dat moet vanuit jezelf komen”*.

Naast betrouwbaarheid is naar de mening van de professionals het aannemen van een laagdrempelige houding een belangrijk aspect van de houding van de bemoeizorger. De kenmerken van een laagdrempelige houding zijn volgens hen:

- Mensen kunnen respecteren zoals ze zijn en in de keuzes die ze maken, oftewel het onbevooroordeeld naar gedrag kunnen kijken. Een open houding ten opzichte van de cliënt. Niet direct ergens een waardeoordeel aan geven. Geen belerende houding aannemen ten opzichte van de cliënt, de waarheid niet in pacht willen hebben. Iemand serieus nemen;
- Aansluiting proberen te vinden bij het niveau van de cliënt en niet hoog boven de cliënt willen staan, de ander niet naar beneden willen halen, geen arrogantie;
- Ervan uitgaan dat er altijd wel een resultaat te behalen valt. Kijken of er sprake is van onmacht en daar veel meer bij stilstaan;
- Geen zielejjes willen winnen;
- Bemoeizorg denkt vanuit het referentiekader van de cliënt;
- Bemoeizorg is niet star en bureaucratisch;
- Rehabilitatieattitude hebben, dat wil zeggen mensen proberen zelf aan het werk te krijgen. Dit is te bereiken door goed in te schatten wat de cliënt nog zelf kan, wat overgenomen moet worden en wat nodig is om dit uit te bouwen. Hierdoor bewaakt de bemoeizorger ook zijn eigen grenzen.

Vijf respondenten gaven aan dat rust uitstralen voor hen belangrijk is en daaraan gekoppeld de acceptatie dat de cliëntèle van bemoeizorg vaak lange tijd geen zorg heeft gehad. Het uitstralen van rust en acceptatie verwoordden zij als volgt:

“Er kan niet verwacht worden dat binnen een maand het hele leven van de cliënt weer van de grond getild kan worden. Ervan uitgaande dat iemand niet van gisteren op vandaag zorgwekkend zorgmijgend is geworden, hoeft het ook niet allemaal vandaag opgelost te worden”.

b) Collega's / netwerk

Naar de mening van de professionals vraagt bemoeizorg om een andere manier van samenwerken dan binnen de reguliere zorg.

Dit uit zich in het elkaar durven aanspreken op zaken die niet van de grond komen c.q. niet goed functioneren. De verantwoordelijkheid nemen en van daaruit mensen op hun gedrag aanspreken. Oftewel: *"het lef hebben om de dingen daar te zoeken waar ze horen"*.

Een ander houdingsaspect ten aanzien van collega's dat door een 3-tal respondenten in verschillende bewoordingen wordt weergegeven is het aannemen van een lerende houding. Dit houdt in een planmatige terugkoppeling naar collega's om zo van elkaars ervaringen te leren en te blijven openstaan voor suggesties van een ander, ook al is deze minder ervaren. Willen leren van de eigen fouten. Een gevolg hiervan is dat de bemoeizorger moet accepteren dat de professional niet alles kan weten en dat er bij anderen navraag moet worden.

Verder wordt met name in de relatie met netwerkpartners genoemd dat geen valse verwachtingen worden geschapen: nakomen wat wordt beloofd.

Een laatste houdingsaspect: niet arrogant zijn, niet hoog boven de samenwerkingspartner staan, de ander niet naar beneden willen halen, de waarheid niet in pacht willen hebben.

c) Ten opzichte van zichzelf

Over zichzelf hebben de professionals een uitgesproken mening. Drie respondenten vinden dat ze geen leiderstipe moeten zijn maar wel de ander op constructieve basis moeten kunnen coachen. Regelmatig wordt immers gevraagd om in bepaalde situaties mee te kijken en te luisteren.

Twee professionals vinden dat een bemoeizorger een zelfbewuste hulpverlener is die weet waar hij voor staat. Dit zelfbewuste komt volgens hen tot uiting in het feit dat hij zijn eigen tekortkomingen kent en accepteert. Zeker omdat de doelgroep bestaat uit mensen die aan de rand van de maatschappij staan. De bemoeizorger heeft volgens hen: *"Een eigen ik zonder schroom, hij blijft zichzelf, is nieuwsgierig en wil overal de neus in steken, beschikt over zelfkennis en durft autonoom te zijn"*.

De bemoeizorger weet de balans te vinden en te bewaren tussen bewust handelen, achteruitleunen of studeren over de aan te nemen rol. Hij is in staat eigen normen en waarden te koppelen aan de hulpverleningsethiek. Niet praten maar doen, problemen niet groter maken dan ze zijn. Niet veroordelend zijn, maar wel consequent. Het is niet mogelijk om alle cliënten even aardig te vinden of door iedereen aardig gevonden te worden.

Twee bemoeizorgers geven aan wat een bemoeizorger vooral niet moet zijn: Mild, bescheiden, meelopend, empatisch, invoelend of een einzelgänger. Iemand met een dergelijke persoonlijkheid kan naar hun mening beter in de reguliere hulpverlening gaan werken.

4.5.3. Coördinatoren:

Ook hier is een onderverdeling gemaakt in houdingsaspecten ten opzichte van cliënten, collega's en zichzelf.

a) Cliënten

De bemoeizorger moet volgens twee coördinatoren betrouwbaarheid kunnen uitstralen naar de cliënt, maar ook overwicht hebben en van wanten weten.

Één coördinator geeft aan dat deze van de bemoeizorger verwacht dat deze verder kijkt dan symptoombestrijding om zo tot een structurele oplossing te komen.

De bemoeizorger moet niet alles zelf willen doen. Het uitgangspunt moet zijn dat de cliënt weer in beweging komt in de richting van de reguliere hulpverlening. Bij voorkeur geschiedt dit in samenspraak tussen de cliënt en de bemoeizorger.

De bemoeizorger moet beseffen dat de cliënt niet om zijn komst heeft gevraagd. Dit vraagt om respect en "*het besef dat je op het terrein van de cliënt bent*". Dit komt tot uiting in het gedoseerd, respectvol en voorzichtig benaderen van mensen en een praktische instelling etaleren

De huidige hulpverlening is volgens één van de coördinatoren te soft. De maatschappij vraagt in zijn optiek meer om een houding van eigen verantwoordelijkheid. Niet meer bemoederen, maar aansturen van het "kleutergedrag". Als dat niet gedaan wordt heeft in zijn ogen de hulpverlening ook geen zin.

b) Collega's

Ten aanzien van de collega's en de netwerkpartners wordt door twee coördinatoren verwacht dat de individuele bemoeizorger "er voor gaat". Een casus niet als een probleem zien, maar als een persoon die om wat voor reden dan ook in een bepaalde situatie terecht is gekomen. Van een bemoeizorgteam wordt een instelling verwacht dat ze er samen voor gaan. Dit vraagt om spontaniteit, enthousiasme en gedrevenheid.

Mensen die werken in de bemoeizorg zijn volgens een coördinator pioniers, hard rennende mensen, mensen die geen behoefte hebben aan "democratisch gedoe". Mensen met charisma, fanatieke personen. Die personen komen volgens een coördinator goed en betrouwbaar over bij zowel de cliënten als de netwerkpartners.

Om een inschatting hiervan te kunnen maken geeft een coördinator aan dat hij bij een sollicitatiegesprek een casus voorlegt en op basis daarvan bekijkt hoe de sollicitant met de geschetste situatie om gaat. Is zijn optreden rigide of haalt hij alles uit de kast om zijn doel te bereiken. Laat hij zich weggagen?

c) Zichzelf

Volgens twee coördinatoren mag de bemoeizorger niet de reddende engel spelen. Dat komt niet geloofwaardig over, wel is een houding van: "*wat kan ik als professional voor de ander betekenen*" op zijn plaats. De bemoeizorger staat met twee benen op de grond en is daadkrachtig genoeg om beslissingen te nemen. Een coördinator verwoordde het zo: "*Aan besluiteloze mensen hebben we hier niets*". De bemoeizorger tast de grenzen van het haalbare voortdurend af, durft impopulaire maatregelen te nemen en is niet bang om teruggefloten te worden.

Drie coördinatoren geven aan dat de vereiste houdingsaspecten niet op school worden geleerd maar zijn aangeboren of ontwikkeld op basis van levenservaring.

Het is daarom ook belangrijk dat de bemoeizorger een goed zelfinzicht heeft om steeds betrouwbaar te kunnen zijn voor de ander.

Er wordt in de optiek van de coördinatoren bij het aanstellen van medewerkers gelet op zowel professionele kwaliteiten als op levenservaring: welke intrinsieke kwaliteiten zijn er, welke methodische kennis is verworven en kan die in een specifieke situatie toegepast worden?

4.5.4. Expertmeeting

De experts vinden dat ze niet alleen betrouwbaar zijn naar de cliënt toe, maar ook onvoorspelbaar en onverwacht bij de cliënt binnen moeten komen vallen om een inschatting te kunnen maken hoe het met de motivatie zit als de bemoeizorgers niet verwacht worden. Ook zullen de cliënten door de bemoeizorgers op directief confronterende manier gewezen moeten worden op de consequenties van hun gedrag.

Het werd in de expertmeetings nogmaals benadrukt dat het voor de bemoeizorg van essentieel belang is om reële, haalbare doelen te stellen waardoor de garantie op succes toeneemt. De bemoeizorg moet niet puur resultaat gericht willen zijn, maar veel meer werken aan het opbouwen van een (vertrouwens)relatie.

De bemoeizorg moet in staat zijn om het eigen referentiekader te overstijgen en proberen in te zien wat de motieven voor de handelingen zijn bij de cliënt, de netwerkpartners en bij zichzelf.

De bemoeizorg moet autonoom zijn, vanuit een soort ondernemerschap pro-actief kunnen handelen. Proberen een paar stappen vooruit te denken.

Wat betreft het nakomen van afspraken mogen de bemoeizorgers ook wel een bepaalde marge inbouwen. Ook de bemoeizorg cliënt zal moeten begrijpen dat er soms wat tussen afspraken kan komen. Als dit van te voren wordt uitgelegd is de ervaring dat dit ook wel begrepen wordt door de cliënt.

De bemoeizorgers moeten niet dezelfde “fouten” maken als de reguliere hulpverleners door zich te verschuilen achter privacy en instellingsregels als zaken niet geregeld kunnen worden of geregeld zijn.

De bemoeizorg moet geen prestatienormering nastreven dat is opgelegd door het management. De manager/coördinator is bedoeld voor bewaking van de hoofdlijnen en inhoudelijke coaching in geval de bemoeizorg vast loopt met een casus.

4.5.5. Samenvatting

In de literatuur, interviews en dagboeken komen verschillende houdingsaspecten van de bemoeizorg naar voren. In de beschrijving daarvan is onderscheid gemaakt naar houdingsaspecten die van belang zijn in de relatie met de cliënt, in de relatie met collega's en houdingsaspecten die voor de persoon van de bemoeizorg zelf van belang zijn.

Houdingsaspecten, van belang in 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 stellen voor de cliënt waardoor de kans op succes toeneemt.
- Rehabilitatieattitude, het inschatten welke vaardigheden de cliënt nog zelf bezit en welke vaardigheden moet worden overgenomen.
- Het beschikken over geduld en doorzettingsvermogen, niet snel tot resultaten willen komen, maar het tempo door de cliënt laten bepalen.

Houdingsaspecten, van belang in de relatie met collega's:

- Het aannemen van een lerende houding, niet de waarheid in pacht willen hebben, accepteren dat anderen meer kennis van zaken hebben.
- Het geven en nemen van verantwoordelijkheid door na te komen wat beloofd is zowel ten opzichte van de eigen collega's als ten opzichte van externe samenwerkingspartners.

Houdingsaspecten, van belang voor de persoon:

- Charisma en lef.
- Gedrevenheid en doorzettingsvermogen.

Onderstaande tabel 4.7 geeft aan in hoeverre de houdingsaspecten door de diverse informatiebronnen zijn genoemd een schematisch overzicht van de houdingsaspecten

Tabel 4.7: Houdingsaspecten zoals vermeld in de diverse informatiebronnen.

	Benoemde aspecten	Literatuur	Professionals	Coördinatoren	Dagboek	Expert
Cliëntgebonden	Emotionele betrokkenheid	+	+	-	-	+
	Acceptatie	+	+	-	-	+
	Sterke kanten	+	+	+	-	+
	Betrouwbaarheid	+	+	+	-	+
	Laagdrempelig	-	+	-	-	+
	Resultaat gericht	-	+	-	-	+
	Respect				+	+
Organisatiegebonden	Samenwerking	+	+	+	+	+
	Outreachend	+	-	-	+	+
	Betrouwbaarheid	+	+	+	-	+
	Verantwoordelijk	-	+	+	-	+
Persoonsgebonden	Praktisch ingesteld	+	+	+	+	+
	Geduld	+	+	-	-	+
	Duidelijkheid	+	+	+	-	+
	Lerende houding	-	+	-	-	+
	Zelfbewust	-	+	+	-	+
	Coachen	-	+	-	-	+
	Realistisch	-	-	+	-	+
Overigen	Waarden en normen	+	+	-	-	+

4.6. Vaardigheden

4.6.1. Literatuur.

Lohuis (2000, blz. 53) geeft een overzicht van de vaardigheden die de bemoeizorger moet kunnen hanteren om deze vorm van hulpverlening uit te voeren:

- Diagnostiek voor inschatten ernst problematiek;
- Vinger aan de pols houden en iemand volgen (monitoring);
- Afstemmen van de geboden zorg door verschillende hulpverleners (linking);
- Coördinatie van zorg;
- Belangenbehartiging;

- Crisisinterventie;
- Steun in het dagelijks leven;
- Psycho-educatie.

Om de bovenstaande aspecten te kunnen vervullen geven Hendrix (1998, blz. 44-48) en Lohuis (2000, blz. 93) een overzicht van de diverse rollen. Deze rollen zijn afkomstig uit de door Henselmans ontwikkelde methodiek van bemoeizorg:

- *Onderwijzer/ouder*: de pedagoog, richt zich op de ontbrekende wil en kennis bij de cliënt. Is het effectief als er een vertrouwensrelatie is tussen hulpverlener en cliënt.
- *Koopman*: gericht op het veranderen van de opvatting van de cliënt. De bemoeizorger moet de wil van de cliënt veranderen. Zoeken naar gemeenschappelijke belangen en vermijdt discussies.
- *Onderhandelaar*: richt zich zowel op de belangen van de cliënt als op die van de hulpverlening, streeft naar een win-win situatie.
- *Diplomaat*: manoeuvreert zich tussen de belangen van de partijen, maakt duidelijk wat er van ieder afzonderlijk verwacht kan worden.
- *Voogd*: paternalistische rol, neemt verantwoordelijkheden van de cliënt over om zo beslissingen te forceren. Het gaat om de bestwil van de cliënt.
- *Casemanager of zorgcoördinator*: afstemming hulpverlening door verschillende organisaties en disciplines die bij het oplossen van de complexe problematieken nodig zijn.

De specifieke vaardigheden om de cliënt te verleiden tot zorg zijn door enkele auteurs nader aangegeven. Hendrix (2000, blz. 12) wijst op het belang dat de bemoeizorger een strategie bedenkt om contact te maken met de wantrouwende en niet willende cliënt. De bemoeizorger doet dit volgens hem door nauw aan te sluiten bij de directe behoeften van de cliënt. Dit kan ook leiden tot manipulatieve en directieve interventies als de cliënt geen bereidheid toont tot vrijwillige medewerking.

Lindt: (2000) noemt de volgende vaardigheden:

a) Gedragstherapeutische technieken (Lindt, blz. 26):

- Vormen van belonen, negeren en straffen om cliënten of mensen uit hun omgeving tot ander gedrag te bewegen.

b) Werkwijze: (Lindt blz. 57-61)

- Luisteren, medeleven tonen en mogelijkheid geven om probleem ergens neer te leggen. Aanspreekpunt zijn voor de omgeving om klachten te spuien.
- Medicatie en begeleiding regelen voor de cliënt of praktische hulp geven zodat snel iets gebeurt aan de grootste problemen.
- Psycho-educatie geven aan direct betrokkenen, uitleg over psychische achtergronden van de cliënt en praktisch advies en begeleiding in het omgaan ermee.
- Waardering tonen van inzet aan andere professionals en afspraken met ze maken over begeleiding, samenwerking en praktische hulp.
- Rust creëren door extra hulp te organiseren voor de cliënt en met de zorgketen afspraken maken over verantwoordelijkheden.

c) Onderhandelingsvaardigheden en technieken (Lindt blz. 57-61):

- Psycho-educatie;
- Begeleiden en steunen van de betrokkenen om hun draagkracht te versterken.
- Regelmatig overleg plegen met verschillende netwerkleden over het bijstaan en uitwisselen kennis.

- Praktisch ingrijpen om knelpunten uit de weg te ruimen.
- Lobbyen om diensten toegankelijk te maken.
- Netwerkleiden in de praktijk demonstreren hoe het beste met de cliënt en diens problemen om te gaan.

Lohuis (2000) geeft de volgende opsomming:

- Principes ter bevordering van motivatie (blz. 67+68):
 - Empathie tonen,
 - Discrepantie ontwikkelen,
 - Discussie vermijden,
 - Meegaan met weerstand,
 - Geloof in eigen succes steunen
- Fasen in veranderingsproces: vooroverweging → overweging → besluit (blz. 69)
- Facetten van leren, proces van leren, vorm waarin leren plaatsvindt en een passende attitude van de hulpverlener (blz. 77)
- Toepassen van drang om verder afglijden van cliënten te voorkomen (blz. 148)
- Gesprekken zijn oplossingsgericht en hebben een doelstellend karakter. (blz. 144)

In het projectvoorstel van Arnhem (2000, blz. 2) worden de volgende vaardigheden genoemd:

- Het gaat om contact maken en individuele hulp bieden.
- In samenwerking met de cliënt relaties leggen met het oorspronkelijk of ander bestaand sociaal verband (blz. 2)

4.6.2. De professionals:

De bemoeizorger wordt geacht over de nodige vaardigheden te beschikken om mensen over de drempel van de hulpverlening te trekken.

Deze vaardigheden worden hieronder ingedeeld in persoonsgerichte en werkgebonden vaardigheden.

Persoonsgerichte vaardigheden:

a) Flexibiliteit: (6)

De bemoeizorger moet verschillende rollen kunnen spelen op het moment dat het nodig is, variërend van vriendin tot onderwijzer. In sommige gevallen wordt er pas achteraf geconstateerd welke rol is aangenomen. De bemoeizorger wordt geacht in een split-second en op Fingerspitzengefühl te weten wanneer welke rol moet worden gekozen

De bemoeizorg heeft te maken met individuen en daarom is het niet mogelijk om één strafmaat of beloningsmaat te hanteren.

Het werk is moeilijk aan één methodiek aan te passen, het is meer achteraf bekijken hoe het proces liep en welke rol de werker erin vervulde.

Bemoeizorg vraagt er volgens de respondenten om in de huid van de persoon tegenover je te kunnen kruipen. Hierbij is een inlevend vermogen van belang. Niet alles hoeft van te voren begrepen te worden Dit vraagt wel om een goede voorbereiding en de vaardigheid tot het nemen van besluiten.

b) Doorzettingsvermogen; (8)

Hierbij gaat het vooral om geduld hebben en de tijd nemen.

Geduld hebben houdt in dat de bemoeizorger zich in het proces kan vastbijten en niet direct een groot resultaat hoeft te zien. Om een resultaat te bereiken moet de bemoeizorger volgens de professionals over een lange adem beschikken, vasthoudend zijn. Dit houdt overigens niet

in dat tot in lengte van jaren blindelings moet worden doorgedaan. De bemoeizorger gaat door zolang er een bepaald perspectief blijft.

Vasthoudend zijn betekent: *“als het vandaag niet lukt, dan lukt het misschien morgen wel”*. Een professional verwoordde het doorzettingsvermogen als volgt: *“De bemoeizorger moet zich niet laten afschrikken als de cliënt weer een terugval heeft maar blijven zoeken naar openingen om weer verder te gaan”*.

De bemoeizorger moet er volgens een geïnterviewde wel voor waken dat de vasthoudendheid niet doorschiet in drammen want daar zit geen enkele cliënt of organisatie op te wachten

c) Creatief: (10)

Hieronder wordt door de respondenten verstaan het intuïtief kunnen werken met een hoog improvisatie vermogen. Het werk vraagt om ad-hoc plannetjes, invoelen wanneer welke rol gebruikt kan worden en van daaruit kunnen werken.

Een methodiek wordt gebruikt als een soort handleiding of richtlijn. De bemoeizorger moet niet vastzitten aan allerlei strategieën vanuit de opleiding of literatuur.

De bemoeizorger moet dingen willen uitvinden en uitproberen.

Om met bovenstaande vaardigheden te kunnen werken zijn nog een aantal persoonlijke karaktereigenschappen genoemd. Deze zijn:

- Stressbestendigheid om te kunnen omgaan met manipulatief gedrag en stevig in de schoenen staan om te weten hoe in verschillende situaties gereageerd kan worden.
- Hoge frustratietolerantie bezitten. Dit uit zich in het positief blijven kijken naar de cliënt en de situatie om daar vooruitgang in te krijgen. Een bemoeizorger moet niet star, bureaucratisch en bot zijn. De professional wordt geacht te kunnen vergeten en vergeven, niet haatdragend zijn en niet met gevoelens van boosheid of woede blijven lopen.
- Relativeringsvermogen oftewel het accepteren dat niet alles gedaan kan worden en over een bepaalde dosis humor beschikken.
- Sfeer bewaken, zorgen dat er een goede sfeer is en blijft binnen het team om zo de cohesie binnen de groep te houden.
- Nieuwsgierigheid, van bemoeizorgers wordt verwacht dat ze verder kijken dan hun neus lang is.
- Oprecht zijn en niet met “ dubbele pet ” werken. Open en eerlijk met de cliënt en het netwerk communiceren en daarbij niet vastzitten aan het eigen waarden en normen patroon.
- Vertrouwen winnen door betrouwbaar te zijn voor de cliënt en het netwerk en van daaruit werken.
- En tenslotte: “aangeven als je je dag niet hebt”, zodat de ander weet waar deze aan toe is.

Werkgebonden vaardigheden

De bemoeizorgers benadrukken in de interviews het grote belang van planmatig werken.

De gegeven motivatie hiervoor is: *“hoe chaotischer de cliënt hoe ordelijker de professional moet zijn”*.

Het ordelijke van de professional betreft het aanbrengen van structuur in het werk, zodanig dat een collega daar ook mee kan werken. Voorwaarde is dat de bemoeizorger administratieve vaardigheden bezit en accuraat is in de registratie.

Een ander aspect van planmatig werken is het coördineren van de zorg. De coördinatie bestaat volgens de professionals uit het organiseren van rondetafelgesprekken over een cliënt. De bemoeizorger is hier naar eigen zeggen zelf verantwoordelijk voor, een geïnterviewde zei

hierover: “*wij bezitten hierin een voortrekkersrol, wij zijn duwers van het proces*”. De bemoeizorger is dan in dat overleg belangenbehartiger van de cliënt.

Planmatig en gestructureerd werken vereist een helikopterview (vanaf “een afstand” analyseren wat er speelt).

Specifieke vaardigheden om planmatig te werken liggen op het vlak van de uitvoering, interventie en communicatie.

d) Uitvoering:

Door middel van coaching worden werkproblemen bespreekbaar gemaakt. Op die manier kan in gezamenlijk overleg een oplossing worden gevonden. Diversiteit in het team werkt bevorderend en stimulerend. Men leert van elkaar.

Voor het kunnen uitvoeren van bemoeizorg is volgens een respondent nodig om “*het talent voor hulpverlening te hebben*”.

Een bemoeizorger moet kunnen werken met zowel gemakkelijke als moeilijke cliënten en samenwerkingspartners. Ook moet de bemoeizorger kunnen omgaan met hiërarchisch gevoelige hulpverleners die niet buiten de kaders van de eigen organisatie/afdeling durven te treden.

Volgens acht geïnterviewden is het van groot belang dat de bemoeizorger in staat is om zijn grenzen te bewaken. De bemoeizorger mag professionele betrokkenheid niet verwarren met persoonlijke betrokkenheid.

Gezien het intensieve contact moet de bemoeizorger waken voor een gebrek aan professionele afstand. Een bemoeizorger verwoordde dit als volgt: “*Maximale toenadering met behoud van distantie*”.

Grenzen worden bepaald door duidelijk te maken wat tot bemoeizorg behoort en wat niet en daarin de juiste prioriteiten te stellen. De bemoeizorger houdt in de gaten houden waar professionaliteit op houdt en is zich ervan bewust zich permanent in een spanningsveld te bevinden.

Een andere uitvoeringsvaardigheid betreft de outreachende werkwijze. De bemoeizorger loopt gemakkelijk bij andere instellingen binnen, bijvoorbeeld bij de woningbouwvereniging, de gemeente en de politie. Daar moet de bemoeizorger geen drempels of schroom ervaren. Outreachend werken vraagt volgens de professionals ook om een groot zelfstandig vermogen en een hiërarchische “ongevoeligheid”.

e) Interventie:

Door dicht bij de cliënt te blijven en het werktempo aan de cliënt aan te passen bestaat er een kans om überhaupt weer contact met de cliënt te krijgen en te behouden. Lukt dat niet, dan haakt de cliënt weer af.

Verder wordt een pragmatische aanpak bepleit. Zorg letterlijk dat de cliënt op goede plek en met het gevoel welkom te zijn ontvangen kan worden. Op deze manier kan een werk- en vertrouwensrelatie opgebouwd worden.

Een bemoeizorger gaf aan dat het erom gaat “*te kunnen spelen met mensen, mensen kneden*”. De bemoeizorgers moeten in hun toeleiding naar de reguliere zorg motiveringsstrategieën gebruiken en direct alle mogelijke hulpverlening uit de kast kunnen trekken op het moment dat de cliënt daar gevoelig voor blijkt te zijn. Als de start van het contact verkeerd is dan verloopt het verdere contact aanzienlijk moeilijker.

Om een totaalbeeld van de problematiek te krijgen zal de bemoeizorger de bestaande situatie eerst moeten analyseren en vervolgens op zoek moeten gaan naar de oorzaken. Oorzaak en

gevolg dienen goed gescheiden te worden. Dit kan de professional naar eigen zeggen doen door zich bewust te zijn vanuit welke visie of door welke professie het probleem wordt geanalyseerd, de meningen naast elkaar te zetten en door verhalen samen te vatten

f) Communicatieve vaardigheden en strategieën.

De bemoeizorger wordt volgens de geïnterviewden geacht communicatief vaardig te zijn. Deze vaardigheden richten zich op de communicatie naar cliënten, de eigen instelling en naar andere instellingen.

In de relatie met cliënten vinden de bemoeizorgers dat het niveau van de communicatie aangepast moet worden aan de cliënt. Ogen en oren moeten goed gebruikt worden.

In de relatie met collega's en andere instellingen gaat het volgens de bemoeizorgers om het zogenaamde netwerken.

Netwerken houdt volgens hen in het zorgen voor korte lijntjes en het benutten van achterdeurtjes etc. Op basis van hun ervaringen is dat niet alleen handig, het is zelfs essentieel voor dit werk. Het is van belang dat zaken snel teruggekoppeld kunnen worden.

In de communicatie met het team gaat het om het gebruik maken van de sterke kanten Elkaar aanvullen en daar waar nodig activiteiten overnemen. Om dit te kunnen moet er een goed zicht zijn op de individuele kwaliteiten van de professional.

Het netwerken houdt in dat er ook contact is met andere professionals en organisaties zonder dat er een directe cliëntgerelateerde aanleiding is. Ook het warm houden van de contacten is van belang bij netwerken.

Om dit netwerk te onderhouden en niet te laten stranden op teleurstellingen geven de bemoeizorgers aan dat er aan de ander uitgelegd moet worden dat niet alles op stel en sprong veranderd kan worden. Escalatie kan niet altijd worden voorkomen, wel kan de druk voor een deel worden weggenomen.

Twee bemoeizorgers vermeldden in dit verband dat ze de vaardigheid moeten hebben om zowel een teamspeler als een individualist te zijn.

Een dilemma in de communicatie betreft de afweging van wat wel en wat niet kan worden verteld in de verschillende overlegvormen.

4.6.3. Coördinatoren:

De coördinatoren noemen in het interview een aantal vereiste vaardigheden die eveneens zijn in te delen in persoonsgerichte en werkgebonden vaardigheden.

Één coördinator ging ook in op de vraag welke vaardigheden de coördinator dient te bezitten om de bemoeizorgers aan te sturen.

Persoonsgerichte vaardigheden

a) Vasthoudendheid

Drie coördinatoren vinden dat een bemoeizorger zich moet kunnen vastbijten in een situatie en zich niet weg moet laten jagen door het uitblijven van grote resultaten. De professional moet het vertrouwen van de klant kunnen winnen. Hij weet hoe mensen te benaderen.

b) Creativiteit.

Één coördinator geeft aan dat de bemoeizorger de verworven methodische kennis moet kunnen toepassen in de praktijk. Bemoeizorg is een praktische manier van werken die vraagt om inventiviteit van de professional.

De professional zal de creativiteit moeten bezitten om van de geëffende paden af te wijken.

Een bemoeizorger moet niet rigide en geprotocolleerd willen werken en ook niet bang zijn om

regels los te laten. De bemoeizorger zal creatief moeten omgaan met wat zich aandient. De normen en waarden dienen zo te worden gehanteerd dat ze in het belang van de cliënt acceptabel blijven.

c) Relativering

De bemoeizorger moeten kunnen relativieren. De in de interviews genoemde kenmerken daarvan zijn:

- Over humor beschikken;
- In dit werk is het onmogelijk om door iedereen aardig gevonden te worden.
- Kunnen berusten in de situatie zoals die zich aandient.
- Afstand nemen en lage doelen durven stellen.

Werkgebonden vaardigheden.

d) Uitvoering

Bemoeizorg vraagt om doortastendheid. De bemoeizorger dient alles uit de kast te kunnen trekken op het moment dat dit gevraagd wordt. Hij is volhardend en toont daadkracht. Hij durft knopen door te hakken in multiprobleem situaties.

Ook negatieve beslissingen durft hij uit te voeren. Hij houdt mensen niet aan het lijntje. Hij dreigt niet alleen met impopulaire maatregelen, maar voert ze indien noodzakelijk ook uit. Hij beschikt over motivationele gesprekstechnieken, hij durft te “duwen”. Daarin wijkt de bemoeizorger af van de reguliere hulpverlener.

De bemoeizorger is naar de mening van twee coördinatoren niet grenzeloos naar de doelgroep en de samenwerkingspartners. De bemoeizorger moet grenzen durven stellen en bewaken. Hij doet dit door alleen beloften te doen die ook nagekomen kunnen worden.

e) Interventie

De bemoeizorger moet zich volgens twee coördinatoren kunnen aanpassen aan het niveau van de cliënt en daarbij de eigen professionaliteit in acht blijven nemen. Om resultaat bij een cliënt te realiseren moet de bemoeizorger afwijken van de normale patronen omdat die meestal niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd.

Hij benadert de cliënt met respect en interesse. De interventies die een bemoeizorger wil uitvoeren hebben soms een onorthodox karakter. Het zijn vaak initiatieven die volgens de reguliere maatstaven niet kunnen maar waarin de cliënt centraal staat. Volgens drie coördinatoren is die aanpak goed mits te verantwoorden in het belang van de cliënt. Het eigen belang van de professional, van welke aard dan ook, mag nooit voorop staan.

Om de juiste beslissingen te nemen vinden twee coördinatoren dat de bemoeizorger een situatie eerst goed moet analyseren. Deze analyse verloopt systematisch, doordacht en objectief en geeft antwoord op de vraag hoe en waar het snelst kan worden gehandeld.

f) Communicatie:

De bemoeizorger moet volgens alle coördinatoren beschikken over uitstekende onderhandelingsvaardigheden.

De bemoeizorger wordt geacht sociaal vaardig te zijn omdat er sprake is van veel en veelsoortige contacten. Deze vaardigheden komen tot uiting in het geven van voorlichting en in het overleg met andere disciplines. De professional moet weten van hoe contact kan worden gelegd en wat er nodig is om het contact te onderhouden.

Zoals reeds eerder aangegeven gaf één coördinator een overzicht van de vaardigheden van de coördinator:

- Korte lijntjes met het team hebben hetgeen zich uit in het direct laten aanspreken door medewerkers;
- Dagelijks aanwezig zijn om zo de praktijk van nabij te kunnen volgen;
- Realistische beloften doen en deze ook uitvoeren;
- Feedback geven op elk moment;
- Streng kunnen zijn door grenzen te stellen;
- Vertaalslag kunnen maken van de intermediairfunctie naar de backoffice;
- Doorgeefluik zijn voor alle informatie van boven en extern naar de werkvloer;
- Contacten met externen onderhouden en eventueel uitbreiden.

4.6.4. Expertmeeting

De persoonsgebonden vaardigheden worden volgens de experts in de praktijk steeds verder verfijnd en toegespitst op de doelgroep.

Wat betreft de organisatiegebonden vaardigheden vinden de professionals dat ze moeten kunnen omgaan met de spanningenvelden en cultuurverschillen die er heersen tussen de instellingen en afdelingen waarmee ze mee in aanraking komen. Een groot knelpunt in het bemoeizorgwerk is het grote aanbod van cliënten en de beperkt beschikbare capaciteit in de reguliere hulpverlening. Er zullen ten behoeve van de bemoeizorg prioriteiten gesteld moeten worden. Een consequentie van het outreachend werken kan zijn dat de kantoorwerkzaamheden als registratie en administratie er als eerste bij in zullen schieten. De persoonsgebonden vaardigheden moeten nog aangevuld worden met de mededeling dat de bemoeizorger moet proberen in de moeilijke situatie waar de cliënt zich vaak in bevindt de zaken waar mogelijk positief moet proberen te labelen zodat de cliënt weer licht aan het eind van de tunnel gaat zien.

4.6.5. Samenvatting

De vaardigheden die een bemoeizorger dient te hebben zijn onderverdeeld in de categorieën cliëntgebonden, organisatiegebonden, persoonsgebonden en uitvoering.

a) Cliëntgebonden

Bij de cliëntgebonden vaardigheden is het juist inschatten van de problematiek het belangrijkste aspect. De problematiek is het uitgangspunt voor 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. Daartoe bekijkt de bemoeizorger van een afstand de problematiek en zoekt naar de “ingangen” bij zowel de cliënt als de andere professionals/instellingen.

b) Organisatiegebonden

Organisatiegebonden vaardigheden liggen hoofdzakelijk op het gebied van de coördinatie. Coördinatie houdt in het afstemmen van de behoeften van de cliënt en het aanbod van instellingen. Er moet een actueel overzicht zijn van de afspraken die gemaakt zijn tussen cliënten en instellingen, maar ook tussen instellingen onderling. De bemoeizorger is de spin in het web om het uitgezette traject op continuïteit te blijven controleren. De werkwijze van bemoeizorg is outreachend: de bemoeizorger gaat actief op zoek naar de cliënt en naar samenwerking met andere organisaties, hij kan luisteren en waardering tonen voor het werk van de samenwerkingspartner en de cliënt.

c) Persoonsgebonden

Bij persoonsgebonden vaardigheden gaat het hoofdzakelijk om vaardigheden als flexibiliteit, doorzettingsvermogen en creativiteit. Hierin onderscheidt de bemoeizorger zich van de reguliere hulpverlener. Verder worden gedragstherapeutische vaardigheden als belonen en straffen genoemd.

d) Uitvoering

De praktische vaardigheden bij uitvoering, interventies en communicatie hebben betrekking op het vermogen om dicht bij de cliënt te blijven staan. De bemoeizorger moet niet toegeven aan de behoefte om het eigen kunnen te etaleren. De cliënt is richtinggevend.

Het werk van de bemoeizorger vraagt om structuur. Vanuit de chaos zullen er weer lijnen uitgezet moeten worden. Het bewaken van de grenzen is van belang om de verwachtingen zuiver te houden en om burn-out/ 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 aan de cliënt. Daarnaast 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 worden ingezet om contact te krijgen en te onderhouden. De bemoeizorger moet kunnen onderhandelen om de gestelde doelen te bereiken. Er wordt in onderling overleg bekeken welke mogelijkheden er zijn om afspraken te maken waar eenieder zich in kan vinden.

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

Tabel 4.8: de vereiste vaardigheden zoals door de diverse informatiebronnen naar voren gebracht

	Vaardigheden	Literatuur	Professional	Coördinator	Dagboek	Expert
Cliëntgebonden	Inschatten problematiek	+	+	+	-	+
	Monitoring	+	-	-	-	+
	Respect	-	-	+	-	+
Organisatiegebonden	Coördinatie	+	+	+	-	+
	Werkwijze	+	-	-	-	+
	Outreaching werken	+	+	-	+	+
Persoonsgebonden	Crisisinterventie	+	-	-	+	+
	Rollen professional	+	+	+	-	+
	Gedragstherapeutisch	+	-	-	-	+
	Motivatie bevorderen	+	-	-	-	+
	Flexibiliteit	-	+	-	-	+
	Doorzettingsvermogen	-	+	+	-	+
	Creativiteit	-	+	+	-	+
Uitvoering	Structuur	-	+	+	-	+
	Grenzen bewaken	-	+	+	-	+
Interventie	Dicht bij cliënt	-	+	+	-	+
	Vertrouwensrelatie	-	+	-	-	+
	Onorthodox werken	-	+	+	-	+

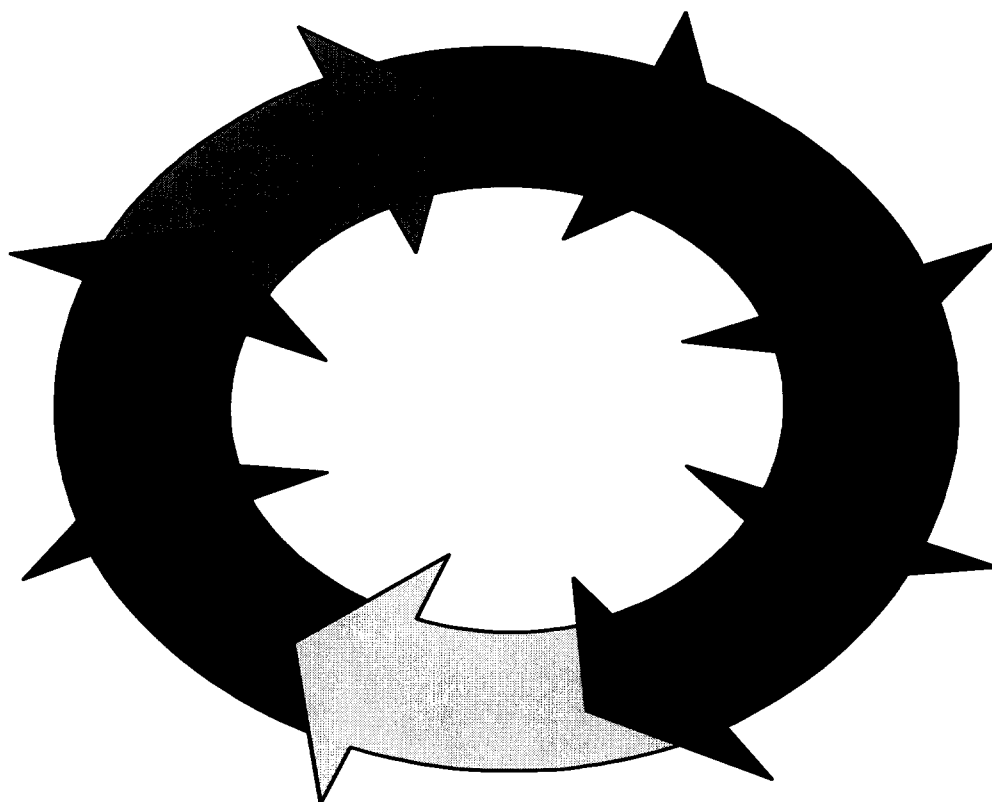
	Vaardigheden	Literatuur	Professional	Coördinator	Dagboek	Expert
Communicatie	Aanpassen niveau	-	+	+	-	+
	Gesprekstechnieken	-	+	+	-	+
	Onderhandeling	+	+	+	-	+
	Netwerken	-	+	+	+	+
Overigen	Psycho-educatie	+	+	-	+	+

Bijlage 1 Literatuurlijst:

- 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
- Evaluatie bemoeizorg, RIAGG en CAD Noord Limburg 1997.
- Eland-Goossens MA, Vollemans EC, Hendriks VM. Verslaafden binnen en buiten de drugshulpverlening: een combinatie van klinisch en veldonderzoek. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen, vol21, no.1, p11-21, 1995
- Hendriks VM, Abrahamse MLC: Complexe verslavingsproblemen: Knelpunten en behoeften in de hulpverlening. IVO_reeks 5, Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1994
- Schellings R, Geelen P, Abbenhuis A, Garretsen HFL. Verslaafden met complexe problematiek (IVO-Reeks 17). Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) / Erasmus Universiteit Rotterdam, 1998
- Thuis geven, eindevaluatie project bemoeizorg. RIAGG Nijmegen, 1998.
- Hendrix, Harry handboek bemoeizorg, Je gaf niet thuis, RIAGG Nijmegen, 1^e druk 1998
- Lohuis, G., Schilperoort, R., Schout, G., van bemoei naar groeizorg, Wolters Noordhof, 2000.
- Lindt, S van de, bemoei je ermee, van Gorcum & Comp. Assen 2000
- Ruth, S.van zorgen rond bemoeizorg, een juridische analyse van de (on)mogelijkheden van bemoeizorg in de psychiatrie, eindschripte Faculteit de Rechtsgeleerdheid, Universiteit Maastricht, september 2000.
- Thuijls, M., Olthof, D., Voortgangsnotitie 2, ketenzorg, casemanagement, trajectmatig werken en bemoeizorg, GGZ Nederland, Utrecht, 2001.
- Berghmans R., Elfahmi D, Goldsteen M. Widderhoven G, Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie, GGZ Nederland, Utrecht 2001
- Welzijn Arnhem, Projectplan Vangnetteam Bemoeizorg, Arnhem 2000

Bijlage 2 werkdagboeken

Werkdagboek



Wilt u de volgende vragen beantwoorden aan de hand van de op de vorige pagina opgestelde definities:

1.1. Hoe is naar uw inschatting de verhouding binnen uw werk tussen bemoeizorg cliënten en andere cliënten:

(slechts één antwoord aankruisen a.u.b.)

- 80 - 100% bemoeizorgcliënten, rest andere cliënten
- 50 – 80% bemoeizorgcliënten, rest andere cliënten
- 50% bemoeizorgcliënten en 50% andere cliënten
- < 50% bemoeizorgcliënten, rest andere cliënten

1.2. Hoe is naar uw inschatting de verhouding outreachend en bureau-/binnenwerk (slechts één antwoord aankruisen a.u.b.)

- 80-100% outreachend, rest binnen
- 50-80% outreachend, rest binnen
- 50% outreachend en 50% regulier/intern
- > 50% regulier/intern, rest outreachend

1.3. Hoe is naar uw inschatting de verhouding cliëntcontacten en netwerkcontacten bij de uitvoering van bemoeizorg:

(slechts één antwoord aankruisen a.u.b.)

- >50% verlenen van bemoeizorg met <50% opzetten/onderhouden netwerk;
- 50% directe bemoeizorg en 50% opzetten/onderhouden netwerk;
- <50% verlenen van bemoeizorg, >50% opzetten/onderhouden netwerk;

Instructie voor het invullen van het dagboekschema.

Het invullen van het dagboek kost naar onze ervaring slechts enkele minuten.

Op deze pagina worden gedetailleerde instructies met voorbeelden gegeven, om u in staat te stellen het dagboek op de juiste manier in te vullen.

Op pagina 8 bevindt zich een lijst met taken. U wordt verzocht, in het dagboek telkens de code in te vullen, dat uw werkzaamheden het best beschrijft. Kiest u a.u.b. slechts 1 antwoord.

De op pagina 8 opgesomde taken zullen het rangschikken van verschillende werkzaamheden in de genoemde taak vergemakkelijken. U kunt deze pagina al naar behoefte loshalen zodat u tijdens het invullen niet hoeft te bladeren.

Hoe wordt ingevuld?

De op pagina 8 vermelde taken zijn voorzien van cijfers (codes), die het invullen van de taken in het dagboekschema zullen vergemakkelijken.

Voorbeeld: u heeft van 10:00 tot 10:30 uur een kennismakingsgesprek met een bemoeizorgcliënt.
In plaats van: kennismakingsgesprek, vult u gewoon de code in.

09:00.....
09:30.....
10:00.....2.2.....
10:30.....

Als u een werkzaamheid heeft uitgevoerd die valt onder “contact met bemoeizorgcliënt”, maar niet onder de genoemde taken voorkomt, vult u dan de Code (2) in. Op deze manier wordt duidelijk dat de werkzaamheid valt onder de bovengenoemde rubriek van taken (dit geldt ook voor “contacten met collega’s”). Gebruikt u a.u.b. de vrije regels onder de aparte dagen, om te schrijven, welke werkzaamheden u bedoelt. Voor het geval, dat werkzaamheden onder geen van de genoemde taken gerangschikt kunnen worden, vult u dan a.u.b. de code (16) in; u wordt hier eveneens verzocht, gebruik te maken van de regels onder het tijdschema, om te schrijven, welke werkzaamheid u concreet bedoelt.

Voorbeeld: u heeft van 13:00 tot 13:30 uur een bemoeizorgcliënt naar de sociale dienst begeleid

12:30.....
13:00...(2).....
13:30.....
().....
().....
22:00.....

-
- 1) begeleiding naar sociale dienst
 - 2)
 - 3)
 - 4)

Als een taak meer tijd in beslag heeft genomen dan de aangegeven periode van een ½ uur, hoeft u deze in het dagboek maar één keer te noemen.

Voorbeeld: u heeft van 14:00 tot 15:30 casusoverleg gehad:

13:30.....
14:00...}.....
14:30...}.....
15:00...}...casusoverleg
15:30.....

Als u binnen een ½ uur met meerdere taken bezig bent geweest, vult u dan a.u.b. die werkzaamheid in, die van het ½ uur de meeste tijd in beslag heeft genomen. Voor het geval, dat een werkzaamheid onder verschillende taken gerangschikt kan Worden (bijv. een huisbezoek die tegelijkertijd een crisisinterventie is), vult u dan alleen die taak in, die u het meest belangrijk acht.

Verbeteren vergissingen:

Mocht u bij het invullen van het dagboek een vergissing maken (verkeerde codering/dag/tijdstip etc.) dan kunt u met een kruis de gemaakte vergissing doorhalen en vervolgens de gemaakte fout herstellen. (bij voorkeur het kruis zetten met een andere kleur pen).

Voorbeeld:

Weekdagboek

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
Dag:	.....maandag.....	.....woensdag.....	.....vrijdag.....	.....maandag.....	.....dinsdag.....
Datum:	.....19-11.....	.....21-11.....	.....23-11.....	.....26-11.....	.....27-11.....
08:00	.....	.....	.....	.....	.....1.....
08:30	.....8.3.....	.....12.....	.....	.....5.1.....	.....
09:00	.....	.....12.....	.....	.....	.....

Invultip:

Als het dagboek per dag, (aan het einde van uw dienst) invult, kost dat per saldo de minste tijd.

Mocht u nog vragen hebben bij het invullen van het dagboek, dan ben ik bereikbaar op het volgende telefoonnummers:

Maandag en dinsdag: 046-4521320, CAD-Sittard

Woensdag, donderdag en vrijdag: 043-3503555, Provinciaal Bureau CAD-Limburg

Mocht ik op dat moment niet aanwezig of bereikbaar zijn, dan kunt u een bericht en een telefoonnummer bij het betreffende secretariaat achterlaten en zal ik zo spoedig als mogelijk contact met u opnemen.

Naast telefonisch ben ik ook per e-mail bereikbaar op:

Binnen kantooruren op:

p.doedens@cadlimburg.nl

Buiten kantoor tijden en in het weekeinde op:

drsp@doedens-4.myweb.nl

Bij voorbaat bedankt voor uw medewerking.

Weekdagboek

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
Dag:					
Datum:					
<08:00					
08:00					
08:30					
09:00					
09:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					
12:30					
13:00					
13:30					
14:00					
14:30					
15:00					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					
19:00					
19:30					
20:00					
20:30					
21:00					
21:30					
22:00					
> 22:00					
<hr/>					
1					
2					
3					
4					

Completering van het dagboek

	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
Dag
Datum

Met hoeveel verschillende cliënten heeft u vandaag contact gehad?

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....

Hoeveel daarvan bemoeizorgcliënten?

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....

Hoeveel tijd heeft u vandaag in contact met bemoeizorgcliënten gemiddeld gewijd aan de volgende onderwerpen (in %)

Contactlegging:

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....(%)(%)(%)(%)(%)

Psychische aspecten:

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....(%)(%)(%)(%)(%)

Gezondheid:

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....(%)(%)(%)(%)(%)

Sociale aspecten (financiën, justitie, wonen, werken etc.):

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....(%)(%)(%)(%)(%)

Doorverwijzing naar reguliere hulp:

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....(%)(%)(%)(%)(%)

Anders, namelijk:

Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
.....(%)(%)(%)(%)(%)
.....(%)(%)(%)(%)(%)
.....(%)(%)(%)(%)(%)
.....(%)(%)(%)(%)(%)
.....(%)(%)(%)(%)(%)
.....(%)(%)(%)(%)(%)
.....(%)(%)(%)(%)(%)

Heeft u in deze vijf werkdagen aan bepaalde taken meer tijd gewijd dan normaal gesproken:

- Ja
- Nee

Zo ja, aan welke taken?

(graag omschrijven aan de hand van de categorieën genoemd op pagina 8)

.....
.....
.....
.....

zo ja, hoeveel meer tijd (in uren) uur

Heeft u in deze vijf werkdagen aan bepaalde taken minder tijd besteed dan normaal?

- Ja
- Nee

Zo ja, aan welke taken?

(graag omschrijven aan de hand van de categorieën genoemd op pagina 8)

.....
.....
.....
.....

zo ja, hoeveel minder tijd (in uren) uur

Bedankt voor het invullen en veel succes met uw werk.

Peter Doedens.

Lijst met taken

□ Traceren van cliënten	1	
□ Contact met bemoeizorgcliënten	2	contact met andere cliënten 3
1 ^o contactlegging	2.1	3.1
Kennismakingsgesprek	2.2	3.2
Vervolggesprek	2.3	3.3
Crisisinterventie	2.4	3.4
Huisbezoek/ telefonisch contact	2.5	3.5
Contact met cliënt binnen andere instellingen (gevangenis, kliniek etc., welke a.u.b. onder tijdschema noemen)	2.6	3.6
Activiteiten in het kader van resocialisatie	2.7	3.7
Andere activiteit (a.u.b. onder het tijdschema noemen)	(2)	(3)
□ Praktische hulp voor de cliënt	4	
Regelen uitkering /financiën	4.1	
Regelen huisvesting/onderdak	4.2	
Regelen daginvulling/dagbesteding	4.3	
Regelen eten/drinken/kleding	4.4	
Justitiële zaken	4.5	
Regelen afspraken met hulpverlening	4.6	
Andere praktische hulp (a.u.b. onder het tijdschema noemen)	(4)	
□ Medische zorg	5	
Somatisch/verpleegkundige zorg	5.1	
Psychiatrische zorg	5.2	
Spoedeisende hulp	5.3	
Andere medische hulp (a.u.b. onder het tijdschema noemen)	(5)	
□ Preventie	6	
□ Administratie, organisatie taken	7	
□ Contacten met directe collega's	8	
Bemoeizorgers	8.1	
Brugfunctionarissen	8.2	
Vergadering, overleg	8.3	
Intervisie	8.4	
Andere (a.u.b. onder het tijdschema noemen)	(8)	
□ Contacten met andere disciplines zonder de cliënt: (buiten netwerk)	9	
Politie	9.1	
Riagg/crisisdienst	9.2	
GGD	9.3	
Maatschappelijk werk	9.4	
Woningbouwvereniging	9.5	
APZ	9.6	
Verslavingszorgkliniek	9.7	
Algemeen ziekenhuis	9.8	
Instelling voor maatschappelijke Opvang	9.9	
Gemeente	9.10	
Andere (a.u.b. onder het tijdschema noemen)	(9)	
□ Extern overleg/pr	10	
□ Scholing/voordrachten/consultatie	11	
□ Eigen scholing	12	
□ (Beleids)voorbereidend werk	13	
□ Onderzoek	14	
□ Pauze	15	
Anders (a.u.b. onder het tijdschema noemen)	16	

Bijlage 3 vragenlijsten/checklisten interviews

- Checklist interview onderzoek bemoeizorg
- Persoonsgebonden eigenschappen (**medewerker**)

Doelstelling: Karakteristiek van de bemoeizorger → wat maakt een hulpverlener een bemoeizorger, wat maakt haar/hem uniek

1. 4 rollen professional

a) Teamlid

- Geef een omschrijving van jezelf als teamlid binnen het bemoeizorgteam.
- Zelfstandigheid: aan wie leg je wanneer verantwoording af?
- Welke verwachtingen hebben andere instellingen, leidinggevenden en directie van uw/jouw werkzaamheden.
 - Welke verwachtingen zijn terecht?
 - Welke verwachtingen zijn onterecht?

b) Producent

- Geef een globale omschrijving van je werkzaamheden
- Geef een globale omschrijving van de doelgroep, in- en exclusiecriteria.
- Welke samenwerkingsverbanden zijn er met (en geef hier een omschrijving van):
 - Andere instellingen
 - Andere medewerkers
 - Aan welke samenwerkingsverbanden en overlegvormen neem je deel, en in welke frequentie?
- Wat loopt lekker in de samenwerking met andere instellingen en disciplines en wat loopt niet en wat is voor verbetering vatbaar? (en hoe komt dat?)
- Op welk niveau wordt de samenwerking tussen de disciplines/organisaties gecoördineerd, werkvloer of management?
- Werkafspraken
 - Welke afspraken bestaan er formeel & informeel?
 - Hoe worden deze werkafspraken vastgelegd o.a. t.b.v. de continuïteit van zorg?
 - Welke afspraken werken er wel en welke werken er niet, hoe komt dat?
- Gegevensverzameling
 - Wat wordt aan informatie van cliënten verzameld en geregistreerd, waar worden deze gegevens bewaard en voor wie zijn ze inzichtelijk (o.a. i.v.m. de privacy)?
- Wordt er volgens jou methodisch/systematisch (systematiek, werkwijze) gewerkt, kun je hiervan een beschrijving geven?
- Welke methodiek wordt gebruikt, geef een beschrijving van de methodiek volgens welke je werkt?
 - Is dit een bestaande methodiek of zelf ontworpen/uitgewerkte methodiek (van wie is het origineel?)
- Wat zijn de sterke en wat zijn de zwakke kanten van de gebruikte werkwijze
 - Welke doelstellingen stel je voor jezelf en de cliënten?
 - Wat heb je de cliënt concreet te bieden via bemoeizorg (goed beeld van de sociale kaart, opbouwen “waterdicht” netwerk, etc.)
 - Welke veranderingen zijn waarneembaar sinds de invoering van bemoeizorg wat betreft de doelgroep, de medewerkers en de (samenwerking met) organisaties.

- Wat zijn voor u de belangrijkste resultaten van bemoeizorg → waar bent u het meest trots op?

c) Probleemoplosser

- Welke problemen kom je tegen in de dagelijkse praktijk en hoe ga je daarmee om, op individueel en op teamniveau?
- Hoe verloopt de uitstroom/overdracht van bemoeizorgcliënten naar de reguliere zorg, welke knelpunten kom je dan tegen?
- Risico's: welke risico's loop je in het dagelijkse werk en hoe ga je daarmee om, op individueel en op teamniveau?
- Dilemma's waar je in de praktijk tegenaan loopt:
 - Ethische (waar liggen de grenzen van en voor zorg)
 - Juridische (wetgeving: BOPZ, Privacy, Behandeloovereenkomst)
 - Organisatorische (samenwerking, afspraken etc.)
- Strategieën voor verleiden tot zorg
 - Welke methoden en vaardigheden heb je nodig?
 - Welke (on)mogelijkheden kom je tegen?

d) Deskundige/expert

- Wat versta jij onder bemoeizorg, wat maakt bemoeizorg tot bemoeizorg, wat is de essentie van het werk?
- Wat zijn volgens jou de (formele) functie- en opleidingseisen die aan een bemoeizorger gesteld (zouden moeten) worden? Zijn er ook informele functie- en opleidingseisen van belang? (b.v. leeftijd, aantal jaren werkervaring etc.)
- Wat is specifiek aan de deskundigheid van een bemoeizorger, over welke kennis moet een bemoeizorger kunnen beschikken, wat onderscheidt een bemoeizorger van een "reguliere" hulpverlener?
- Welke vaardigheden moet een bemoeizorger hebben voor het verlenen van deze vorm van zorg (algemene vaardigheden en specifieke vaardigheden)?
- Welke houdingsaspecten (persoonsgebonden), moet een bemoeizorger minimaal hebben?
 - niet aangeleerd, basis/natuurlijke/aangeboren eigenschappen
 - Wat zijn goede en wat zijn slechte houdingsaspecten voor een bemoeizorger?
- Wat is nodig om bemoeizorg te kunnen verlenen wat je nergens kunt leren?
- Hoe ziet volgens jou de ideale bemoeizorger eruit wat betreft kennis, houding & vaardigheden?
- Deskundigheidsbevordering, op welke aspecten is er behoefte aan deskundigheidsbevordering, wat mis je aan kennis en vaardigheden bij jezelf en binnen het team?

2. Verdere op- en aanmerkingen

- Welke positieve en negatieve ervaringen rond bemoeizorg acht u van belang om met andere organisaties/instellingen/projecten te delen?
- Heeft u nog op- en aanmerkingen of aanvullingen op datgene wat in het interview naar voren is gekomen?

Organisatiegebonden eigenschappen (coördinator)

Doelstelling: Karakteristiek van de bemoeizorger en de organisatie → wat maakt een hulpverlener en een organisatie tot een bemoeizorg

1. Inhoud & werkwijze

- **Geschiedenis** project, wat waren de uitgangspunten voor het starten van het project?
- **Doelstellingen** van het project zowel binnen eigen organisatie als binnen netwerk
- **Doelgroep** (in- en exclusiecriteria)
- **Begroting/ wijze** van financiering (wie financiert wat en waarom?)
- **Organisatorische** inbedding (aparte afdeling of onderdeel van afdeling) (waarom hiervoor gekozen?)
- **Samenwerkingsverbanden**
 - Welke instellingen/organisaties nemen deel & waarom die?
 - Welke (relevante) instellingen niet, waarom niet?
 - Welke instellingen zou je er wel graag bij willen hebben & waarom?
- Welke formele samenwerkingsverbanden zijn er met (en geef hier een omschrijving van):
 - Andere instellingen
 - Andere medewerkers
- Wat loopt lekker in de samenwerking met andere instellingen en disciplines en wat loopt niet en wat is voor verbetering vatbaar? (en hoe komt dat?)
- Wat is naar uw mening het specifieke van de samenwerking tussen organisaties rond bemoeizorg?
 - Op welk niveau (door wie) wordt de samenwerking gecoördineerd en op elkaar afgestemd, is dit door het management of door de medewerkers/werkvloer?
- **Regievoering** (wie voert de regie & waarom)
- **Afstemming** vraag en aanbod van zorg en voorzieningen in de regio, in hoeverre worden (zijn) deze op elkaar afgestemd en waar zitten de hiaten?
- **Teamsamenstelling**
 - Grootte, aantal fte + aantal medewerkers,
 - Deskundigheden, opleidingsniveau
 - In hoeverre ideaal/toereikend & wat is voor verbetering vatbaar?
- **Standaardisatie:**
 - Werkprocessen d.m.v. formulieren & software, zelf ontwikkeld of bestaand?
 - Overleggen/vergaderstructuur formeel en informeel en in welke frequentie?
- **Verwachtingen:** welke korte en lange termijn verwachtingen t.a.v. bovenstaande punten

2. Begripsdefinitie

- Wat verstaat u onder bemoeizorg?
 - Persoonlijk; waar staat volgens u bemoeizorg voor, wat is volgens u de essentie van bemoeizorg?
- Wat zijn de verwachtingen van anderen rond bemoeizorg?
 - Welke verwachtingen hebben uw medewerkers, het hoger management en de andere instellingen van bemoeizorg?
 - Met welke verwachtingen bent u het eens?
 - Met welke verwachtingen bent u het niet eens?

3. Methodiek

- Wordt er volgens u methodisch gewerkt en kunt u daarvan een beschrijving geven?
- Is de gebruikte methodiek een bestaande of een zelf ontworpen methodiek?
 - Waarom voor die methodiek gekozen?
- Welke werkafspraken bestaan er formeel en informeel ?
 - Hoe worden deze vastgelegd o.a. t.b.v. de samenwerking en de continuïteit van zorg.
- Gegevensverzameling
 - Wat wordt er wanneer door wie aan informatie van de cliënt verzameld?
 - Waar worden de cliëntgegevens bewaard en voor wie zijn ze inzichtelijk?

4. Deskundigheid

- Wat is naar uw mening het specifieke van een bemoeizorgers wat betreft:
 - Kennis
 - Vaardigheden
 - Houding (aangeleerde en natuurlijke aspecten)
 - Wat maakt bemoeizorgers zo uniek?
 - Wat moeten bemoeizorgers wel, maar ook wat moeten ze niet hebben aan deskundigheid/houding/vaardigheden?

5. Inhoud & werkwijze

- Hoe ligt de verhouding outreachend en bureau werk nu en wat zou het volgens u moeten zijn?
- Hoe ligt de verhouding cliëntcontact v/s netwerkcontact nu en wat zou het volgens u moeten zijn?
- Houden de bemoeizorgers zich alleen bezig met bemoeizorgcliënten of hebben ze ook nog bemoeienis met “reguliere” cliënten?
- Hoe wordt er omgegaan met de praktische dilemma’s op het gebied van de ethiek, de wetgeving en organisatorische problemen?
- Welke veranderingen zijn waarneembaar sinds de invoering van bemoeizorg wat betreft de doelgroep, de medewerkers en de samenwerking met andere instellingen
- Wat zijn voor u de belangrijkste resultaten van bemoeizorg → waar bent u het meest trots op?
- Welke positieve en negatieve ervaringen rond bemoeizorg acht u van belang om met andere organisaties/instellingen/projecten te delen?

6. Verdere op- en aanmerkingen

- Heeft u nog op- en aanmerkingen of aanvullingen op datgene wat in het interview naar voren is gekomen?

Bijlage 4: 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 (Centrum gemeente Den Haag)
- Organisatie structuur:
 - 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.
- Regievoering;
 - Welzijn Arnhem 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
- Organisatie structuur;
 - 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-gelden
- 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
- Organisatie structuur;
 - Onderdeel van de afdeling woonbegeleiding van (destijds) Bouman
- Deelnemende organisaties & samenwerkingspartners;
 - Bouman medewerkers participeren in wijknetwerken.
- Wijze van financiering;
 - In eerste instantie SVO gelden, nu woon-werkgelden vanuit de gemeente.
- Status (project of structureel)
 - Onderdeel afdeling woon- werk begeleiding van Bouman.
- Regievoering;
 - Bouman
- Teamgrootte;
 - 2 medewerkers + 2 coördinator (organisatie & inhoudelijk), 2,5-fte

Venlo:

- Projectnaam;
 - Bemoeizorg zorgwekkende zorgmijders
- Organisatie structuur;
 - 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