

**Meta Flikweert  
Willem Melief  
Katja van Vliet**

**BIJLAGE IV  
SAMENVATTINGEN LITERATUUR**

**Behorend bij eindrapportage Onderzoek  
naar het Maatschappelijk Werk**

**Mei 2004**

# Inhoudsopgave Bijlage IV

## Toelichting

De nu volgende inhoudsopgave geeft de publicaties zoveel mogelijk weer in de volgorde waarin deze in de inventariserende studie geordend en besproken zijn. Diverse stukken zijn echter op meerdere plaatsen genoemd en besproken, maar kunnen uiteraard slechts één maal opgenomen worden.

## Uitkomststudies

### \* Studies verrichtingen en omzet

<i>Rapportage Rekenschap</i> <i>Proeftuin voor het meten en vergelijken van prestaties in het AMW</i> <i>Burgers op zoek naar kosteneffectiviteit</i> D. Fuite, Stichting Rekenschap (2003)	7
<i>Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de 1e-lijns GGZ</i> P. Verhaak, A. de Bruin, R. Bakker, J. Mareé, Nivel, Utrecht (1997)	10
<i>Beroep: Maatschappelijk werker; Een verkennend onderzoek naar de persoon, werk en werkplek van maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg</i> W. Brunenberg, L. Neijmeijer, G. Hutchemaekers, NcGv, Utrecht (1996)	19
<i>GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg</i> <i>(Registratie 2000 – 2002)</i> P.F.M. Verhaak, E.M. Zantinge, M.E. de Boer, Nivel, Utrecht (z.j.)	25

### \* Studies naar tevredenheid

<i>Cliënten over het maatschappelijk werk</i> M. Flikweert, W. Melief, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (1999)	27
---	----

### \* Studies naar ervaren baat

<i>Sater: de stem van de gebruiker. Cliënten over de hulpverlening bij</i> • <i>Maatschappelijke Dienstverlening Nieuwe Waterweg</i> • <i>Maatschappelijk Werk Leiden</i> • <i>De Vierstroom</i> • <i>De NoorderMaat</i> • <i>Drenthe</i> (5 afzonderlijke rapporten) W. Melief, M. Flikweert, N. Broenink, J. Mak (In wisselende samenstellingen), Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (2001/2002)	30
<i>Structureel inschakelen van ziekenhuis maatschappelijk werk voor kankerpatiënten die op de polikliniek behandeld worden</i> M.W.M Flikweert, W.B.A.M. Melief, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (1998)	32

## \* **Evaluatieonderzoek naar de resultaten van bepaalde vormen van hulpverlening**

*Evaluatie-onderzoek Families First Nederland* 34  
R.A.T. de Kemp, J.W. Veerman, L.T. ten Brink, NIZW, Utrecht (1998)

*Hoe Centraal staat het gezin?* 38  
*Evaluatie van het eerste jaar 'Gezin Centraal' Een vraaggericht programma voor gezinnen.*  
Arjan Bolt, Cardea (2003)

*Nederlandse studies naar effecten van jeugdzorg* 41  
L. Boendermaker, M.C. van der Veldt, Y. Booy, NIZW Jeugd, Utrecht (2003)

*Effecten van behandelingsprogramma's* 47  
J.D. van der Ploeg, E. Scholte, NIZW Jeugd, Utrecht (2003)

## \* **Onderzoek naar effecten op macroniveau**

*Maatschappelijk belang van het Algemeen Maatschappelijk Werk* 47  
R. s'Jacob, W. Melief, N. Broenink, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (1997)

## **Overig onderzoek**

### \* **Bureauonderzoek naar grondslagen**

*Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk* 50  
Geert van der Laan, SWP, Utrecht (1990)

### \* **Onderzoek naar de positie en functie van de maatschappelijk werker**

*Een praktijkstudie naar de functie-uitvoering van medisch-maatschappelijk werkers en waardering daarvan door patiënten* 52  
I. Goudriaan, L. Jabaaij, Trimbos Instituut, Utrecht (1999)

### \* **Onderzoek naar organisatorische en kwaliteitsaspecten**

*Kwaliteitszorg in het Algemeen Maatschappelijk Werk: De stand van zaken in 2001* 58  
E.M. Sluijs, C. Wagner, Nivel, Utrecht (2001)

### \* **Onderzoek t.b.v. methodiek- en instrumentontwikkeling**

*Taakgerichte hulpverlening in het maatschappelijk werk* 66  
Lou Jagt, Nel Jagt, Bohn Stafleu & Van Loghum, Houten (1995)

<i>Methodiek maatschappelijk werk Zelfregulering als agogisch reflectiekader</i> G.L.A.M. Donkers, Universiteit Groningen (1999)	69
<i>Helen door Delen; Experiëntiële interpersoonlijke therapie. Theorie, methodiek, onderzoek</i> R. Bouwkamp, Elsevier / De Tijdstroom, Maarssen (1999)	71
<i>Vraaggericht werken door Sociaal Pedagogische Diensten. Een vooronderzoek naar de professionele rol van maatschappelijk werkers</i> G. van der Laan, E. Plemper, M. Flikweert, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (2003)	73
<i>Wegen en overwegen; Handleiding intake maatschappelijk werk</i> Scholte, M, P. van Splunteren, NIZW, Utrecht (1995)	80
<i>Werkers aan het woord; Verslag van een evaluatie-onderzoek naar de toepasbaarheid van een nieuwe intakeprocedure in het maatschappelijk werk</i> M. Scholte, P. van Splunteren, NIZW, Utrecht (1995)	81

## Achtergrondliteratuur

### \* Websites

<i>Casusconsult Website</i>	85
<i>Ontwikkelingen en innovaties in het Algemeen Maatschappelijk Werk Website,</i> Jaap Buitink	86
<i>Informatie website Expertisecentrum Jeugdzorg</i>	93

### \* Algemene inleidingen

<i>Maatschappelijk werk; Inleiding in theorie en praktijk</i> G. van der Stouw (red) T. van den Belt, H. Jongman, G. van Waversveld, Wolters Noordhoff, Groningen (1999)	102
<i>Maatschappelijk werk; Doelgroepen en werkvelden</i> N. van Riet (red.) m.m.v. H. Jongman, Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)	107

### \* Literatuur over grondslagen

<i>Helpen = leren; Emanciperende hulpverlening als methode van het maatschappelijk werk</i> N. van Riet, H. Wouters, Assen, Van Gorcum (1997)	108
<i>Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk: Een eclectisch-integratieve aanpak</i> A. Snellen, Coutinho, Bussum (2000)	110

## \* **Kwaliteitsbeleid**

*Organisaties Algemeen Maatschappelijk Werk; Certificeringsschema versie 2002* 113  
Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (2002)

*Op weg naar certificering.....; Taken en beroepskwalificaties van de psychiatisch maatschappelijk werker* 121  
H. Oosterik, E. Bosmans, S. Timmer, NVMW, Utrecht (1997)

## \* **Literatuur over methodieken en instrumenten**

*Handboek Psychosociale Therapie; Theorie en praktijk* 129  
R. Bouwkamp, S. de Vries, Academische Uitgeverij Amersfoort (1992)

*Groepswork in het maatschappelijk werk* 130  
Nora van Riet, Assen, Van Gorcum/Dekker & van de Vegt (1997)

*Opgelet! Systematisch signaleren in het maatschappelijk werk* 131  
M. Scholte, P. van Splunteren, NIZW, Utrecht (1996)

*Hulpverlening in beeld; Handleiding NIZW Volgstelsel voor het algemeen maatschappelijk werk* 133  
M. Scholte, NIZW, Utrecht (1999)

*Seksespecifieke hulpverlening voor maatschappelijk werkers* 133  
N. van Oosten, I. van der Vlugt, Coutinho, Bussum (2002)

## \* **Werkvelden**

*Het Algemeen Maatschappelijk Werk* 134  
T. van den Belt, G. van Waversveld, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)

*Etniciteit, vluchtelingen en asielzoekers* 136  
J. Helling, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)

*Bedrijfsmaatschappelijk Werk* 141  
T. van der Belt, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)

*Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg* 144  
T. Valkenburg (bewerkt door N. van Riet), in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)

*Hulp- en dienstverlening aan mensen met een handicap* 149  
P. Menkveld, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)

*Jeugdzorg* 152  
Huijsmans, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)

<i>Hulpverlening aan ouderen</i>	158
T. Valkenburg, G. van Waversveld, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)	
<i>Reclassering blijft in beweging</i>	160
C. Alblas, in: Van Riet Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)	
<i>Schuldhelpverlening; De bijdrage van het maatschappelijk werk</i>	164
A. Menger, G. Meijerink, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)	
<i>Verslaving</i>	167
J. Bouwman, bewerkt door: G. den Braber, in: Van Riet, Maatschappelijk werk Doelgroepen en werkvelden (2003)	
<i>Aan beide zijden van de voordeur: Positie en functies van het Algemeen Maatschappelijk Werk</i>	170
Leon de Haas, MOgroep, Utrecht (2002)	
<i>Op één lijn: De hulpvraag, hulpverlening, organisatie, kwaliteit, imago en toekomst van het algemeen maatschappelijk werk in Nederland.</i>	172
Jaap Buitink, Uitgeverij SWP, Utrecht (1993)	
<i>Bedrijfsmaatschappelijk werk: Competentie en strategie</i>	180
T. van den Belt, Wolters-Noordhoff, Groningen (1994)	
<i>Perspectief in Jeugdreclassering; Missie en methodische uitgangspunten</i>	185
Vedivo, Utrecht (2002)	
<i>Functieprofiel schoolmaatschappelijk werk in het voortgezet onderwijs</i>	189
Ichtus Hogeschool Rotterdam, (z.j.)	
<i>Schoolmaatschappelijk werken; School en ouders in het primair onderwijs</i>	194
N. Scalonge, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten (1999)	

## Bijlage IV Samenvattingen publicaties

### \* Studies verrichtingen en omzet

*Rapportage Rekenschap*

*Proeftuin voor het meten en vergelijken van prestaties in het AMW*

*Burgers op zoek naar kosteneffectiviteit*

D. Fuite

Stichting Rekenschap (2003)

'Veel instellingen in het Algemeen Maatschappelijk werk hebben een ruime ervaring met een vorm van benchmarking. De branchevereniging MOgroep (voorheen VOG) organiseerde tot 1999 een benchmark waaraan veel instellingen deelnamen. In deze *'Bedrijfsspiegel'* werden instellingen verzocht om in een gestandaardiseerde vorm bedrijfsgegevens op te sturen aan een databank. Daar werden de gegevens van instellingen van gelijke omvang en in gelijksoortige werkgebieden onderling vergeleken. De deelnemende instellingen kregen teruggekoppeld hoe de eigen prestatiegegevens zich verhielden tot die van geanonimiseerde andere.'

'Aan die vergelijkingen lag een gedetailleerde lijst met afspraken en definities ten grondslag, die moesten bevorderen dat de gegevens onderling vergelijkbaar waren. Die lijst met afspraken is in 2000 nog eens herijkt in een nieuw Informatiemodel AMW. Daarin zijn de gegevens over cliënten, de hulp- en dienstverlening en de gegevens over organisatie, personeel en financiën in onderlinge samenhang gebracht.

De bedrijfsspiegel is in 1999 voor het laatst gehouden. Daaraan deden 65 instellingen mee.'

Benchmarking kan volgens Fuite gedefinieerd worden als het vergelijken van bedrijfsprocessen en prestaties van gelijksoortige organisaties opdat de betrokkenen van elkaar kunnen leren.

Voor een adequate verantwoording is het nodig dat overheden antwoord kunnen geven op de volgende vragen:

- Bereiken we de resultaten die we willen?
- En kost dat niet meer dan nodig is?

Indien men deze vragen kan beantwoorden verkrijgt men inzicht in de *kosteneffectiviteit*.

In de publicatie wordt ook stilgestaan bij de eventuele ongewenste effecten van benchmarking (tunnelvisie, suboptimalisatie, bijziendheid, fixatie op meten, misrepresentatie, misinterpretatie, verkalking p. 7 – 8).

De verschillen tussen de bedrijfsspiegel en de benchmark zitten met name in de informatie waarop de gegevens gebaseerd zijn en voor wie de informatie bestemd is. De bedrijfsspiegel gebruikt enquêteformulieren die door de instellingen moeten worden ingevuld. Die opgaven worden door de opsteller van de vergelijking niet getoetst aan de formele jaarverslagen. De vergelijkende gegevens zijn beschikbaar voor de deelnemende organisaties. Welke informatie er naar de subsidiërende overheid werd doorgegeven bepaalden de verantwoordelijke managers.

Bij de uitvoering van het proefbenchmark heeft Fuite zich geconcentreerd op de inhoudelijke en financiële jaarverslagen die de instellingen ter verantwoording over 2001 voor hun subsidiegevers

opstelde. Bij de proefbenchmark zijn zes AMW-instellingen betrokken. De benchmarkproef richt zich op transparantie van gemeentelijke uitgaven voor het AMW.

De verschillen in aanpak resulteren volgens Fuite niet in aanwijsbaar andere uitkomsten van de proefbenchmark en de Bedrijfsspiegel.

Fuite werkt een aantal kengetallen voor de kosteneffectiviteit uit op verschillende terreinen. We geven kort de belangrijkste opmerkingen weer (p. 14 – 16):

- **Kosten per fte**  
De omvang van de inzet van de capaciteit van hulpverleners komt aan de orde. Dit wordt berekend aan de hand van fulltime eenheden (FTE) Eén fte = 36 uur per week.  
Het grootste deel van de kosten wordt gevormd door het salaris en bijkomende sociale en pensioenlasten. Andere kosten die Fuite benoemd zijn hulpmiddelen en ondersteuning die hulpverleners nodig hebben.
- **Het bedrijfsproces**  
Met de kosten per fte is volgens Fuite nog niets gezegd over de vraag wat de hulpverleners in en met de beschikbare tijd doen. 'Wat blijft er van de beschikbare uren over nadat het ziekteverzuim er af is getrokken? En hoe worden de resterende uren gebruikt? Hoeveel tijd is men kwijt aan intern overleg? Hoeveel tijd is men direct productief bezig met de hulpverlening? Geconstateerd is dat zulke gegevens belangrijke indicatoren voor productiviteit zijn. In **geen** van de deelnemende instellingen registreerde men in 2001 het tijdsbeslag van hulpverleners. [...] Wel zijn cijfers bekend met betrekking tot het ziekteverzuim.'
- **De resultaten**  
'De resultaten van de hulpverlening worden door bijna alle instellingen op dezelfde manier vastgelegd. Men registreert hoeveel aanvragen er in een jaar binnen kwamen, hoeveel hulpverleningstrajecten er werden afgerond en welk deel er wordt 'meegenomen' naar het volgende jaar.'
- **De managementinstrumenten**  
'Bij alle deelnemende instellingen zijn er gestandaardiseerde intakeprocedures waarin het doel en het af te leggen traject per hulpvraag worden geformuleerd. Vervolgens zijn er werkbesprekingen waarin de voortgang van de trajecten wordt bewaakt. In aanvulling daarop is er vaak werkbegeleiding of supervisie waarmee men de kwaliteit van de hulp probeert te bewaken. In het onderzoek is aan het management gevraagd of er in dit kader noemen worden gebruikt voor bijvoorbeeld de caseload van de hulpverlener. Zulke normen zijn in een aantal gevallen op de achtergrond, maar niet in geformaliseerde vorm.'
- **De soort hulpvragen**  
Alle instellingen betrokken bij de proefbenchmark registreerden in 2001 de aard van de hulpvragen. 'Vijf instellingen gebruikten daarbij de indeling die door de MOgroep werd ontwikkeld. Die kunnen worden vergeleken.'  
'Sommige hulpvragen vergen meer tijd en inzet dan andere. Welke samenhang er is tussen de gemiddelde duur van een traject en de soort hulpvragen is onbekend.'

Vanuit de instellingen voor AMW is een landelijke norm ontwikkeld van 1 fte voor 6.000 inwoners. De norm voor de inzet van capaciteit houdt met verschillen in de samenstelling (opleidingsniveau, inkomen) van de bevolking geen rekening.

In opmaat naar een aantal resultaten van de proefbenchmark geeft Fuite aan dat de waarde van de gepresenteerde vergelijkingen beperkt is, gezien de kleine omvang van betrokken instellingen (N=6). 'De proefbenchmark heeft daarom meer betekenis als proef met het instrument benchmarking dan dat aan de uitkomsten verstrekking betekenis kan worden toegekend. De beschrijving van het proces de problemen bij het meten en vergelijken van de prestaties en de aanbevelingen hoe verder kan worden



gegaan met het instrument benchmarking zijn daarom van meer belang dan de uitkomsten van deze beperkte vergelijkingen.'

Ter illustratie een paar vergelijkingen die zijn opgenomen in het rapport.

**De verhouding met de norm van 1 fte op 6.000 inwoners**

	<u>Alkmaar</u>	<u>Arnhem</u>	<u>Breda</u>	<u>Dordrecht</u>	<u>Haren</u>	<u>Rijswijk</u>
Aantal inw. per fte	9.473	10.410	7.169	13.731	10.929	10.711
Realisatie van norm 1 : 6.000	63,3%	57,6%	83,7%	43,7%	55,0%	56,0%

**Kosten per fte**

<u>Bedragen in €</u>	<u>Alkmaar</u>	<u>Arnhem</u>	<u>Breda</u>	<u>Dordrecht</u>	<u>Haren</u>	<u>Rijswijk</u>
Integrale kosten / fte	63.927	73.528	70.226	64.149	57.312	63.192

**Personele inzet**

	<u>Alkmaar</u>	<u>Arnhem</u>	<u>Breda</u>	<u>Dordrecht</u>	<u>Haren</u>	<u>Rijswijk</u>
Aantal fte	9,8	13,2	22,8	8,76	1,74	2,56
Parttime ratio	1,33	2,23	1,72	-	1,26	1,19
Perc. ziekteverzuim	6,9%	10,6%	5,2%	8,0%	8,1%	15,0%

**Afgeronde trajecten**

	<u>Alkmaar</u>	<u>Breda</u>	<u>Dordrecht</u>	<u>Haren</u>	<u>Rijswijk</u>
Aantal afgeronde trajecten / fte	90	79	55	59	67
Aantal kortdurende hulpcontacten / fte	86	86	onbekend	30	80

**Suggesties voor verbeteringen**

Fuite geeft een aantal suggesties voor verbeteringen van de benchmark. De belangrijkste zijn:

- Aansluiting bij gegevens over de samenstelling van de bevolking, zoals die bij CBS beschikbaar zijn, zodat de cliëntgegevens daarmee vergeleken kunnen worden. Dan is het bijvoorbeeld mogelijk om een vergelijking van de inkomenssituatie van de cliëntenpopulatie te maken ten opzichte van de totale populatie per gemeente om te kunnen aantonen wat het bereik van het AMW is.
- Er is een indicator nodig waarmee de vraag beantwoord wordt of de hulp passend genoemd kan worden. Het enige nu bekende kwantitatieve instrument daarvoor is het meten van tevredenheid van de cliënt over het resultaat van de hulpverlening. Die gegevens zijn in de benchmarkproef niet aanwezig.
- Onderscheid in de tijdsbesteding van de hulpverlener naar cliëntgericht werk en niet- cliëntgericht werk.
- Een meer uniforme manier van boeken van met name de personeelskosten, zodat de uitgaven voor *overhead* te onderscheiden is van die voor *uitvoering*.

*Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de 1e-lijns GGZ*  
Verhaak, P., A. de Bruin, R. Bakker, J. Mareé  
Nivel, Utrecht (1997)

Het doel en de vraagstellingen van het onderzoek 'Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de 1<sup>e</sup>-lijns GGZ' zijn tweeledig. Allereerst is nagegaan in hoeverre de plaats en functie van het AMW in de afgelopen vijf jaar zijn veranderd. Meer specifiek zijn gegevens verzameld om inzicht te verschaffen over de mate waarin er beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden, over de mate waarin hulpvraag en hulpaanbod zijn veranderd en of verwijsrelaties van het AMW met de eerstelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn gewijzigd. Hierbij is gebruik gemaakt van de AMW-cliëntregistratie, de VOG-enquête en een aanvullende enquête van het NIVEL. In het tweede deel van het onderzoek staat de vraag centraal in welke context (samenwerkingsrelaties, aanwezigheid van GGZ-voorzieningen) en voor welke categorieën cliënten het AMW geschikt is om een rol als poortwachter te vervullen. Voor het beantwoorden van deze vraag zijn twee andere belangrijke participanten, huisartsen en RIAGG's, schriftelijk naar hun mening gevraagd.

Bij de beschrijving van de resultaten uit de huisarts-enquête wordt de mening van de huisarts weergegeven over een aantal aspecten van (hun relatie met) het AMW, in hoeverre veranderingen zijn opgetreden ten opzichte van vijf jaar geleden en worden de meningen over het AMW vergeleken met die over de RIAGG, de eerstelijnspsycholoog en de psychiater. Vervolgens wordt een vergelijking gemaakt tussen huisartsen uit diverse praktijkvormen en uit gebieden met een verschillende urbanisatiegraad. Tenslotte worden de meningen van huisartsen uit regio's waar de AMW-instellingen op een aantal kenmerken van elkaar verschillen met elkaar vergeleken. Wat betreft deze kenmerken wordt onderscheid gemaakt naar regio's waar het AMW wel en niet te maken heeft gehad met beleidswijzigingen sinds de decentralisatie, gebieden waar het AMW relatief veel en weinig cliënten via de huisarts binnenkrijgt en regio's waar het AMW relatief veel verwijst naar (georiënteerd is op) de GGZ respectievelijk de welzijnssector. Tenslotte wordt nagegaan in hoeverre de meningen van de huisartsen uit gebieden met een groot aanbod aan GGZ-voorzieningen verschillen van de meningen van huisartsen uit gebieden met een klein GGZ-aanbod.

Bij de resultaten van de RIAGG-enquête wordt, vanwege de kleine aantallen, geen vergelijking gemaakt tussen regio's met verschillende AMW-kenmerken.

### **De plaats en functie van het AMW**

De vraag naar en het aanbod van het maatschappelijk werk blijken ten opzichte van vijf jaar geleden volgens de onderzoekers voornamelijk in kwantitatieve zin te zijn veranderd. Het aantal in behandeling zijnde cliëntsystemen is toegenomen doordat minder systemen worden afgesloten dan aangenomen en doordat jaarlijks zowel het aantal afgesloten als het aantal nieuwe cliëntsystemen toenemen. Doordat de duur van de behandeling en het aantal zittingen niet zijn veranderd en het aantal formatieplaatsen nauwelijks is toegenomen, is de caseload toegenomen. Alle activiteiten (met uitzondering van 'concrete dienstverlening') van het AMW zijn sinds 1989 toegenomen. Er wordt geen verschuiving zichtbaar in de accenten die in de hulpverlening worden gelegd; zowel de percentuele verdeling tussen soorten problematiek die worden behandeld als de verhouding tussen diverse toegepaste behandelmethoden zijn in de afgelopen vijf jaar nauwelijks veranderd. Ten opzichte van 1985 valt wel een verandering te bespeuren: een relatieve afname van cliënten met materiële problemen en een toename van cliënten met psychosociale problematiek (JOINT, 1985). Samenvattend kan geconcludeerd worden dat sinds de decentralisatie van het AMW geen wezenlijke, inhoudelijke, veranderingen zijn opgetreden met betrekking tot vraag en aanbod.

Dit beeld verandert nauwelijks wanneer een onderscheid wordt gemaakt tussen instellingen waar sinds 1989 beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden en instellingen waar dit niet het geval is. Tweederde van de AMW-instellingen hebben te maken (gehad) met beleidswijzigingen. Deze betroffen meestal: meer aandacht voor specifieke doelgroepen aan de 'onderkant van de samenleving', bezuinigingen en budgetfinanciering, fusies met andere AMW-instellingen, sociaal raadslieden of jongeren/ouderwerk en veranderingen in de werkuitvoering (productgericht, wijkgericht werken). Bij instellingen waar geen beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden is de proportie cliënten met materiële problematiek wat verminderd en de proportie psychische problematiek wat toegenomen. In overeenstemming hiermee is de materiële hulpverlening afgenomen en de psychische hulpverlening toegenomen. Bij instellingen waar wel beleidswijzigingen zijn doorgevoerd, is de percentuele verdeling van cliënt-problematiek gelijk gebleven, is een deel van de materiële hulpverlening gelijk gebleven (informatie en advisering) en een deel afgenomen (concrete dienstverlening en bemiddeling). In 1989 werd verwacht (en gevreesd) dat onder invloed van de gemeenten veranderingen zouden optreden in de activiteiten van het AMW. Men verwachtte met name een afname van de psychosociale hulpverlening ten gunste van de materiële hulp- en dienstverlening. Deze verwachting wordt echter door dit onderzoek nauwelijks bevestigd.

De verwijsrelaties en de contacten van het AMW met de eerstelijnsgezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector zijn ten opzichte van 1989 nauwelijks veranderd. Alleen het aantal verwijzingen naar het AMW door de GGZ en door de huisarts is in de afgelopen vijf jaar toegenomen. Ook hier dus wel een verandering in kwantitatieve maar niet in kwalitatieve zin. Opmerkelijk is dat de mate van contact met de huisarts veel lager is dan het percentage door de huisarts verwezen cliënten. Bij de andere hulpverleners komen deze wel met elkaar overeen.

AMW-instellingen waar het beleid is gewijzigd, verschillen alleen van instellingen waar dit niet het geval is wat betreft verwijzingen door het AMW. Bij de eerstgenoemde instellingen wordt eerst een toename van de uitstroom naar de GGZ zichtbaar, gevolgd door een afname. Ook het aantal verwijzingen naar de welzijnssector en justitie is verminderd in vergelijking met 1989. Instellingen waar het beleid niet is gewijzigd, verwijzen in toenemende mate naar de GGZ, de verwijzingen naar overige instanties blijven constant. De verschillen zijn gering maar lijken in de (verwachte) richting te gaan dat het maatschappelijk werk zich onder invloed van het gemeentelijk beleid iets meer is gaan richten op de welzijnssector. Instellingen waar de gemeente het beleid niet heeft gewijzigd, richten zich naar verhouding iets meer op de GGZ.

### **De mening van de huisarts over het AMW en de GGZ**

#### *Alle huisartsen*

Ruim driekwart van de huisartsen heeft, al dan niet regelmatig, overleg met het maatschappelijk werk. Dit betreft vaker overleg over cliënten dan over andere zaken. De huisarts verwijst meer cliënten naar het AMW en de RIAGG dan naar de eerstelijnspsycholoog en de psychiater. Ook worden deze instellingen vaker door de huisarts geconsulteerd. De mate waarin het AMW wordt geconsulteerd is in de afgelopen vijf jaar niet veranderd. Het aantal verwijzingen naar het AMW is wel iets toegenomen evenals de wachttijd. In het algemeen is de wachttijd voor het AMW het kortst en die voor de RIAGG het langst. Gemiddeld gezien is de wachttijd voor het AMW ten opzichte van die voor de GGZ-voorzieningen in vergelijking tot vijf jaar geleden niet veranderd waaruit geconcludeerd kan worden dat ook de wachttijd voor de GGZ is toegenomen.

Lang niet alle huisartsen hebben, als dat nodig is, informatie bij de hand over hulpverleningsaanbod, spreekuurtijden en namen van hulpverleners van het AMW, de RIAGG en de vrijgevestigd psycholoog. Het meest is men nog voorzien van informatie over het AMW, het minst van informatie over de RIAGG.

Slechts een klein percentage huisartsen is van mening dat het AMW zich voornamelijk met materiële problematiek dient bezig te houden. De meningen over het onderscheid tussen (de cliënten van) de RIAGG en het AMW zijn wat verdeeld; evenveel huisartsen zijn wel en niet van mening dat patiënten die nu bij de RIAGG worden geholpen evengoed bij het AMW terecht kunnen. Tussen het AMW en de eerstelijnspsycholoog wordt meer onderscheid gemaakt. Per problematiek bezien blijkt dat vooral cliënten met werk- en relatieproblemen vaak door de huisarts naar het AMW worden verwezen. Bij werkproblematiek neemt het AMW een monopoliepositie in, bij relatieproblemen wordt ook vrij veel naar de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog verwezen. De overlap in verwezen problematieken tussen AMW en RIAGG en AMW en eerstelijnspsycholoog, is in grote lijnen identiek en betreft verder de verwijzing van opvoedingsmoeilijkheden, straatvrees, spanningsklachten, hyperventilatie en chronische moeheid. De samenhang tussen het percentage verwezen problematieken en de baat die volgens de huisarts van de verwijzing valt te verwachten, zijn vrij sterk bij het AMW en de RIAGG en iets minder sterk bij de eerstelijnspsycholoog.

Over het algemeen waardeert men de hulpverlening door de RIAGG en door de eerstelijnspsycholoog gelijk, tussen de hulpverlening van de laatste en het AMW wordt iets vaker een verschil aangegeven ten gunste van de eerstelijnspsycholoog. Meer specifiek gevraagd zijn huisartsen even tevreden over het AMW als over de eerstelijnspsycholoog en minder tevreden over de RIAGG wat betreft wachttijden, de adequaatheid van de behandeling, de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de inbreng van de huisarts en het gemak waarmee cliënten voor verwijzing zijn te motiveren. Het AMW wordt het meest positief beoordeeld qua inzichtelijkheid van de organisatiestructuur en geografische bereikbaarheid. De eerstelijnspsycholoog is nummer één wat betreft berichtgeving naar de huisarts over cliënten. Gevraagd naar sterke en zwakke kanten van de instanties, blijken vooral de toegankelijkheid van het AMW en het brede hulpaanbod van de RIAGG vaak als sterk punt te worden genoemd. De lange wachttijden voor de RIAGG en de kosten van de vrijgevestigde psycholoog worden vaak als zwak punt naar voren gebracht. Bij het AMW worden in totaal de meeste sterke kanten genoemd, bij de RIAGG de meeste zwakke kanten.

#### *Onderscheid naar praktijkvorm*

Huisartsen uit gezondheidscentra werken duidelijk nauwer samen met het AMW dan huisartsen uit andere praktijkvormen. Dit komt zowel naar voren in de mate waarin ze over informatie van het AMW beschikken als in het aantal overlegsituaties, consultaties en verwijzingen. De twee laatstgenoemde zijn de afgelopen vijf jaar nog toegenomen. De toename van het aantal verwijzingen verklaart mogelijk het feit dat de wachttijd voor het AMW in gezondheidscentra meer is toegenomen dan elders. In groepspraktijken zijn daarentegen zowel het aantal consultaties van als het aantal verwijzingen naar het AMW afgenomen. De nauwere samenwerking van huisartsen uit gezondheidscentra met het AMW lijkt ten koste te gaan van de samenwerking met de RIAGG wat betreft consultatie en met alle GGZ-voorzieningen wat betreft het aantal verwijzingen. Meer specifiek bezien verwijzen huisartsen uit gezondheidscentra bij de meeste problematieken vaker naar het AMW dan huisartsen uit andere praktijkvormen. In de helft van de gevallen gaat dit gepaard met minder verwijzingen naar de RIAGG en soms ook met minder verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog. Tevens zijn deze huisartsen meestal positiever over de baat die een cliënt met een bepaalde problematiek heeft bij een verwijzing naar het AMW, ook dit gaat in een aantal gevallen samen met een negatiever oordeel over de baat die van een verwijzing naar de RIAGG wordt verwacht.

Niet alleen in het feitelijk gedrag, maar ook in de evaluatie van het AMW en de GGZ-voorzieningen verschillen huisartsen uit gezondheidscentra duidelijk van hun collega's uit andere praktijkvormen.

Op het merendeel van de acht eerder genoemde aspecten (adequaatheid van de behandeling, berichtgeving over cliënten e.d.) wordt het AMW positiever en de RIAGG negatiever beoordeeld door huisartsen uit gezondheidscentra. Huisartsen uit diverse praktijkvormen verschillen in veel mindere mate van elkaar wat betreft hun waardering van de eerstelijnspsycholoog. Wel zijn huisartsen uit gezondheidscentra vaker van mening dat veel patiënten van deze hulpverlener evengoed door het AMW behandeld kunnen worden en zijn ze minder vaak van mening dat de hulpverlening door de eerstelijnspsycholoog beter is dan die door het AMW.

#### *Onderscheid naar wel/geen beleidswisseling*

In overeenstemming met de gegevens uit het onderzoek onder AMW-instellingen, blijken beleidswisselingen bij het AMW nauwelijks van invloed op het feitelijk gedrag van de huisarts en de mening over het AMW en de GGZ-voorzieningen. Huisartsen gaan zich niet meer op de GGZ richten, verwijzen dezelfde problematieken in dezelfde mate door en evalueren het AMW (en de GGZ) niet anders dan hun collega's uit gebieden waar geen beleidswisseling heeft plaatsgevonden.

#### *Onderscheid naar huisartsverwijscijfer*

In regio's waar relatief veel cliënten van het AMW via de huisarts binnenkomen, werken de huisartsen nauwer samen met het AMW. Dit betekent beter geïnformeerd zijn over het AMW, vaker overleg en consultatie en gemiddeld meer verwijzingen. Per problematiek bezien wordt echter niet vaker naar het AMW verwezen. De wachttijd voor het AMW is in deze regio's meer toegenomen dan in andere gebieden maar die voor de GGZ-voorzieningen (met name voor de RIAGG) zijn volgens de huisartsen nog meer toegenomen. In regio's waar het AMW relatief gezien weinig cliënten via de huisarts krijgt, consulteert de huisarts de RIAGG vaker en verwijst zowel gemiddeld als bij vijf van de twaalf problematieken vaker naar de RIAGG. De nauwere samenwerking met het AMW of de GGZ, lijkt weinig invloed te hebben op de beoordeling van de instanties.

#### *Onderscheid naar GGZ IMD-oriëntatie*

In gebieden waar het AMW zich meer op de GGZ oriënteert, lijkt de huisarts zich meer op het AMW (en in iets mindere mate op de eerstelijnspsycholoog) te richten. Het AMW en de eerstelijnspsycholoog worden vaker geconsulteerd en de huisarts is beter geïnformeerd over het AMW. Gemiddeld en bij vier problematieken wordt vaker naar het AMW verwezen. Ook naar de eerstelijnspsycholoog wordt bij een derde van de problematieken vaker verwezen. Dit gaat overigens niet gepaard met een positiever oordeel over de baat die betreffende cliënten bij een verwijzing hebben. Wel zijn deze huisartsen minder vaak van mening dat het AMW zich vooral tot materiële problematiek moet beperken en vaker dat een deel van de cliënten van de RIAGG of de eerstelijnspsycholoog evengoed bij het AMW terecht kunnen. De bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de RIAGG wordt hier positiever beoordeeld en men is vaker van mening dat de wachttijd van het AMW ten opzichte van die voor de GGZ in de afgelopen vijf jaar is verbeterd.

Als het AMW daarentegen meer op de welzijnssector is georiënteerd, richt de huisarts zich meer op de RIAGG. Ze hebben vaker geen overleg met het AMW, ze consulteren de RIAGG vaker en zijn vaker op de hoogte van de spreekuurtijden aldaar. Tevens verwijzen ze zowel gemiddeld als bij vijf specifieke problematieken vaker naar de RIAGG en zijn ze bij ruim de helft van de problematieken vaker van mening dat de cliënt baat heeft bij de verwijzing.

Ook de oriëntatie van het AMW heeft weinig invloed op de beoordeling van AMW en GGZ door de huisarts. Huisartsen uit regio's waar het AMW meer op de GGZ is georiënteerd, geven geen andere beoordeling van het AMW op de acht algemene aspecten dan huisartsen uit gebieden waar het AMW op de welzijnssector is georiënteerd. De RIAGG wordt op één aspect (wachttijd) negatiever

beoordeeld en de eerstelijnspsycholoog krijgt op drie aspecten (wachtijden, behandeling, berichtgeving) een positievere beoordeling.

### *Onderscheid naar grootte GGZ-aanbod*

Wanneer weinig eerstelijnspsychologen in de regio zijn gevestigd, overlegt de huisarts vaker met het AMW, heeft hij vaker informatie over het AMW bij de hand en wordt de bereikbaarheid van het AMW ten opzichte van die van de eerstelijnspsycholoog (en de RIAGG) positiever beoordeeld. In gebieden met veel eerstelijnspsychologen kent de huisarts deze hulpverleners vaker persoonlijk, worden ze vaker geconsulteerd en verwijst de huisarts zowel gemiddeld als bij vijf problematieken vaker naar de eerstelijnspsycholoog. Dit gaat echter niet gepaard met minder verwijzingen naar het AMW waaruit geconcludeerd kan worden dat er weinig sprake lijkt van concurrentie.

In gebieden zonder spreekuurpunt van de RIAGG wordt vaker met het AMW overlegt, is men vaker van mening dat veel cliënten van de RIAGG evengoed bij het AMW terecht kunnen en worden gemiddeld meer cliënten naar het AMW verwezen. Tegenstrijdig genoeg wordt in gebieden waar wel een spreekuurpunt is gevestigd, juist minder cliënten naar de RIAGG verwezen en meer naar de eerstelijnspsycholoog (en de psychiater) en is men minder te spreken over de adequaatheid van de behandeling door de RIAGG. Ook is volgens de huisarts de wachttijd voor het AMW hier langer en in de afgelopen vijf jaar meer toegenomen dan in gebieden zonder spreekuurpunt.

Het aanbod aan GGZ-voorzieningen in de regio heeft geen invloed op het oordeel van de huisarts wat betreft de baat die cliënten hebben bij een verwijzing naar het AMW of de GGZ. In gebieden met veel eerstelijnspsychologen en in gebieden met een RIAGG spreekuurpunt, wordt het AMW op twee algemene aspecten (wachttijd en inzichtelijkheid van de organisatiestructuur) negatiever beoordeeld.

### **De mening van de RIAGG over de huisarts, het AMW en de RIAGG**

Het merendeel van de RIAGG's heeft regelmatig overleg met het AMW maar gemiddeld veel minder vaak dan de huisartsen.

Zowel het aantal verwijzingen door het AMW naar de RIAGG als vice versa, verschilt sterk per RIAGG en is gemiddeld niet zo hoog. Beide hangen niet samen met de grootte van de afdeling volwassenenzorg van de RIAGG. De RIAGG's zijn over het algemeen tevreden over de indicatiestelling van de door het AMW naar hen verwezen cliënten.

De RIAGG's zijn het vaker dan de huisartsen eens met de stelling dat het AMW zich vooral met materiële problemen dient bezig te houden. Vooral cliënten met praktische (financiële-materiële) problemen en/of eenvoudige relatieproblemen worden door de RIAGG naar het AMW verwezen. Volgens de RIAGG's behoort ook met name de behandeling van cliënten met relatie- en werkproblemen tot het takenpakket van het AMW en in iets mindere mate de behandeling van cliënten met opvoedingsmoeilijkheden, spanningsklachten en hyperventilatie. Dit komt in grote lijnen overeen met het verwijsgedrag van de huisarts die deze cliënten ook vaak tot vrij vaak naar het AMW verwijst. Huisartsen verwijzen daarnaast ook vrij veel cliënten met chronische moeheid naar het AMW terwijl de behandeling van deze cliënten volgens de RIAGG's nauwelijks tot het takenpakket van het AMW behoren. Ook het percentage door de huisarts naar de RIAGG verwezen problematieken komt vrij goed overeen met de mate waarin deze cliënten volgens de RIAGG bij deze instantie thuis horen. Alleen lijken de RIAGG's de huisarts een groter aandeel toe te bedelen in de behandeling van zeven van de twaalf typen problemen dan de huisarts zelf. Het betreft hier opvoedingsmoeilijkheden, het begeleiden van ex-psychiatrische patiënten, relatieproblemen, suïcidale neigingen, seksuele problemen, wanen en verslavingsproblematiek; slechts een klein percentage van deze cliënten wordt 'nooit' door de huisarts doorverwezen.

Volgens de RIAGG's bestaat de overlap in takenpakket van RIAGG en AMW vooral bij de behandeling van relatieproblemen en opvoedingsmoeilijkheden en in mindere mate bij straatvrees,

spanningsklachten en hyperventilatie. Dit komt overeen met het verwijsgedrag van de huisarts die bij genoemde problematieken respectievelijk vaak en redelijk vaak naar zowel AMW als RIAGG verwijst.

De RIAGG's zijn van mening dat psychosociale hulpverlening een wezenlijk onderdeel is van het werk van de huisarts, wel zien ze onvoldoende competentie en de werkbelasting van de huisarts als een belemmering voor het uitbreiden van deze taak. Het AMW vindt men over het algemeen (nog) meer geschikt voor het behandelen van psychosociale problematiek. Men is het er echter niet mee eens dat een substantieel deel van de cliënten van de RIAGG, evengoed door de huisarts (al dan niet ondersteund door het AMW) behandeld kunnen worden. Het meest positief, maar nog steeds overwegend negatief, zijn de RIAGG's over deze 'overdracht' van cliënten wanneer de huisarts door de eerstelijnspsycholoog wordt ondersteund. De indicatiestelling voor het al dan niet inschakelen van de gespecialiseerde GGZ, wordt met name aan de huisarts toebedeeld. Men is het er overwegend niet mee eens dat het AMW hier een belangrijke rol dient te spelen.

### **De veranderende plaats en functie van het AMW**

*In hoeverre is het beleid van AMW-instellingen en gemeentes aangaande de functie van het AMW gewijzigd?*

Bij tweederde van de AMW-instellingen hebben sinds 1989 op instigatie van de gemeente wijzigingen in het beleid plaatsgevonden. De meest genoemde wijziging betreft dat wordt aangedrongen meer aandacht te besteden aan specifieke doelgroepen: migranten, vluchtelingen, sociale vernieuwing. Daarnaast worden vaak genoemd: veranderingen op het financiële vlak (bezuinigingen en budgetfinanciering), veranderingen in de organisatie van het AMW (fusies met o.a. sociaal raadslieden en het jongeren- ouderenwerk) en veranderingen met betrekking tot de uitvoering van het werk (product- en wijkgericht werken). De genoemde beleidswijzigingen komen overeen met de verwachtingen: de gemeentes stimuleren samenwerking met het sociaal cultureel werk en lijken het AMW iets meer naar de welzijnkant te trekken.

*Wat is er sinds de decentralisatie met vraag, aanbod en caseload binnen het Algemeen Maatschappelijk Werk gebeurd?*

Sinds de decentralisatie van het AMW zijn er geen kwalitatieve, inhoudelijke, veranderingen opgetreden in de hulpverlening van het AMW. Zowel de verhouding tussen de typen problematieken die behandeld worden, als de verhouding in toegepaste behandelmethodes verschillen niet ten opzichte van vijf jaar geleden. Kwantitatief is er wel het een en ander veranderd: het aantal in behandeling zijnde cliëntensystemen, de caseload en de werkbelasting zijn toegenomen. De verwachting dat onder invloed van het gemeentelijk beleid veranderingen zouden optreden in de activiteiten van het AMW; afname van psychosociale hulpverlening ten gunste van materiële hulpverlening, wordt door dit onderzoek niet bevestigd.

*In hoeverre zijn de verwijzrelaties van het AMW met de eerstelijnsgezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg gewijzigd?*

In de afgelopen vijf jaar is er weinig veranderd in de verwijzrelaties tussen AMW en (geestelijke) gezondheidszorg. Wel is het totaal aantal verwijzingen naar het AMW toegenomen maar de percentuele verdeling van het aantal verwezen cliënten over de verschillende vers is niet veranderd. De huisarts verwijst nog steeds de meeste cliënten naar het AMW. Ook de verdeling van het percentage door het AMW verwezen cliënten naar diverse hulpverleners c.q. instanties is in grote lijnen identiek gebleven. Vooral de GGZ (en andere AMW-instellingen) zijn van belang als instantie om naar door te verwijzen. De welzijnssector blijft in de verwijzrelaties van het AMW een bescheiden rol spelen.

Wat betreft dit onderwerp is een klein verschil zichtbaar tussen AMW-instellingen waar het beleid is veranderd en instellingen waar dit niet het geval is. Bij de laatstgenoemde is een kleine tendens te



bespeuren in de richting van een verhoogde oriëntatie op (meer uitstroom naar) de GGZ- Bij instellingen waar op aandringen van de gemeente het beleid wel is veranderd, is de oriëntatie iets meer op de welzijnssector gebleven.

*Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot het beschikbare hulpverleningsvolume voor de komende jaren?*

De meest zichtbare ontwikkeling die in dit onderzoek naar voren komt, is de continue stijging van het aantal in behandeling zijnde cliënten. Hiertegenover staat slechts een licht stijging van het aantal formatieplaatsen voor uitvoerenden van het AMW. De toegenomen werkbelasting die hieruit voorkomt, lijkt niet opgevangen te worden door de behandelingsduur te verkorten of het aantal zittingen te verminderen. Wel blijkt uit de huisartsenenquête dat de wachttijd toeneemt. Wellicht worden ook de contacten op zich in tijd bekort. Verder is het mogelijk dat het werk dan niet op individuele cliënten is gericht afneemt. Dergelijke ontwikkelingen lijken niet gewenst en het verdient aanbeveling dat een extra functie voor het AMW gepaard gaat met een reële groei van het hulpverleningsvolume.

**Welke rol kan het AMW spelen in versterken van de poortwachtersfunctie van de huisarts?**

In welke context (wat betreft de aanwezigheid van samenwerkingsrelaties, aanbod van GGZ-functies) kan het AMW een rol vervullen bij de opvang van GGZ-problemen in de eerstelijns?

Een nauwe samenwerking tussen huisarts en AMW; mate van consultatie, overleg en bekendheid met het AMW, gaat gepaard met meer verwijzingen naar het AMW en meestal met minder verwijzingen naar de RIAGG. Dit verband is zichtbaar bij huisartsen in gezondheidscentra en in regio's met een hoog huisartsverwijscijfer. Deze contexten lijken de rol van het AMW in het versterken van de poortwachtersfunctie van de huisarts te bevorderen. Ook verschillen in de oriëntatie van het AMW hebben verband met de mate waarin AMW en huisarts samenwerken en het verwijsgedrag van de huisarts. De huisarts werkt nauwer samen met en richt zich meer op het AMW (en de eerstelijnspsycholoog) naarmate het AMW meer op de GGZ is georiënteerd. Is het AMW daarentegen meer op de welzijnssector georiënteerd, dan wendt de huisarts zich vaker tot de RIAGG. De mate waarin het AMW contacten onderhoudt met de GGZ, lijkt dus een voorwaarde voor een goede samenwerkingsrelatie tussen huisarts en AMW wat betreft het vervullen van de poortwachtersfunctie. De tendens die in lichte mate zichtbaar werd bij AMW-instellingen waar op instigatie van de gemeenten beleidswijzigingen hebben plaatsgevonden, zou, als deze zich doorzet, een belemmerende factor kunnen zijn voor deze samenwerkingsrelatie.

In iets mindere mate bestaat er ook een verband tussen de omvang van het aanbod aan GGZ-voorzieningen de mate waarin huisarts en AMW samenwerken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het AMW met name een rol als poortwachter zou kunnen vervullen in gebieden met een klein GGZ-aanbod.

Wat betreft de filterfunctie van de poortwachter (indicatiestelling en al dan niet verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ), is de mening van de RIAGG's over een (ondersteunende) rol door het AMW overwegend negatief. Deze taak wordt "bij uitstek" aan de huisarts toebedeeld. Tegenstrijdig hierin is overigens dat de RIAGG's wel tevreden zijn over de kwaliteit van de indicatiestelling van cliënten die door het AMW worden doorverwezen. Een aantal RIAGG's geven hierbij de toevoeging "na overleg en consultatie". Hieruit kan afgeleid worden dat het AMW in deze mogelijk op haar beurt ondersteund dient te worden door de GGZ. Te denken valt bijvoorbeeld aan een structureel ingesteld consultatiespreekuur bij RIAGG en/of eerstelijnspsycholoog waar het AMW zo nodig advies kan vragen over indicatiestelling en verwijzing. In dit kader zijn samenwerkingsafspraken tussen AMW en RIAGG op het gebied van indicatiestelling, zoals die in verschillende regio's gemaakt zijn (vgl. Visser en van Ginkel, 1995) toe te juichen.

*Voor welke categorieën cliënten is het AMW geschikt om een rol te vervullen bij de opvang van GGZ-problemen in de eerstelijns?*

Cliënten die door de huisarts relatief vaak naar het AMW worden verwezen en wier behandeling volgens de RIAGG's tot het takenpakket van het AMW behoren, zijn cliënten met werkproblemen, relatieproblemen, opvoedingsmoeilijkheden, spanningsklachten en hyperventilatie.

Hier lijkt dus met name de expertise van het AMW te liggen en deze cliënten zou het AMW in de eerstelijns in behandeling kunnen nemen.

De RIAGG's lijken positief te staan tegenover ondersteuning van de huisarts door het AMW met betrekking tot het deel van de poortwachtersfunctie waarin de eerstelijns hulpverlening centraal staat. Er wordt echter duidelijk onderscheid gemaakt tussen (minder complexe) psychosociale problematiek en materiële/praktische problematiek, die in de eerstelijns thuishoren, en (complexe) psychosociale, psychische en psychiatrische problematiek die door de gespecialiseerde GGZ dient te worden behandeld. In eerder onderzoek (Friele en Verhaak, 1991, 1992) is gebleken dat dit onderscheid niet onproblematisch is. In feite bleek er weinig verschil te zijn in het succes van AMW-behandeling van cliënten met enkelvoudige of meervoudige problematiek en onderscheiden cliënten van AMW en RIAGG zich ook niet van elkaar op dit kenmerk. Het zou een belangrijke vraagstelling van nadere experimenten met AMW als opvang voor GGZ-problematiek in de eerstelijns zijn in hoeverre de genoemde problematieken binnen het AMW even succesvol behandeld worden als binnen de RIAGG.

*Wat zijn de consequenties van het vervullen van zo'n rol voor de organisatie van het AMW?*

In ieder geval voor de genoemde vijf categorieën cliënten en onder bepaalde omstandigheden lijkt het ondersteunen van de huisarts in zijn GGZ-poortwachtersfunctie door het AMW een goede optie. De eerste omstandigheid houdt in een regelmatig overleg tussen AMW en de GGZ (met name met de RIAGG) waarin ruim aandacht wordt besteed aan consultatie rond verwijzing en behandeling. De tweede omstandigheid betreft de inbedding van het AMW in een structuur waarin veel met de huisarts wordt samengewerkt zoals bijvoorbeeld in gezondheidscentra en home-teams' het geval is. Anno 1996 zijn 308 AMW-ers werkzaam in 148 gezondheidscentra (Harmsen en Hoekstra, 1996), een aantal dat min of meer stabiel gebleven is sinds 1990. Home-teams worden sinds 1992 niet meer geregistreerd; op dat moment was er sprake van ruim 800 AMW-ers die in 604 van dergelijke samenwerkingsvormen participeerden; sinds twee jaar was er sprake van een afname in aantal hometeams (Hingstman en Harmsen, 1994; de Veer, 1992). Dit pleit ervoor het detachingsbeleid in gezondheidscentra weer op te nemen daar waar het AMW de het behandelend aspect van de poortwachtersfunctie (als eerste) krijgt toebedeeld.

Gezien de al verhoogde werkbelasting van het AMW lijkt het niet reëel zonder meer het takenpakket uit te breiden. Er zal nagedacht moeten worden over een extra financiering c.q. een herverdeling van de beschikbare gelden. Eerstelijns-GGZ behandeling zou uit dezelfde pot betaald moeten worden als behandeling binnen de RIAGG of psychotherapie. Op termijn kunnen deze gelden mogelijk terugverdiend worden doordat, wanneer tevens de advies- en consultatiefunctie van de RIAGG wordt uitgebreid, waarschijnlijk een scherper indicatiebeleid in de eerstelijns ontstaat en meer cliënten (langer) behandeld kunnen worden in de goedkopere eerstelijnsgezondheidszorg. Ook hierover zouden nader te formuleren experimenten uitsluitel kunnen verschaffen.

*Beroep: Maatschappelijk werker*

*Een verkennend onderzoek naar de persoon, werk en werkplek van maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg*

W. Brunenberg, L. Neijmeijer, G. Hutchemaekers  
NcGv, Utrecht 1996

In het rapport 'Beroep: maatschappelijk werker' van Brunenberg, Neijmeijer en Hutchemaekers stonden de volgende vier vragen centraal:

- Hoeveel maatschappelijk werkers (met en zonder VO) werken op dit moment op welke plaats binnen de gezondheidszorg en welke taken verrichten zij? Waarin zijn zij te onderscheiden van andere professionele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zoals sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en pedagogen;
- Hoeveel maatschappelijk werkers (met en zonder VO) zijn op dit moment werkzaam in een op de gezondheidszorg gerichte eigen praktijk en welke taken verrichten zij daar;
- Hoe kijken de verschillende partijen in de gezondheidszorg aan tegen het beroep van maatschappelijk werker, aan welke deskundigheids- en opleidingseisen moeten zij wat hen betreft voldoen en welke ontwikkelingen zullen zich de komende jaren naar verwachting afspelen op de arbeidsmarkt voor maatschappelijk werkers;
- Hoe verloopt het proces van professionalisering, in welke fase van dit proces bevindt men zich, waar liggen de knelpunten en hoe waardeert men dit professionaliseringsproces binnen de beroepsgroep?

Het onderzoek van Brunenberg e.a. was gericht op maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg. Daartoe rekenden zij alle instellingen voor de algemene gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. Die personen werden in het onderzoek betrokken die in deze sectoren in de functie van maatschappelijk werker of in de nauwverwante functie van zorgconsulent werkten in de directe cliëntenzorg. Maatschappelijk werkers die *uitsluitend* werkten in de functie van bijvoorbeeld manager, preventiewerker of psychotherapeut bleven buiten beschouwing. Maatschappelijk werkers die hun functie combineerden met een andere functie werden wel in het onderzoek betrokken.

In totaal werd aan 2847 maatschappelijk werkers een enquête gezonden, waarvan, na één rappel, 53% werd geretourneerd. De namen waren afkomstig uit een eigen enquête onder werkgevers en uit het ledenbestand van de beroepsvereniging NVMW. Helaas kon geen kwantitatief non-responsonderzoek plaatsvinden, voornamelijk omdat van een grote groep maatschappelijk werkers eenvoudig geen naam of adres bekend was. De resultaten van dit onderzoek dienen volgens de auteur dan ook met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Toch is de kans op substantiële vertekening, gezien het grote aantal respondenten, weinig waarschijnlijk.

**Aantal, functie en werkplek**

Naar schatting werkten er in 1994 ruim 4300 maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg; per 100.000 Nederlanders waren dat 29 maatschappelijk werkers. 42% van deze groep werkte in de GGZ, 31 % in de AGZ en 27% in de GhZ. De maatschappelijk werker had een aanstelling voor gemiddeld dertig uur per week. Het totaal aantal formatieplaatsen (fte) maatschappelijk werk in de GGZ bedroeg medio 1994 naar schatting 1.458: 1.007 in de AGZ en in de GhZ 937. Het totaal in de gezondheidszorg komt daarmee op 3.402 fte maatschappelijk werk. Per 100.000 inwoners waren er in

de regio's Oost-Nederland en Noord-Holland het grootste aantal maatschappelijk werkers werkzaam, en in de regio's Utrecht en Randstad-Midden het geringst aantal.

Van de totale groep van ondervraagde maatschappelijk werkers in gezondheidszorg had 89% als enige functie die van maatschappelijk werker. Slechts een kleine minderheid (nog geen 2%) had twee dienstverbanden als maatschappelijk werker. Circa 9% combineerde de functie van maatschappelijk werker met een andere functie in de gezondheidszorg (een leidinggevende, coördinerende of een hulpverlenende functie). In functie van maatschappelijk werker werkte men in het eerste of enige dienstverband gemiddeld 30 uur, in het tweede dienstverband gemiddeld 10,4 uur. Vijfennegentig procent van de maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg was betrokken bij de directe zorg voor cliënten.

Bijna alle maatschappelijk werkers waren uitsluitend werkzaam in dienstverband. Ongeveer 35 maatschappelijk werkers (0,8%) hadden daarnaast een eigen praktijk als maatschappelijk werker

#### *Persoonsgegevens*

Twee derde van de maatschappelijk werkers was een vrouw, de gemiddelde leeftijd bedroeg 43 jaar. In de AGZ waren acht van de tien maatschappelijk werkers vrouw, in de GGZ was dat de helft. De maatschappelijk werkers in de GGZ waren gemiddeld ook wat ouder.

Bijna 95% van de maatschappelijk werkers had de opleiding HBO maatschappelijk werk gevolgd. In de GGZ was dat aandeel het laagst (91%), al had twee derde van hen een VO-opleiding. In de AGZ en GhZ bedroeg het aantal VO-opgeleiden ongeveer een kwart. In totaal had 42% een VO-opleiding gevolgd en 15% een andere post-HBO-opleiding. Achttien procent van de maatschappelijk werkers was op het moment van onderzoek bezig met een vervolgopleiding: 2% met een VO-opleiding, 2% met de opleiding tot psychotherapeut en 14% met een andere post-HBO of vervolgopleiding, veelal de opleiding tot relatie- en gezinstherapeut.

Ruim een kwart van de maatschappelijk werkers (26%) was lid van één of meer beroepsverenigingen, een relatief klein percentage in vergelijking met beroepsgroepen als psychiaters, pedagogen of psychologen. Maatschappelijk werkers in de AGZ hadden de hoogste organisatiegraad: 30% van hen was lid van een beroeps- of specialistische vereniging. In de GGZ was dat een kwart en in de GhZ 19%. Een nadere onderverdeling naar instellingen laat eveneens grote verschillen zien. De maatschappelijk werkers in algemene en academische ziekenhuizen en in de kinder- en jeugdzorg zijn het best georganiseerd: vier van de tien daar werkzame maatschappelijk werkers zijn lid van één of meer beroepsverenigingen. In de RIAGG's en APZ'en zijn dat er drie van de tien. In de verpleeghuizen, de instellingen voor lichamelijk gehandicapten en in de intramurale VGZ is ongeveer een kwart lid van een beroepsvereniging. De rij wordt gesloten door de maatschappelijk werkers in de categorale ziekenhuizen (19% lid van een vereniging), de extramurale VGZ (16%) en de verslavingszorg

In totaal was één op de acht onderzochte maatschappelijk werkers lid van de NVMW, 10% was aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG) en 1 % bij de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). Een derde (34%) van alle responderende maatschappelijk werkers was opgenomen in een register. De grootste groep was opgenomen in het beroepsregister van maatschappelijk werkers (28%).

#### *De werkzaamheden*

Twee derde van de maatschappelijk werkers werkte vanuit een theoretisch referentiekader. Absolute koploper was het systemisch kader (64%). Drie procent baseerde zich op een ander kader. In de GGZ

werkte driekwart van de maatschappelijk werkers vanuit een referentiekader, in de AGZ en GhZ ruim 60%.

Maatschappelijk werkers in de GGZ besteedden de helft van hun werktijd aan de psychosociale hulpverlening, in de AGZ was dat 39% en in de GhZ 30% van de tijd. Bij de concrete en informatieve hulp- of dienstverlening was het beeld juist omgekeerd: in de GGZ besteedde men daar 12% van de tijd aan, in AGZ en GhZ ongeveer 20% van de tijd. Ook aan de derde en de vierde kerntaak (onderzoek en rapportage, signalering, belangenbehartiging en preventie) besteedden maatschappelijk werkers in de GGZ relatief minder tijd. Wat betreft de voorwaardenscheppende taken bestond er daarentegen nauwelijks verschil tussen maatschappelijk werkers in AGZ, GGZ en GhZ.

Met name de maatschappelijk werkers in AGZ en GhZ wilden graag meer tijd besteden aan psychosociale zorg. Ongeacht de sector klaagde de meerderheid van de maatschappelijk werkers over een te hoge werkdruk: Onvoldoende identiteit, onduidelijke taakafbakening en (voor AGZ en GhZ) te veel regelkussen volgden op enige afstand op de ranglijst van knelpunten.

### *Werkwijze*

Gemiddeld duurde in 1993 de hulp- of dienstverlening van een maatschappelijk werker in de gezondheidszorg ongeveer veertien maanden per cliënt of cliëntensysteem. Het kortst duurde de hulp in de AGZ (7 maanden). In de GGZ duurde de hulp- of dienstverlening gemiddeld 13,4 maanden en in de GhZ gemiddeld 20,7 maanden.

De helft van de cliëntcontacten van maatschappelijk werkers in de AGZ vond individueel plaats. In 29% van de gevallen werd ook de partner van de cliënt in de zorg betrokken, in 14% van de gevallen het hele gezin. Veelgebruikte hulpverleningsvormen in de AGZ waren het casework en de gezins- of systeembehandeling. Als methode van hulpverlening werd het meest gebruik gemaakt van (therapeutische) gespreksvoering en advisering en informatieverschaffing. Tussen de instellingen bestond een aantal accentverschillen. In verpleeghuizen maakten maatschappelijk werkers, in vergelijking tot hun collega's in algemene, academische en categorale ziekenhuizen, minder gebruik van de caseworkmethode en de gezins- of systeembehandeling en meer van de consultatiemethode en sociale actie. Ook deden zij minder aan therapeutische gespreksvoering en meer aan adviseren en informeren. Verhoudingsgewijs betrokken zij ook vaker het gezin of de partner van de cliënt in de hulpverlening.

In de GGZ vond de helft van de cliëntcontacten van maatschappelijk werkers individueel plaats. In 23% van de gevallen wordt ook de partner van de cliënt bij de zorg betrokken, in 19% van de gevallen het hele gezin. Veelgebruikte hulpverleningsvormen waren het casework en de gezins- of systeembehandeling. Als methode van hulpverlening werd (therapeutische) gespreksvoering het meest genoemd. Verschillen waren er op onderdelen. In APZ'en maakte men relatief weinig gebruik van therapeutische gespreksvoering en veel van advisering en informatie, materiële methoden en maatschappelijke oriëntatie. Cliëntcontacten vonden naar verhouding vaker in de groep plaats. In de kinder- en jeugdzorg maakte men, net als de collega's van de RIAGG, relatief veel gebruik van therapeutische gespreksvoering en niet of nauwelijks van materiële methoden. Gezins- of systeembehandeling was in deze sector de meest voorkomende vorm van hulpverlening. In de verslavingszorg ten slotte vonden de hulpverleningsgesprekken relatief vaak individueel plaats. Het casework was in deze sector de meest voorkomende vorm van hulpverlening.

De meeste cliëntcontacten van maatschappelijk werkers in de GhZ vonden individueel (37%) of met het gezin (35%) plaats. Veelgebruikte hulpverleningsvormen waren casework, casemanagement en gezins- of systeembehandeling. Als methode van hulpverlening werd het meest gebruik gemaakt van

(therapeutische) gespreksvoering en advisering en informatieverschaffing. In de extra- en semimurale VGZ was er sprake van veel gezinscontacten, veel casemanagement en maakte men relatief veel gebruik van materiële methoden en weinig van therapeutische gespreksvoering. In de LGZ vonden veel cliëntcontacten plaats in een individuele setting en maakten de maatschappelijk werkers er veel gebruik van de caseworkmethode en van therapeutische gespreksvoering. De maatschappelijk werkers in de intramurale VGZ ten slotte onderscheidden zich vooral doordat zij relatief veel partner/relatie- en groepscontacten hadden en, naast therapeutische gespreksvoering, veel gebruik maakten van informatie en advies als hulpverleningsvorm.

#### *De cliënten*

De totale caseload van maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg bedroeg medio 1994 naar schatting 241.000 cliënten en cliëntsystemen (inclusief dubbeltellingen). Het aantal nieuwe cliënten van maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg bedroeg in 1993 naar schatting 294.000. Het aantal door maatschappelijk werkers in de GZ uitgeschreven cliënten bedroeg in 1993 naar schatting 273.000.

Maatschappelijk werkers in de AGZ hadden medio 1994 gemiddeld 47 cliënten in zorg of zorgcoördinatie een totale caseload van ongeveer 62.000 cliënten. In het jaar daarvoor (1993) kregen zij gemiddeld 138 nieuwe cliënten (of cliëntsystemen) toegewezen. Dat brengt het totaal, aantal nieuwe cliënten op ruim 180.000. In datzelfde jaar schreven zij 133 cliënten uit, in totaal 175.000 cliënten. Van deze 133 cliënten verwezen zij er gemiddeld 59 naar andere hulpverleners. De cliëntèle van maatschappelijk werkers in de AGZ bestond voor twee derde uit vrouwen. In algemene en academische ziekenhuizen en verpleeghuizen richtten zij zich hoofdzakelijk op ouderen, in categorale ziekenhuizen op volwassenen en adolescenten. Veel voorkomende problemen voor maatschappelijk werkers in de AGZ waren gezondheids-, verwerkings- en eenzaamheidsproblemen.

Maatschappelijk werkers in de GGZ hadden gemiddeld 45 cliënten. De totale caseload bedroeg in de GGZ medio 1994 zo'n 82.000 cliënten en cliëntsystemen. In 1993 kreeg een maatschappelijk werker er gemiddeld 48 nieuwe cliënten (of cliëntsystemen) toegewezen. Het totaal aantal nieuwe cliënten kwam daarmee uit op ongeveer 87.000. In 1993 schreven zij gemiddeld 42 cliënten uit, in totaal zo'n 77.000 cliënten. Gemiddeld verwezen zij 19 van deze 42 uitgeschreven cliënten door naar een andere hulpverlener. De cliëntèle van maatschappelijk werkers in de GGZ bestond, met uitzondering van degenen werkzaam in de kinder- en jeugdzorg, hoofdzakelijk uit 20- tot 44 jarigen. De sekseverhouding was ongeveer gelijk. Veel voorkomende problemen van de cliënten in de GGZ waren verslaving, opvoedings- en gezinsproblemen, gezondheidsklachten en problemen bij de verwerking van traumatische gebeurtenissen.

Een maatschappelijk werker in de GhZ had medio 1994 gemiddeld 82 cliënten in zorg of zorgcoördinatie. De totale caseload bedroeg naar schatting 97.000 cliënten en cliëntsystemen. In 1993 kreeg men gemiddeld 23 nieuwe cliënten (of cliëntsystemen) toegewezen. Het totaal aantal nieuwe cliënten kwam daarmee uit op ruim 27.000. In datzelfde jaar schreven zij gemiddeld 18 cliënten uit, waarvan zij er zeven doorverwezen naar een andere hulpverlener. In totaal werden er dus in dat jaar ruim 21.000 cliënten door maatschappelijk werkers in de GhZ uitgeschreven. In de GhZ was de sekseverhouding onder de cliënten gelijk. Bijna 40% van de cliënten was onder de 20 jaar, 55% tussen de 20 en 64 jaar en 6% 65 jaar of ouder. Veel voorkomende problemen waren verwerkings-, opvoedings-, gezins- en relatieproblemen.

#### *Verwijzers en verwijzingen*

De helft van de cliënten van maatschappelijk werkers in de AGZ werd via interne kanalen verwezen. Ook werd een vrij hoog percentage cliënten verwezen via andere AGZ-instellingen. Na afronding van het contact werd 44% van de cliënten doorverwezen naar andere instanties of hulpverleners; een derde voor

concrete, materiële hulpverlening, 28% voor begeleiding en 20% voor (psychotherapeutische) behandeling. De grootste groep cliënten (42%) bleef binnen het eigen AGZ-circuit, 20% werd verwezen naar het GGZ-circuit en 15% naar een gemeenschapsvoorziening. Maatschappelijk werkers in categorale ziekenhuizen verwezen relatief veel naar de extramurale GGZ en de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Doel daarvan was meestal behandeling of begeleiding. Hun collega's in verpleeghuizen verwezen relatief vaak naar de extramurale AGZ (veelal de huisarts) en naar gemeenschapsvoorzieningen. Het doel van verwijzing was meestal concrete en materiële hulpverlening.

In de GGZ werd een derde van de cliënten verwezen via interne kanalen; 20% was afkomstig uit het AGZ-circuit, 17% uit een andere GGZ-instelling en eveneens 17% meldde zich aan op eigen initiatief. Na afronding van het contact werd 45% van de cliënten doorverwezen naar andere instanties of hulpverleners, meestal voor (psychotherapeutische) behandeling of begeleiding. De grootste groep cliënten (45%) bleef binnen het GGZ-circuit, 13% werd verwezen naar een gemeenschapsvoorziening en 6% naar het AGZ-circuit. Maatschappelijk werkers in RIAGG's verwezen relatief veel naar gemeenschapsvoorzieningen voor concrete, materiële hulpverlening. Hun collega's in de verslavingszorg daarentegen verwezen relatief veel naar intramurale GGZ-instellingen met het oog op behandeling of begeleiding.

Ongeveer 20% van de cliënten van maatschappelijk werkers in de GhZ werd verwezen via interne kanalen. Een derde meldde zich aan op eigen initiatief. Een derde belangrijk verwijskanaal was het VGZ-circuit. Na afronding van het contact werd 39% van de cliënten verwezen: 30% voor (psychotherapeutische) behandeling, een kwart voor begeleiding of ondersteuning en 17% voor concrete, materiële hulpverlening. De grootste groep cliënten (37%) werd verwezen naar hulpverleners of organisaties binnen het VGZ-circuit, 22% naar het GGZ-circuit en 13% naar een gemeenschapsvoorziening. Maatschappelijk werkers in de LGZ verwezen relatief veel naar de extramurale GGZ. Hun collega's in de VGZ verwezen vaker naar andere VGZ-instellingen met het oog op begeleiding.

#### *Interviews met deskundigen*

Vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, opleiders, beroepsbeoefenaren, werkgevers, inspectie en overheid hadden de volgende visies en standpunten over de beroepsgroep van maatschappelijk werkers.

Het aantal formatieplaatsen was volgens de meeste informanten de laatste jaren afgenomen. In de RIAGG, de AGZ en de intramurale VGZ was die trend het meest duidelijk. In andere sectoren van de gezondheidszorg was de situatie daarentegen stabiel. Volgens de meeste informanten zal er de komende jaren nauwelijks extra ruimte op de arbeidsmarkt ontstaan.

Naast de functie van maatschappelijk werker is er in de afgelopen jaren een aantal nieuwe functies met een identieke of sterk verwante taakinhoud ontstaan. Deze functies zouden gedeeltelijk ook door andere disciplines kunnen worden vervuld. In de AGZ kwamen naast maatschappelijk werkers ook zorgmanagers, zorgcoördinatoren en transmurale medewerkers te werken, in de GGZ deden casemanagers en zorgcoördinatoren hun intrede en in de VGZ werken zorgconsulenten. Er ontstonden vele nieuwe functies met sterk wisselend takenpakketten.

Uitzondering op die trend was de RIAGG. De aldaar werkzame maatschappelijk werkers waren sterk gericht op therapie en materiële hulpverlening behoorde niet tot hun takenpakket. In de andere GGZ-instellingen en in de AGZ en VGZ verrichtten de maatschappelijk werkers wel alle kerntaken. In de nabije toekomst zou de coördinerende taak wel eens in belang kunnen toenemen, terwijl er sprake zou zijn van een tendens om psychosociale hulpverlening minder op de voorgrond te plaatsen.

De sleutelfiguren verwachtten dat maatschappelijk werkers in de komende jaren veel te maken krijgen met de gevolgen van de vergrijzing, marginalisering van verschillende groepen zoals werklozen en arbeidsongeschikten, oudere eerste-generatiemigranten, tweede- en derdegeneratiemigranten, vluchtelingen en asielzoekers en sociaal-economische problematiek.

Opvallend was verder dat er binnen de beroepsgroep grote verschillen bestonden in opvattingen over de kern van het maatschappelijk werk. De volgende kernbegrippen werden genoemd: psychosociale hulpverlening, intermediërende en belangenbehartigende functies, brede benadering en generalisme, combinatie van materiële en immateriële hulpverlening, enzovoort. Andere beroepsgroepen waren veel eensluidender over de kern van het maatschappelijk werk: concrete sociale en materiële hulpverlening.

Volgens een aantal maatschappelijk werkers zou er sprake zijn van concurrentie van andere beroepsgroepen. Andere beroepsgroepen (geestelijk verzorgers, psychotherapeuten, psychologen, pedagogen en (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen) ervoeren de maatschappelijk werker daarentegen niet als bedreigend. De maatschappelijk werkers in de GGZ voelden zich vooral bedreigd door SPV'en en psychologen, in de AGZ werden daarnaast ook (consultatief-psychiatrisch) verpleegkundigen genoemd. Ook zou er sprake zijn van interne concurrentie: maatschappelijk werkers in de intramurale VGZ en maatschappelijk werkers in de SPD'en zouden elkaars taken overnemen.

Bijna alle respondenten oordeelden dat de profilering van maatschappelijk werkers onvoldoende is. Men wenst meer profilering op de werkplek richting management, versterking van de beroepsvereniging, verdere verbetering van beroepscode en beroepsprofiel, het promoten van beroepsregistratie en tuchtrecht, meer inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen en het benadrukken van de praktische invalshoek van het maatschappelijk werk. Het merendeel van de respondenten bleek voorstander van opname van het beroep van maatschappelijk werker in de wet Big, maar slechts een enkeling verwachtte dat dit op korte termijn zal gebeuren.



## *GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg*

*(Registratie 2000 – 2002)*

P.F.M. Verhaak, E.M. Zantinge, M.E. de Boer

Nivel, Utrecht (z.j., ± 2003)

In het onderzoeksverslag '*GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg*' zijn de consultatieve activiteiten beschreven die uitgevoerd worden in het kader van de regeling consultatiegelden. Het beschreven domein betreft alle consultaties die in het kader van deze regeling tot 1 oktober 2002 zijn geregistreerd en ingestuurd.

'Veruit de meeste consultaties (84%) zijn door huisartsen worden aangevraagd. De tweede groep aanvragers, "overigen", b.v. jeugdzorg en verpleegkundige neemt acht procent voor haar rekening, en neemt in aandeel iets af in de loop van de tijd. AMW (6%) en eerstelijnspsycholoog (2%) hebben een nog kleiner aandeel. Toch is er wel sprake van een lichte toename in het aantal projecten waarbij de betrokkenheid van AMW of eerstelijnspsycholoog niet marginaal is. De auteurs bedoelen daarmee dat ze meer dan tien procent van de consultatie-aanvragen voor hun rekening nemen. In 2002 geldt dat voor 37% van de projecten wat het AMW betreft. Voor eerstelijns-psychologen geldt dit slechts voor veertien procent van de projecten. De SPV is de meest frequent optredende consultatiegever (67%) en wordt dat in de loop van de tijd alleen maar meer. Psychiaters zijn in de loop van de tijd relatief iets minder ingezet. Het grootste deel van de aanvragen voor een consultatief contact betreffen een contact waarbij de consultatievrager afwezig is. Dit type consultatie neemt ook toe in de loop van de tijd. Telefonische consultaties en in mindere mate "klassieke consultatie" nemen in de tijd, in lichte mate maar wel significant, af. De populariteit van de contacten waarbij de patiënt zich alleen bij de consultatiegever voegt is overigens beperkt tot de gevallen waar de huisarts de vrager is. Bij AMW en eerstelijnspsychologen is met name van "klassieke consultatie" sprake.

Relatief blijkt vaak consultatie gevraagd te worden voor 15-44 jarigen en relatief zelden voor kinderen. De probleemcategorieën stemmingsstoornissen en psychosociale problemen komen het meest voor, gevolgd door angststoornissen. Problemen gecategoriseerd onder "Grote psychiatrie" komen gemiddeld voor in acht procent van de gevallen evenals persoonlijkheids- en gedragsstoornissen. Somatoforme problemen worden in drie procent van de gevallen ingebracht. De "grote psychiatrie" neemt licht af in de loop van de tijd. Voor het overige zijn er enige schommelingen in stemmings- en psychosociale problemen maar geen lineaire verbanden met de tijd. De ingebrachte problemen zijn in zekere mate leeftijdsspecifiek. Stemmingsstoornissen en grote psychiatrie meer bij oudere patiënten, psychosociale problematiek, persoonlijkheid/gedrag en angst meer bij jongeren.

De belangrijkste redenen voor een consultatief contact zijn gedurende de hele bestudeerde periode vooral de behoefte aan diagnostiek (gemiddeld in 36% van de gevallen; zelfs iets toegenomen met de tijd) en de behoefte aan overleg over een eventuele verwijzing (29%) van de gevallen. Er zijn verschillen tussen verschillende consultatievragers: de huisarts wil vaker over verwijzing overleggen, AMW wil vaker advies over omgang met de patiënt, eerstelijnspsycholoog wil vaker advies over medicatie. Vooral over psychosociale problemen wil men vaak een advies inzake eventuele verwijzing.

De inhoud van het consultatief advies heeft vaak betrekking op een eventuele verwijzing. In bijna de helft van alle adviezen wordt dit mede genoemd. Het neemt in de loop van de tijd ook (licht) toe. Niet-medicamenteuze behandeling door de consultatievrager is tweede in volgorde van voorkomen (25%). Op de derde plaats (20%) komt GGZ-diagnostiek, die overigens licht afneemt in de loop van de tijd. Diagnostiek (lichamelijk en psychisch tezamen genomen) komt in het advies wat minder terug dan men op grond van de opgegeven reden voor het consultatief contact zou verwachten. Ongeveer vijftien procent van de adviezen heeft ook betrekking op de attitude ten opzichte van de patiënt of

medicatie. Het advies omtrent een eventuele verwijzing, dat zoveel genoemd wordt, komt bij alle problematiek in dezelfde (hoge) mate voor.

Bezien we de afloop van het eerste consultatieve contact, dan is er een driedeling: een kwart van de consultaties worden voortgezet in vervolcontacten (meestal zijn dit contacten met patiënt en SPV zonder consultatievrager), in een kwart wordt de behandeling voortgezet door de vrager (in geval van AMW of ELP is dat in de helft van hun consultatieve vragen het geval) en een kwart leidt tot een verwijzing naar de specialistische GGZ. Hoewel al of niet verwijzen naar de specialistische GGZ in bijna de helft van alle consultatieve contacten onderwerp van overweging was, is een feitelijke verwijzing naar de specialistische GGZ dus in maar een kwart van de gevallen de uitkomst. In het geval van psychosociale problemen wordt 19% naar de specialistische GGZ verwezen.

De regeling lijkt gaandeweg met name meer AMW-ers te bereiken. Projecten die zich toeleggen op 'klassieke consultatie' bieden de meeste mogelijkheden voor participatie door het AMW.'

## \* Studies naar tevredenheid

### *Cliënten over het maatschappelijk werk*

M. Flikweert, W. Melief

Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (1999)

Als bijdrage aan de viering van 100 jaar maatschappelijk werk heeft het Verwey-Jonker Instituut een onderzoek uitgevoerd waarin uit de uitkomsten van eerder gedaan onderzoek is gedestilleerd welke inzichten er naar voren komen over hoe cliënten maatschappelijk werkers en hun diensten ervaren en waarderen.

Voor het onderzoek werden de volgende onderzoeksvragen gehanteerd.

- *Hoe waarderen cliënten de hulpverlening/hulpverlener?*
- *Welke baat hebben de cliënten gehad van de hulpverlening?*
- *Wat zijn de implicaties van de bevindingen ten aanzien van de vorige twee onderzoeksvragen voor de hulpverlening?*

De nadruk lag op zo recent mogelijke studies uit de laatste tien tot vijftien jaar. Maar er zijn in mindere mate ook gegevens gebruikt uit eerdere studies tot zo'n dertig jaar geleden. Het enige gemeenschappelijke in de onderzoeken waaruit de gegevens afkomstig waren, was dat in alle studies cliënten (mede) ondervraagd werden over hun ervaring met de maatschappelijk werkers met wie ze contact hadden gehad en over de beoordeling van de ondervonden hulp. De bevindingen van de onderzoekers hebben alleen betrekking op maatschappelijk werk velden waarover onderzoeksuitkomsten beschikbaar waren. Dat waren het algemeen maatschappelijk werk, medisch maatschappelijk werk, het maatschappelijk werk voor arbeidsongeschikten, het maatschappelijk werk voor allochtonen, verstandelijk gehandicapten, vrouwenhulpverlening en crisishulpverlening.

### *Hoe ervoeren en waardeerden de cliënten de bejegening door de maatschappelijk werker en diens hulpverlening?*

Ten aanzien van de persoon van de maatschappelijk werker viel op, dat cliënten deze doorgaans aardig vinden. Er vallen dan beoordelingen als toegewijd, sympathiek en warm. Het beeld wordt aangevuld met waarderende uitspraken over de helpende vaardigheden van de werker, zoals: hardwerkend, grote inzet maar met een zekere afstand, grote deskundigheid en grote geïnformeerdeheid.

Maatschappelijk werkers worden al met al door hun cliënten wel duidelijk als professionele hulpverleners beleefd met de daarbij passende distantie, zonder dat dit laatste gezien wordt als arrogantie.

De algemene tevredenheid met de hulpverlening ligt in de betrokken onderzoeken tussen 73% en 91%. Afzonderlijke aspecten van de hulpverlening bleken echter zeer te variëren.

De meeste cliënten vonden dat de werker hen met respect voor hun eigen persoon en begrip voor de situatie tegemoet trad. Juist het feit dat de werker wel medeleven en begrip toonde, maar niet meteen met een oordeel of persoonlijke reactie kwam, werd door vele cliënten als zeer aangenaam of zelfs als weldadig ervaren.

Er werden veel variaties vernomen op de uitspraak "*Mijn maatschappelijk werker begreep precies wat er in me omging*".

Vervolgens werd ook de inzet en betrokkenheid van de werkers ervaren, de stimulans die daarvan uitging gericht op verbetering.

Cliënten waardeerden het niet oordelende begrip van de werker. Cliënten waren daardoor in staat om meer over zichzelf en hun situatie na te denken als een eerste stap om iets te doen aan problematische aspecten daarvan. Daarnaast werd genoemd: de deskundigheid in het op gang krijgen

van communicatie tussen mensen bij wie dat zonder hulp niet zo goed wilde lukken. Tevens werd daarbij de raad en het advies over hoe de omgang met anderen in te richten gewaardeerd. In vaktermen, 'het bieden van handelingsalternatieven'.

Meer concreet werd bij vele maatschappelijk werkers hun parate kennis over de samenleving genoemd, over instanties, over mogelijke voorzieningen en dergelijke.

Ook werd zeer gewaardeerd wanneer werkers voor de cliënt bemiddelden bij het verkrijgen van regelingen, uitkeringen en voorzieningen.

#### *Kritiekpunten*

Op zich was de gevonden kritiek vele malen beperkter dan de positieve waardering, maar vanwege de mogelijkheden uit kritiek indicaties te ontwikkelen voor verbetering, wordt de kritiek in de onderzoeksrapportage verhoudingsgewijs uitgebreid weergegeven.

Kritiekpunt was allereerst de wel erg afwachtende houding die men soms bij werkers aantrof. Deze werkers zouden te weinig concrete adviezen geven en de cliënten het teveel uit laten zoeken. Soms willen cliënten kennelijk een meer directieve benadering.

Werkers zouden verder volgens de cliënten soms te weinig voor hen willen doen. Cliënten verwachtten dat werkers meer uit zichzelf zouden bemiddelen of actie ondernemen. "Uiteindelijk moet je het toch allemaal zelf doen". Deze kritiek kwam met name ook van buitenlandse cliënten, die de werker bleken te beschouwen als iemand die dingen voor hen regelde.

Een enkele maal werd als kritiek gevonden dat de werker, hoewel aardig, toch niet echt geïnteresseerd zou zijn in de problemen van de cliënt en in de oplossingen die de cliënt zelf voor zijn problemen had bedacht. De cliënt voelde zich daardoor niet serieus genomen. Dit kritiekpunt wijkt duidelijk af van wat bij de meerderheid werd gevonden, namelijk dat de cliënten vonden dat de werker zo goed aansloot bij de eigen belevingswereld van de cliënt.

Tenslotte waren sommige cliënten van mening dat de werker teveel vasthield aan haar/zijn oplossingen voor de problemen en te weinig openstond voor de voorkeuren van de cliënt.

#### *In welke mate hadden de cliënten baat gevonden bij de hulpverlening door de maatschappelijk werker?*

De baten die de cliënten bij de hulp vonden laten zich onderverdelen in vier categorieën.

##### *A. Ondersteuning, opvang, inzicht en stimulans*

Hierbij noemden cliënten zaken als: kreeg luisterend oor; ondervond steun, meeleven, begrip; het veilige gevoel op iemand terug te kunnen vallen; vermindering van paniek en crisis; stimulering om vol te houden; orde in het denken over de situatie; verstandelijke grip op de situatie; bewustzijn over oorzaken van problemen; inzicht in realistische veranderingsmogelijkheden; inzicht in mogelijke handelingsalternatieven.

##### *B. (Gedrags)verandering in de psychosociale sfeer*

Hierbij werden zaken genoemd als: vergroting vermogen zich te uiten; werving van de vaardigheid verschillende gedragsalternatieven te realiseren inclusief het vermogen storend gedrag te onderdrukken; socialer geworden; vergroting van assertiviteit; vaardigheid in het oplossen van conflicten; verwerking schokkende gebeurtenissen; doorbreking isolement; herstel van contacten met familie, burens en collega's; betere omgang met en acceptatie van de eigen seksuele geaardheid; controle van verslavingsproblemen; leren omgaan met een veranderde maar ten gevolge van ziekte en invaliditeit niet beïnvloedbare werkelijkheid; dito ten aanzien van de naderende dood.

Cliënten uiten hun waardering voor dit soort veranderingen met uitlatingen als: "*Ik ben er een heel ander mens door geworden, niet meer depressief*".

### *C. Concrete diensten en voorzieningen*

Cliënten waardeerden in hoge mate zaken als: het verstrekken van informatie over sociale zekerheid, huisvesting en voorzieningen; het schrijven van brieven en invullen van formulieren; het meegaan bij moeilijke gesprekken met diensten die de toegang vormen tot de sociale zekerheid en andere gemeenschapsvoorzieningen; belangenbehartiging bij en regeling van praktische zaken zoals inkomen, wonen, werk, huisvesting; oplossing financiële problemen; het verstrekken van informatie over andere hulpverleningsmogelijkheden; regeling thuiszorg en verpleging; verwijzing naar specialistische hulp.

### *D. Het leren leven met de situatie wanneer de gewenste resultaten achterwege blijven*

Cliënten rapporteren regelmatig dat de hulp eigenlijk geen verbetering heeft opgeleverd. Dat wordt lang niet altijd als een falen van de hulpverlener beschouwd. Cliënten vermelden dan bijvoorbeeld, dat het niet zozeer aan de werker ligt maar aan hun moeilijke situatie of de ernst van het probleem, zaken die met de beste wil van de wereld niet te veranderen vallen. De hulp wordt in zulke gevallen dan ook niet altijd zinloos gevonden, omdat de hulpverlening zich dan vervolgens concentreert op de 'next best' oplossing. Zo richt de hulpverlening zich dan vaak op het zo goed mogelijk met de problemen leren leven c.q. op het vrede krijgen met het feit, dat de realiteit niet te veranderen valt. Maar zelfs als dat niet lukt waarderen cliënten het toch, dat ze zich een keer hebben kunnen uitspreken en dat er aandacht voor hun probleem is geweest. In feite is dat hulpverlening met uitkomsten als bedoeld onder A en B.

### *Kritiepunten ten aanzien van de uitkomsten van de hulp*

Ook de kritiek op de uitkomsten was veel geringer dan de positieve waardering. Maar niettemin wordt er soms gerapporteerd dat doordat de maatschappelijk werker te aarzelend was, te weinig doortastend was of niet de oplossingen koos waaraan de cliënt de voorkeur gaf, de resultaten niet in overeenstemming waren met de voorkeuren van de cliënt.

Men vindt ook nog wel eens dat er onvoldoende concrete service is geleverd; veranderingen bleven uit en concrete voorzieningen (uitkeringen, een huis) kwamen niet tot stand. Dat gold in het bijzonder voor sommige allochtone cliënten die erg teleurgesteld en kritisch zijn, wanneer het verwachte huis of de gewenste uitkering uitblijft. In hun beleving heb je weinig aan een hulpverlener die alleen maar aangeeft hoe je moet handelen om dat soort zaken geregeld te krijgen en op zijn hoogst een keer wil bemiddelen zonder garantie op succes. Overigens is dat ook voor een kleine minderheid van cliënten van Nederlandse oorsprong het geval.

## \* Studies naar ervaren baat

*Sater: de stem van de gebruiker. Cliënten over de hulpverlening bij*

- *Maatschappelijke Dienstverlening Nieuwe Waterweg*
- *Maatschappelijk Werk Leiden*
- *De Vierstroom*
- *De NoorderMaat*
- *Drenthe*

(5 afzonderlijke rapporten)

W. Melief, M. Flikweert, N. Broenink, J. Mak (in wisselende samenstellingen)

Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (2001/2002)

## De uitkomsten van de hulpverlening bij MJD Groningen

### *Aanleiding*

Sater is ontstaan uit vragen voor onderzoek die vanuit de praktijk van de instellingen kwamen. Het probleem was vaak dat er onvoldoende financieringsmogelijkheden waren voor relatief duur onderzoek ten behoeve van een individuele instelling. Aangezien AMW's in grote mate overeen komen qua doelstellingen en uitvoering, is besloten om een onderzoeksopzet te maken die zoveel mogelijk gestandaardiseerd zou zijn. Deze opzet biedt tevens het voordeel dat onderzoeksuitkomsten tussen verschillende AMW-instellingen vergeleken kunnen worden en ook een beeld gegenereerd kan worden over meerdere instellingen (op den duur is het mogelijk landelijke trends te bepalen).

Het Sater-systeem bestaat uit drie deelsystemen:

1. Gecomputeriseerde vragenlijstmodule. Met behulp van Odin software is een (soort interactieve) geautomatiseerde vragenlijst opgesteld, waarin alleen de relevante vragen die op hem of haar betrekking hebben aan de cliënt gesteld worden.
2. Analysemodule. De verwerking en analyse van de verkregen gegevens gebeurde met behulp van een speciaal door de onderzoekers voor Sater ontworpen standaard set (syntaxfile) van statistische analyses in SPSS. Deze procedure levert een vaste set tabellen en figuren op, die als basis dienen voor de rapportage. Daarbij is veelal gebruik gemaakt van beschrijvende kwantitatieve analyses om een goed beeld te kunnen geven. Waar mogelijk zijn ook statistische toetsen gedaan om te onderzoeken of teams verschillen op bepaalde aspecten in de hulpverlening. De uitkomsten van een instelling worden vergeleken met een referentiegroep van cliënten van andere instellingen die ook bevraagd zijn in het kader van Sater-projecten.
3. Rapportagemodule. Voor de rapportage is gebruik gemaakt van een standaard ontworpen rapportagemodule; een tekstbestand met daarin een rapportindeling, compleet met hoofdstukken, paragrafen en de plaats van figuren en tabellen, alsmede vaste tekstfragmenten. Per rapport zijn uiteraard de specifieke analyses en interpretaties toegevoegd die gebaseerd zijn op de verkregen gegevens van de desbetreffende instelling.

Sater maakt het mogelijk op een relatief voordelige wijze hoogwaardige informatie te verkrijgen ten behoeve van:

- I. Het onderbouwen en toetsen van kwaliteitsbeleid en praktijkontwikkeling
- II. Verantwoording naar derden
- III. Gegevens ten behoeve van cliëntenparticipatie

Vraagstelling:

Hoe ervaren en beoordelen de cliënten de ontvangen hulpverlening?

Hebben zij baat ondervonden van de hulpverlening? Indien dit het geval is, welke baat/baten waren dit dan?

*Onderzoeksvragen:*

- Met welke problemen hebben de cliënten zich tot het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) gewend?
- In welke mate werd adequaat op die problemen ingegaan?
- Wat was de aard van de hulpverlening die men ontving?
- Wat was het resultaat van de hulpverlening:
  - In hoeverre werden de problemen opgelost?
  - In hoeverre leerde men leven met de problemen?
  - In hoeverre voelde men zich ondersteund, ook al bleven de problemen even knellend?
- In hoeverre zijn de cliënten tevreden over:
  - De resultaten.
  - De wijze waarop ze bejegend zijn.
  - De persoon en het optreden van de maatschappelijk werker.
  - Andere aspecten als bereikbaarheid, wachttijden, aankleding van bureau, zorgvuldige omgang met vertrouwelijke gegevens, enz.
- In welke mate was de AMW-hulp verantwoordelijk voor de bereikte resultaten? Zijn er ook externe factoren aan te wijzen voor de bereikte resultaten?

*Onderzoekspopulatie/steekproef:*

Gedurende een half jaar (soms een paar maanden langer) is getracht alle cliënten van een AMW-instelling te bevragen waarvan procesmatige hulpverlening net was afgesloten.

*Methoden van gegevensverzameling:*

De geprefereerde methode van gegevensverzameling was dat cliënten zelf een computergestuurde vragenlijst invulden (CAPI). Helaas bleek dit niet altijd mogelijk en is een deel van de cliënten per telefoon bevraagd met deze zelfde computergestuurde vragenlijst (CATI).

*Korte samenvatting van de resultaten:*

Er blijken geregeld verschillen te bestaan tussen teams qua achtergronden en problemen van de cliëntenpopulatie, die vaak direct te herleiden zijn tot het karakter van de wijken die de teams bedienen. Ook blijken er op dit punt verschillen tussen AMW's, afhankelijk van of het AMW in de stad of op het platteland gevestigd is.

Tevens zijn er vaak verschillen tussen teams en AMW's wat betreft de wachttijd, de duur van de hulpverlening en het aantal hulpverleningsgesprekken, de inhoud en methodiek van de hulpverlening en het gebruik van huiswerkopdrachten.

Over de deskundigheid en bejegening zijn de cliënten van de diverse teams en AMW-instellingen het wel eens: zij zijn hier in overgrote meerderheid heel tevreden over.

Als belangrijkste baat wordt vaak genoemd het verkrijgen van steun en begrip. De hulp blijkt vaak gericht op het vergroten van de copingsvaardigheden van de cliënten. Veel problemen blijken niet oplosbaar, de cliënt wordt dan geleerd hoe met deze situatie om te gaan op een voor de cliënt bevredigende wijze.

Over het algemeen geven de cliënten een positief oordeel over de gehele hulpverlening.

*Structureel inschakelen van ziekenhuis maatschappelijk werk voor kankerpatiënten die op de polikliniek behandeld worden.*

M.W.M Flikweert, W.B.A.M. Melief  
Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (1998)

*Aanleiding/Probleemstelling:*

Het rapport bevat een evaluatie van een project dat ervoor zorgt dat kankerpatiënten na het vernemen van hun diagnose in contact komen met ziekenhuismaatschappelijk werkers. Deze werkers doen de eerste opvang, en leggen vrijblijvend uit wat zij de patiënt kunnen bieden aan psychosociale hulpverlening nu of in de toekomst. De bedoeling is dat de hulp voor kankerpatiënten op deze wijze van aanbieden laagdrempeliger zal worden.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het IKW (Integraal Kankercentrum West)

*Onderzoeksvragen:*

1. Is de vernieuwing uitvoerbaar?
2. In weke mate worden in het project de resultaten bereikt die beoogd waren?
3. Welke investering (in deskundigheid, tijd en geld) vergt de nieuwe werkwijze?
4. In hoeverre zijn de bereikte resultaten beter en/of anders dan de resultaten die in de reguliere manier van werken worden gerealiseerd?
5. In hoeverre is de nieuwe werkwijze duurder of goedkoper dan de gebruikelijke werkwijze?
6. In hoeverre leidt de nieuwe werkwijze tot secundaire voordelen, gunstige bijeffecten c.q. kostenverlagingen elders in de zorg?
7. Welke veranderingen dienen in de uitvoering van het project te worden doorgevoerd om gezamenlijke uitvoeringsproblemen op te lossen of de uitvoering te verbeteren?

*Steekproef:*

Gedurende het onderzoek zijn twee ziekenhuismaatschappelijk werkers bevroegd, vijf specialisten, 41 kankerpatiënten die niet het aanbod van zmw hadden gekregen en 37 kankerpatiënten die wel het aanbod van zmw hadden gekregen. In principe was het de bedoeling dat alle patiënten waarbij de diagnose kanker werd gesteld, en die behandeld werden op vier geselecteerde poliklinieken van ziekenhuis Leyenburg en het Rijnland ziekenhuis, benaderd zouden worden. In de praktijk bleek echter dat specialisten soms zelf selecteerden wie wel en niet in aanmerking kwamen voor dit project. Ook bleek de schatting van het aantal kankerpatiënten overschat. Deze twee factoren leidden tot tegenvallende aantallen respondenten voor dit onderzoek.

Om de gevormde doelstellingen te kunnen realiseren, is gekozen voor een meervoudige onderzoeksbenadering. Het onderzoek bestaat uit enkele relatief kleine deelonderzoeken met ieder een eigen doelstelling en/of vraagstelling, die elkaar in belangrijke mate overlappen. Door de andere invalshoek, andere onderzoeksbenadering en andere informatiebronnen leverde ieder onderdeel toch andere kennis op.

*Methoden van gegevensverzameling:*

- Telefonische interviews met de kankerpatiënten die op de polikliniek behandeld werden
- Persoonlijke interviews met de betrokken ziekenhuismaatschappelijk werkers en specialisten
- Kankerregistratie-formulieren van het IKW
- Gevalsregistratie-formulieren over de hulpverlening bijgehouden door de ZMW'ers

*Korte samenvatting van de resultaten:*

De beoordeling van het project door de patiënten die een aanbod van het ZMW hadden ontvangen, waren unaniem positief. Er blijkt echter het een en ander te schorten aan de uitvoering van het project.



De aanbeveling is dan ook dat dit project alleen vruchtbaar geïmplementeerd kan worden als voldaan wordt aan een aantal structurele voorwaarden.

## \* **Evaluatieonderzoek naar de resultaten van bepaalde vormen van hulpverlening**

*Evaluatie-onderzoek Families First Nederland*

R.A.T. de Kemp, J.W. Veerman, L.T. ten Brink

NIZW, Utrecht (1998)

In 1994 vonden op verschillende locaties in Nederland de demonstratieprojecten van Families First plaats. Families First is een vorm van zeer intensieve thuisbegeleiding, waarbij therapeutische hulp wordt gecombineerd met praktische hulp aan het gezin. De hulp is bedoeld voor gezinnen in een crisissituatie waar uithuisplaatsing van een of meer kinderen dreigt. In het evaluatie-onderzoek van Families First stonden drie hoofdvragen centraal:

- Wordt de beoogde doelgroep bereikt?
- Worden de beoogde behandelingen gegeven?
- Worden de beoogde resultaten behaald?

De onderzoeksgroep bestaat uit alle behandelingen die in 1994 op de vier locaties zijn gestart. In totaal gaat het om 320 kinderen uit 234 gezinnen.

Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag luidt de conclusie dat Families First er voor een groot deel in slaagt de doelgroep te bereiken. Negen op de tien kinderen die bij Families First worden geaccepteerd voor behandeling lopen vanwege gedragsproblemen of problemen in het gezin de kans uit huis geplaatst te worden. Voor zes op de tien kinderen hebben de problemen zich zo hoog opgestapeld dat de kans zeer groot geacht kan worden dat zonder ingrijpen van Families First uithuisplaatsing zou volgen. Deze kinderen hebben reeds veel ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt (zoals echtscheiding van hun ouders, politiecontact vanwege diefstal of vandalisme), de opvoedingssituatie is ontwricht (bijvoorbeeld door gevangenisstraf van een van de ouders of werkloosheid van de vader), de relatie van het kind met de andere gezinsleden is verstoord, de ouder kan de opvoedingstaken niet meer aan en het kind vertoont ernstige gedragsproblemen. Ook de tweede onderzoeksvraag kan bevestigend beantwoord worden. Zowel wat betreft relevante kenmerken als wat betreft belangrijke richtlijnen lijkt de behandeling in de praktijk zeer sterk op de behandeling in theorie. Ook constateren we een grote mate van tevredenheid bij zowel de consumenten (de ouders) als de producenten (de gezinsmedewerkers) over de uitvoering van de behandeling.

De derde onderzoeksvraag kan tevens in belangrijke mate positief beantwoord worden. Een jaar na afsluiting van een Families First-behandeling woont 76% van de kinderen thuis. Van een vergelijkingsgroep, bestaande uit voortijdig afgebroken behandelingen, blijkt slechts 26% thuis te wonen. Gedurende het gehele jaar na afsluiting blijft 70% thuis wonen. In het functioneren van de jeugdige en zijn gezin worden na een jaar belangrijke veranderingen in de gewenste richting vastgesteld. Het gaat dus beter. Ook de dreiging tot uithuisplaatsing is afgenomen. Wel is het zo, dat in vergelijking met 'normale' (niet voor hulp aangemelde) kinderen en gezinnen ook na een jaar de problemen nog wel duidelijk aanwezig zijn. Geconcludeerd kan worden dat de scherpste kantjes eraf zijn, maar dat de problematiek zeker niet geheel voorbij is. Dit blijkt eveneens uit de hier niet in detail weergegeven cijfers over de vervolghulp in het jaar na Families First.

De uitkomsten overziende lijkt het erop dat een grote groep kinderen die uit huis geplaatst dreigde te worden door het inzetten van Families First thuis kan blijven wonen en dat belangrijke verbeteringen in het kind- en gezinsfunctioneren zijn bewerkstelligd. Hierdoor is het inzetten van Families First bij een dreigende uithuisplaatsing zeker te overwegen. Deze uitkomsten komen in hoge mate overeen met de bevindingen in de Verenigde Staten (zie Blythe, Patterson Salley en Jayaratne, 1994; Rossi, 1991).

Een belangrijk discussiepunt is, dat door het ontbreken van een controlegroep met niet-behandelde kinderen en gezinnen het resultaat niet eenduidig is toe te schrijven aan de Families First-behandeling. Andere factoren, zoals het eenvoudig voorbijgaan van de crisis of hulp van familie, vrienden of burens, kunnen wellicht ook het betreffende resultaat veroorzaakt hebben. In het vierde eindrapport gaven de auteurs aan dit soort alternatieve verklaringen onwaarschijnlijk te vinden (De Kemp, Veerman en Ten Brink, 1997, p. 85-86). Een belangrijk argument is, dat ze konden laten zien dat de Families First-behandelingen in de praktijk ook werden uitgevoerd zoals bedoeld. Dat betekent dat aan de theoretisch noodzakelijk voorwaarden is voldaan om een veranderingsproces in gang te zetten, met als 'logisch gevolg' dat die veranderingen ook plaatsvonden. Een ander argument is dat van een interne vergelijkingsgroep, bij wie de behandeling voortijdig was afgesloten, na een jaar slechts 26% van kinderen thuis woonde (tegen 76% van de Families First-groep), een cijfer dat opmerkelijk overeenkomt met het door Knorth en Dubbeldam (1995) genoemde percentage van 20% van voor residentiële hulp geïndiceerde gevallen dat na een halfjaar nog thuis woont (omdat er geen plaats was, de crisis over bleek te zijn, enzovoort). Dit geeft aan dat Families First het beter doet dan het 'natuurlijk verloop'. Een en ander neemt niet weg, dat in toekomstig onderzoek de mogelijkheid van het formeren van een adequate controlegroep serieus overwogen moet worden.

Een ander discussiepunt is de vraag hoe reëel de dreiging tot uithuisplaatsing in de doelgroep was. Immers, indien deze dreiging niet erg groot is, is het relatief gemakkelijker een uithuisplaatsing te voorkomen. Schuerman, Rzepnicki en Little (1994) opperen bovendien dat vanwege de veelal impliciete criteria die verwijzers hanteren om een kind en gezin bij een programma als Families First aan te melden, juist die gezinnen worden aangemeld waarbij het risico op een uithuisplaatsing althans op korter termijn klein is. Met andere woorden: de kans is dan groot dat het voorkómen van een uithuisplaatsing zonder inzetten van Families First ook wel gelukt zou zijn. Hoewel deze mogelijkheid niet geheel kan worden uitgesloten zijn hiervoor toch ook enkele tegenargumenten te vinden. Allereerst was het serieus overwegen van een uithuisplaatsing een duidelijk criterium bij de verwijzing, dat ook steeds zorgvuldig in de besluitvorming is betrokken. In de tweede plaats konden de auteurs via een uithuisplaatsingsindex duidelijk maken dat bij 90% van de aanmeldingen de kind- en gezinsproblemen dusdanig hoog waren dat uithuisplaatsing waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk was. Bovendien bleek deze bij aanvang van de behandeling berekende index niet van voorspellende waarde voor het al dan niet uit huis geplaatst zijn een jaar na afsluiting. Dat kan opgevat worden als het niet-valide zijn van de index, maar denkbaarder is dat de Families First-behandeling ook bij kinderen en gezinnen met ernstige problemen succes heeft geboekt. Toch is het een aanbeveling in toekomstig onderzoek de indicatie voor uithuisplaatsing uitvoeriger te documenteren. Het onderzoek levert ook een aantal inhoudelijke aanbevelingen op. De belangrijkste aanbeveling is wel, dat het programma in deze vorm nauwelijks aanpassing behoeft. De behandeling lijkt uitgevoerd te worden zoals bedoeld en de resultaten te boeken zoals beoogd. Echter, gezien de grote problemen die we na een jaar nog bij veel gezinnen vinden en de suggesties van de ouders en gezinsmedewerkers te streven naar betere aansluiting van de vervolghulp op Families First (De Kemp, Veerman en Ten Brink, 1996b), zal zeker meer aandacht moeten worden besteed aan het zoeken van de meest geschikte vervolghulp. Geene (1995) pleit ervoor reeds bij vaststelling van een crisissituatie in een gezin en verwijzing naar Families First samen met de ouders een traject van hulp op te stellen dat het gezin kan doorlopen. Hij onderscheidt binnen een multifunctionele organisatie twee hulpverleningstrajecten die starten met crisishulp. Met het vooraf bepalen van zulke trajecten krijgt het gezin een zo reëel mogelijk perspectief en wordt voor het gezin benadrukt dat Families First in vier weken niet alles kan oplossen maar dat Families First bedoeld is de crisis in het gezin aan te pakken, een verandering in gang te zetten en de noodzaak van uithuisplaatsing op te heffen. Het opstellen van hulpverleningstrajecten is in ieder geval aan te bevelen voor kinderen met een groot risico op uithuisplaatsing. Voor sommige gezinnen zijn wellicht enkele korte hulpverleningscontacten op vooraf bepaalde tijdstippen na afsluiting van de behandeling toereikend.

De behandeling zoals die in dit onderzoeksproject is uitgevoerd kende in het jaar na afsluiting drie follow-upmomenten. Er zijn redenen om aan te nemen dat dit mede tot het beklijven van de uitkomsten heeft bijgedragen. Kazdin (1987) stelt bijvoorbeeld voor om voor de groep kinderen met ernstige gedragsproblemen en een sterke ontregeling van de opvoedingssituatie naar analogie met suikerziekte een chronisch ziektemodel te hanteren. De problemen verdwijnen nooit helemaal, maar blijven hanteerbaar als er maar regelmatig 'controle' plaatsvindt. Dit was voor Veerman (1990) reden om te pleiten voor poliklinische contacten na een periode van intensieve residentiële behandeling. De in het kader van het huidige evaluatie-onderzoek verrichte follow-upmetingen hebben wellicht precies deze functie en uitwerking gehad. In een andere terminologie hebben we hier te maken met een vorm van sociale steun die wellicht als een protectieve factor werkt: een factor die er, ondanks aanwezige stress, voor zorgt dat kind en gezin redelijk adequaat functioneren. Follow-upcontacten die een integraal deel van de behandeling vormen zijn elementen van een behandelingstraject in de hiervoor bedoelde zin. Het 'uitstel tot uithuisplaatsing' dat een Families First-behandeling op zijn minst teweegbrengt wordt hiermee gecontinueerd.

Wat betreft de aanbevelingen voor verder onderzoek lijkt het vooral belangrijk de drie onderzoeksvragen (ten aanzien van bereikte doelgroep, uitgevoerde behandelingen en behaalde resultaten) continu te blijven stellen en te beantwoorden, bijvoorbeeld in de vorm van 'jaarcijfers'. Dit kan niet alleen bijdragen tot verdere professionalisering van gezinsmedewerkers en profilering van Families First, ook kan hiermee verantwoording naar 'buitenstaanders' als de overheid, de financiers en de cliënten zelf worden afgelegd. Dit zou betekenen, dat de gegevensverzameling zoals in dit onderzoek op gang is gebracht in deze, of andere (wellicht wat afgeslankte) vorm gecontinueerd zou dienen te worden. Aanzetten voor een dergelijke kwaliteitstoetsing zijn inmiddels gegeven. In vervolgonderzoek zou ook aandacht geschonken dienen te worden aan de vraag naar de effecten van onderscheiden vormen van intensieve ambulante gezinsbehandeling voor specifieke doelgroepen. Momenteel zijn in Nederland verschillende vormen van intensieve ambulante gezinsbehandeling te onderkennen, die alle pretenderen een aanstaande uithuisplaatsing te voorkomen (zie Baartman, 1993). Het zou wenselijk zijn na te gaan welke vorm van intensieve ambulante hulpverlening het meest geschikt is voor welk soort jeugdigen uit welk soort gezinnen. Een duidelijk antwoord op deze voor de hand liggende vraag is echter voorlopig nog niet te verwachten. Op het meest onderzochte terrein van hulpverlening, namelijk dat van de individuele psychotherapie, is men na veertig jaar onderzoek nog niet veel verder dan de constatering dat psychotherapie helpt, maar dat nog lang niet vaststaat welke therapievorm nu gunstig is voor welke cliënt met welk soort probleem (Kazdin, 1994). Op het relatief 'jongere' onderzoeksterrein van de gezinsbehandelingen kan men derhalve onmogelijk verder zijn met het beantwoorden van deze meer gespecificeerde effectiviteitsvraag. Wat in eerste instantie nodig is, is beschrijvend onderzoek waarmee aanmeldingsproblemen, gegeven behandelingen en verkregen uitkomsten in kaart kunnen worden gebracht. Dit soort onderzoek begint momenteel op gang te komen (Ten Brink en Veerman, 1996). Op een dergelijke descriptieve basis kan het differentiële effectonderzoek eventueel uitgebouwd worden. Tevens wordt het dan mogelijk gegeven behandelingen in verband te brengen met aanmeldingsproblemen en uitkomsten, hetgeen ook onderzoek naar het proces van intensieve ambulante gezinsbehandeling mogelijk maakt en zicht kan laten ontstaan op bepaalde veranderingsmechanismen (De Kemp, 1995). Het is verder sterk aan te bevelen het patroon van uithuisplaatsing en vervolghulp voor de hele onderzoeksgroep in het jaar na het follow-upjaar vast te stellen. Hiermee zou nagegaan kunnen worden of follow-upcontacten inderdaad de veronderstelde beschermende werking hebben (het aantal uithuisplaatsingen zou volgens deze gedachtegang dan omhoog zijn gegaan). Dan zou met meer kracht gepleit kunnen worden voor een systeem van regelmatig kortdurende 'sociale injecties' na een periode van intensieve behandeling. Hiermee zou de zorg zowel dicht bij huis kunnen blijven als goedkoper kunnen worden.

Ten slotte: uitkomsten van dit onderzoek hebben niet alleen directe invloed op het handelen en denken in de praktijk van de hulpverlening. Minstens zo belangrijk is dat het hand in hand gaan van programmaontwikkeling en onderzoek indirect een invloed heeft op het karakter van het programma (zie Veerman, 1997). Het (laten) invullen van vragenlijsten, het rapporteren aan onderzoekers, het verrichten van follow-upinterviews geven het programma mede de uitstraling die het heeft. Genoemde activiteiten brengen een structuur aan in het programma, maken ouders en behandelaars sensitief voor relevante aspecten van de situatie van jeugdigen of het gezin, vormen een ondersteuning bij diagnostiek en dragen ook bij aan een verdere profilering binnen en buiten het vakgebied.

### *Hoe Centraal staat het gezin?*

*Evaluatie van het eerste jaar 'Gezin Centraal' Een vraaggericht programma voor gezinnen.*

Arjan Bolt

Cardea (2003)

Cardea Jeugdhulpverlening startte 1 oktober 2001 met het project 'Gezin Centraal'. Dit rapport bevat een eerste evaluatie of 'Gezin Centraal' haar doelstellingen heeft gehaald.

'Gezin Centraal' biedt vraaggerichte hulp aan gezinnen met kinderen van zes tot veertien jaar. Dit betekent dat de cliënt de regie houdt over de hulpverlening en dat de hulp zich richt op het verbeteren van de gezinssituatie. 'Gezin Centraal' is volgens de auteur verder te omschrijven als een 'proeftuin' voor vraagsturing, gezinsgerichte hulpverlening en modularisering. Cliënten kunnen gebruik maken van modules die ambulante, dag-, en residentiële hulp bieden. De modules moeten het gezin ondersteunen, zodat het de hulp krijgt die nodig is terwijl het gezinsleven zoveel mogelijk intact blijft. Zo kunnen kinderen bijvoorbeeld op 'De Kim' logeren - het ouderlijk huis blijft dus hun 'thuis'. Kinderen komen niet meer standaard na schooltijd op de Leergroep Katwijk, maar in overleg met het gezin wanneer het gezin dit wil. Verder kunnen ouders een training opvoedingsvaardigheden volgen. De hulp duurt zo kort mogelijk, maar wel zo lang als nodig is. Verder krijgt elk gezin een gezinsbegeleider die hen begeleidt tijdens de hulpverlening. Deze helpt hen doelen te formuleren, ondersteunt hen bij het kiezen uit modules en activiteiten en toetst of alle activiteiten aansluiten bij de behoefte van het gezin. Op die manier kan het gezin de regie houden over de hulpverlening.

### *Vraagstellingen van het onderzoek*

Om te onderzoeken of 'Gezin Centraal' voldoet aan de uitgangspunten heeft de onderzoeker vier vragen geformuleerd

- a) Staat het gezin daadwerkelijk centraal?
- b) Is de attitude en werkwijze van de medewerkers vraaggericht?
- c) Maakt de organisatie van 'Gezin Centraal' vraaggerichte en overzichtelijke hulp mogelijk?
- d) Hoe productief is Gezin Centraal?

Deze vragen zijn voorgelegd aan cliënten en medewerkers, onder andere met behulp van interviews, een werkplanevaluatie en het bespreken van de hulp met ouders. Verder werd gebruik gemaakt van de informatie uit de cliëntenregistratie.

*N.B.: in dit verslag worden de conclusies met betrekking tot vraag a en d uitgewerkt*

### *Conclusies*

#### *Staat het gezin werkelijk centraal?*

Voor het beantwoorden van deze vraag is naar drie zaken gekeken:

- Vindt de hulp zoveel mogelijk plaats in de thuissituatie?
- Is de hulp gericht op het verbeteren van de thuissituatie?
- Heeft het gezin de regie over het hulpproces?

#### *a. Vindt de hulp zoveel mogelijk plaats in de thuissituatie?*

Ouders zeggen dat het voor hen evident is dat de hulp gericht moet zijn op verbetering thuis. Zij hechten dan ook veel belang aan de hulp van IGB'ers en zeggen dat deze hulp goed aansluit op hun dagelijks leven.

Kinderen verblijven gemiddeld drie tot vier dagen in de 'Leergroep Katwijk' en vier dagen in 'De Kim'. Dit betekent dat zij veel meer tijd thuis doorbrengen dan toen parttime plaatsingen nog een zeldzaamheid waren.

Zowel de cliënten als de medewerkers adviseren overigens wel om meer tijd te besteden aan het mobiliseren van een breder netwerk van gezinnen.

### *b. Is de hulp gericht op het verbeteren van de thuissituatie?*

Ouders zeggen dat plaatsing van hun kind in de Leergroep veel rust bracht. Dit leverde energie op om thuis te werken aan gedragsverandering. De IGB'er startte hier met punten die ouders belangrijk vinden.

Pedagogisch medewerkers zeggen dat ze zich bewust zijn van het belang van werken aan gezinsdoelen. De meesten stellen dat hen dat goed lukt.

Gedragswetenschappers wijzen op het belang dit uitgangspunt voortdurend onder de aandacht te brengen omdat de aandacht al snel komt te liggen bij de dynamiek in de groep, waardoor ze doelen formuleren die alleen te maken hebben met de groep.

Pedagogisch medewerkers van de Leergroep Katwijk en 'De Kim' vinden dat de methodiek van het werken aan gezinsdoelen in de groep nog verder moet worden ontwikkeld.

### *c. Heeft het gezin de regie over het hulpproces?*

Ouders zijn positief over de samenwerking met hulpverleners. Ze noemen als voorbeeld het gezamenlijk opstellen van werkplannen en het feit dat hulpverleners hen betrekken bij het nemen van beslissingen. Ze voelen zich echter onvoldoende betrokken bij het opstellen van het voortgangsverslag. Ze willen dit verslag samen met de hulpverleners opstellen.

Ouders uit de klankbordgroep bleken onvoldoende op de hoogte van de keuzemogelijkheden. Zij pleitten voor betere informatie bij de start van een traject en adviseren een ander woord voor 'module'. Medewerkers willen ook een betere informatievoorziening. Verder stellen zij dat de samenwerking met Bureau Jeugdzorg moeizaam verloopt. Ze adviseren daarom 'Gezin Centraal' al te starten bij Bureau Jeugdzorg en niet pas na de indicatiestelling.

De medewerkers zijn wel tevreden over de samenwerking met de cliënten. Zij vinden dat het goed lukt cliënten te laten beslissen over doelen en aanpak.

### *Hoe productief is Gezin Centraal?*

De productie van 'Gezin Centraal' is door Bolt vergeleken met de bezettingscijfers van de residentiële afdeling 'Lijsterhof Kleine Huis' en het 'Boddaertcentrum Katwijk' van 1998, 1999 en 2000. Dit omdat 'Gezin Centraal' hoofdzakelijk dezelfde doelgroep bedient. Bolt concludeert dat 'Gezin Centraal' in haar eerste jaar bijna drie keer zoveel cliënten heeft geholpen dan 'Lijsterhof Kleine Huis' en 'Boddaert Katwijk'. 'Gezin Centraal' bood 50 gezinnen hulp, terwijl 'Boddaert Katwijk' en het 'Lijsterhof Kleine Huis' samen gemiddeld 17 gezinnen per jaar hielpen. De productiviteit van 'Gezin Centraal' ligt dus veel hoger. Onder andere omdat er in de Leergroep Katwijk en 'De Kim' veel parttime plaatsen zijn. Hierdoor is het mogelijk de productie / capaciteit per project verder te verhogen. Dat is zelfs wenselijk voor de Leergroep Katwijk omdat ze daar sommige activiteiten moeten uitstellen door de te lage bezetting. Een hogere capaciteit is echter alleen mogelijk bij een grotere IGB-inzet.

'Gezin Centraal' bereikt met kortere en meer deeltijd-, dag- en residentiële hulp de gewenste resultaten. Dat is de belangrijkste verklaring voor de hoge productiviteit. Wel zijn de totale kosten verhoogd, omdat 'Gezin Centraal' meer hulp biedt dan voorheen. Cardea heeft de extra uren gezinsbegeleiding gefinancierd uit de incidentele wachtlijstgelden (plaatsingsbegeleiding) die bedoeld zijn om de wachtlijsten voor daghulp en residentiële hulp terug te dringen.

In de slotconclusie wordt de kanttekening gemaakt dat veel mensen geholpen worden, maar dat nog niet bekend is of het ook beter gaat met die mensen.

### *Sterke onderdelen en ontwikkelpunten*

#### *Sterke onderdelen*

- Parttime plaatsingen met meer hulp in thuissituatie.
- De doelen zijn gericht op gezinssituatie.

- De cliënten waarderen dat de hulp is gericht op verbetering thuis.
- De cliënten voelen zich erkend en gehoord. Het gezin heeft de regie over doelen en aanpak.
- De cliënten vinden dat ze worden betrokken bij beslissingen.
- De cliënten waarderen de bejegening en de professionaliteit hoog.
- De rol van de pedagogisch medewerker heeft zich positief ontwikkeld.
- De cliënten en collega's waarderen de IGB'ers in hun rol als gezinsbegeleider.
- Het parallel proces leidde tot grotere zelfstandigheid, meer zelfvertrouwen en zelfreflectie
- Een vaste IGB'er begeleidt het traject. De flexibiliteit van het aanbod is toegenomen.
- De startfase zorgt voor betere zorg op maat.
- De cliënten en medewerkers noemen de 'driehoek' gezin, IGB'er en pedagogisch medewerker erg belangrijk en de basis van de hulp.
- 'Gezin Centraal' biedt bijna driemaal zoveel gezinnen hulp in vergelijking met voorgaande projecten.
- De duur van de hulp is aanmerkelijk korter dan voorheen.
- 'De Kim' onderging een cultuurverandering, waardoor het meer 'open' is en gericht op samenwerking met ouders.

#### *Ontwikkelpunten*

- 'Gezin Centraal' moet het breder netwerk van gezinnen betrekken bij de hulp.
- 'Gezin Centraal' moet de aandacht blijven richten op het gezin als doel en module als middel.
- 'Gezin Centraal' moet kijken hoe ze op de groep kunnen werken aan de doelen voor thuis.
- Cliënten moeten de keuzemogelijkheden beter leren kennen.
- 'Gezin Centraal' moet betere informatie geven bij start.
- De rol van trajectbegeleider moeten we verder ontwikkelen, zodat deze meer tot zijn recht komt. 'Gezin Centraal' moet het integraal hulpverleningsplan verder ontwikkelen en toepassen.
- 'Gezin Centraal' moet het "dialooggestuurd management" verder ontwikkelen, waarbij het loslaten van verantwoordelijkheden en resultaatafspraken hand in hand gaan.
- 'Gezin Centraal' moet de samenwerking en afstemming met Bureau Jeugdzorg verbeteren.
- 'Gezin Centraal' moet de samenwerking tussen IGB'er en pedagogisch medewerker verder verbeteren door gezamenlijke werkbegeleiding en geregelde uitwisseling van informatie.
- 'Gezin Centraal' moet zich bezinnen op de gezinstaken van de pedagogisch medewerker.
- 'Gezin Centraal' moet enkele logistieke knelpunten oplossen, zoals de beschikbaarheid van de IGB en de beschikbaarheid van de pedagogisch medewerkers voor 'driehoeksgesprekken'.



*Nederlandse studies naar effecten van jeugdzorg*

L. Boendermaker, M.C. van der Veldt, Y. Booy

NIZW Jeugd, Utrecht (2003)

**Samenvatting onderzoek interventies bij angst- en stemmingsstoornissen**

<b>Auteurs</b>	<b>Interventie</b>	<b>Type onderzoek</b>	<b>Opzet</b>	<b>Uitkomst</b>
Van Haaften, Muris en Mayer, 1996	Behandelen spinfobie door EMDR of exposure in vivo	Exp.	22 meisjes, 10-14 jaar, verdeeld over twee condities	Exposure in vivo werkt bij spinfobie beter dan EMDR ++
Muris, Merckelbach, Holdrinet en Sijsenaar, 1998	Idem, maar door EMDR, exposure 'in vivo' of computer exposure	Exp.	26 meisjes, 8-17 jaar, verdeeld over drie condities	Exposure in vivo werkt beter dan exposure op de computer en EMDR ++
Muris en Mayer, 2000	Behandelen van angststoornis door individueel of groepsgewijs 'Coping Koala Programma' te volgen	Exp.	36 kinderen 8-13 jaar, verdeeld over individueel of groepsgewijs volgen CKP	CKP helpt merendeel van de kinderen van angst af (75% scoort weer in normale range). Geen verschil tussen individueel of groepsgewijze aanpak. ++
Haan, 1997	Behandelen van dwanghandeling door gedragstherapie (gt) of medicatie	Exp.	22 jeugdigen 8-18 jaar, verdeeld over twee condities (12 gt en 10 medicatie)	Medicatie vermindert de klachten, maar met gedragstherapie is de klachtenreductie groter. +++
Ruiter, 1997	Behandelen van depressie door cursus	Quasi-exp.	99 jongeren experimentele groep en 92 jongeren controlegroep	De cursus vermindert de depressieve klachten, tevens minder angst en sociaal disfunctioneren +++

**Samenvatting onderzoeken interventies autistische jeugdigen**

<b>Auteurs</b>	<b>Interventie</b>	<b>Type onderzoek</b>	<b>Opzet</b>	<b>Uitkomst</b>
Buitelaar, 1991	Toedienen medicatie in twee trials, in tweede hogere dosis medicatie	Exp.	14 resp. 21 autistische kinderen krijgen hormoon, gematchte controlegroep niet	Met medicatie meer contact tijdens spelkamer-observaties. Bij hogere dosis ook vooruitgang in gedrag volgens ouders. ++

Logher, Steerneman en Buitelaar, 1994	Trainingsprogramma van 27 wekelijkse sessies van een uur	Exp.	Vijf autistische kinderen tussen 6 – 12 jaar krijgen de trainingen vijf kinderen vormen controlegroep	Verbetering in sociale competentie en sociaal gedrag volgens ouders. ++
Kroes, 1997	In subgroepjes van vier kinderen volgen van een trainingsprogramma met 20 sessies van een uur.	Quasi-exp.	Twee groepen van 12 autistische kinderen tussen 6 – 9 jaar volgen elk één type training.	Na beide trainingen verbetering sociaal gedrag en sociaal inzicht (gemeten bij de kinderen) en ouders en leerkrachten vinden kinderen vooruit gegaan in sociaal opzicht. Geen verschil tussen de

**Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen met ADHD.**

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Overtoom, 1998	Toedienen van Methylfenidaat (Ritaline), desipramine (DMI), L-dopa of placebo	Exp.	Vijf experimenten met de toediening van medicatie bij vijf verschillende kleine groepjes van rond de 15 kinderen met ADHD. Double blind.	L-dopa en placebo geen invloed. Ritaline invloed op Aandacht, DMI op controle en impulsiviteit. Combi van beide werkt niet beter. ++
Weis, Jansen en Pelders, 1994	Videohometraining	VO	6 gezinnen met kind met hyperactiviteit, voor- en nameting	Beleving van opvoeding door ouders is verbeterd en ouders hebben meer grip op situatie +
Bandsma, 1997	Groepsmediatietherapie	VO	Ouders van 24 kinderen met ADHD, voor- en nameting	17 van de 24 kinderen geen hulp meer nodig, voor de rest (multiple problem) te lichte interventie en nog intensieve vervolghulp nodig +
Steketee, 2000	Oudercursussen 'Doerakken' en 'Boefjes'	VO	Aantal deelnemende ouders niet in gevonden publicatie genoemd	Ouders tevreden, meer inzicht in leefwereld kind en afname gedragsproblemen volgens ouders. Bij doerakken groep wél vermindering ervaren belasting van opvoeden, bij boefjes groep niet. (+)

Van der Ploeg en Scholte, 2001	Begeleiding in dagcentrum (Boddaert of MKD)	VO	150 jeugdigen tussen 1 – 16 jaar met ADHD worden a.h.v. drie meetmomenten gevolgd	Volgens groepsleiding Vooruitgang bij 70% jeugdigen, gemeten met gedragsvragenlijsten gemiddeld over hele groep geen vooruitgang, gedetailleerd bekeken wel +
--------------------------------	---	----	---	---

**Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen problemen anger controle**

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Van Manen, 2001	Programma 'zelfcontrole', Cognitief Gedragstherapeutische training in groepjes van 4-6 kinderen van 9-13 jaar	Exp.	63 kinderen random verdeeld drie condities: de training zelfcontrole, socvar training en wachtlijst roe	Positief resultaat programma zelfcontrole én socvar training (kleine groepen). Wel bij follow-up tendens betere resultaten zelfcontrole +++
Van de Wiel, 2002	Het 'Utrecht Coping Power Programma' (UCPP), Cognitief gedrags-Therapeutische training in groepjes van 4 kinderen van 8-12 jaar en aparte groep voor hun ouders	Exp.	77 kinderen random verdeeld twee condities: UCCP en 'care as usual'	Van kinderen in beide condities neemt het prosociale gedrag toe. UPPC kinderen grotere afname openlijk agressief gedrag en sign meer kinderen waarbij antisociale en oppositionele gedrag weer in 'normale range' valt. +++
Wigboldus en Wollink, 1999	De 'training emotionele en Cognitieve vaardigheden' (TECV), rationeel emotieve therapie voor groepjes van 4 of 5 jongeren tussen 12 en 18 jaar.	Exp.	18 jongeren in een residentiële setting random verdeeld over twee condities: TECV en een controlegroep die geen training krijgt	Tendens: jongeren die TECV Volgden zijn vooruit gegaan in rationeel denken en achteruit in welbevinden ++(+)

**Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen met gebrekkige sociale vaardigheden**

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Bleeker, Van der Beek en Van der Moolenn, 1990	Sociaalredzaamheids-programma voor zwakbegaafde jongeren	Quasi-exp	Experimentele groep: training in tehuis (N=11) en training op school (N=18). Controlegroep: N=27 resp. N=13.	Verbetering kennis in beide trainingsgroepen. Gedragsverandering alleen bij tehuistraining (intensiever en meer aandacht voor generalisatie). ++
Witzel, 1997	Sociale vaardigheidstraining voor kleuters	VO	Bij kleuters, Groepsleiding en Leerkracht is voor en na de training info verzameld	Kleuters zijn na de training socialer en assertiever. Agressieve kinderen minder agressief. (+)

**Samenvatting onderzoeken interventies jeugdigen met milde gedragsproblemen**

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Vroom, 1997	Max. 20 sessies beeldcommunicatie aan kinderen in basisschoolleeftijd	Exp.	97 kinderen verdeeld over experimentele en wachtlijst groep	Op korte termijn verbetering internaliserende problematiek, op wat langere termijn ook mindering externaliserende problematiek. ++
De Jong en Koster, 1991	Gordon cursus	VO	19 ouders, 18 leerkrachten en 13 leidsters PET en TET training. Infoverzameling over communicatie op drie momenten	Ouders en leidsters na de cursus en na 6 mnd. Meer ik-boodschappen en actief luisteren dan voor cursus. Leerkrachten minder verandering. +
Boom, 1997	Cursus 'omgaan met pubers'	Exp.	8 ouderparen exp. Groep en 13 wachtlijst-controle groep. Twee metingen met gedragsvragenlijsten en observatie	Experimentele groep kan beter omgaan met probleemgedrag en communiceert beter, hun kinderen minder gedragsproblemen na de cursus ++
Van As en Janssens, 1999	Cursus 'praten met kinderen'	Quasi-exp	Experimentele en controlegroep van ouders die de cursus wel en niet volgen	Vooral moeders blijken na de cursus positiever te communiceren. +(+)

**Samenvatting onderzoeken interventies jongeren met emotionele en gedragsproblemen: thuishulp**

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Matthys en Rietveld, 1995	Therapeutisch pleeggezin	VO	Na 7 jaar invullen 2 vragenlijsten door ex-cliënten	Geen problemen meer in sociale omgang, nog wel psychopathologie (wantrouwen en depressie) maar minder dan psychiatrische populatie. Op langere termijn 'doet de groep het redelijk'. (+)
Muris e.a., 1994	Videohometraining	VO	Dossierinformatie vergeleken van 135 resp. 38 gezinnen waarbij VHT wel en niet met succes is afgerond	Eén jaar na afsluiting VHT is de situatie bij 80% van de gezinnen waar VHT met succes werd afgerond, verbeterd. (+)

Janssens en Kemper, 1996	Videohometraining	Quasi-exp	20 gezinnen VHT, verdeeld over experimentele en controle groep.	Na VHT in vergelijking controle groep significant meer positieve communicatie tussen ouders en kind, en meer aankijken kind. Tevens sign. Minder gedragsproblemen. ++
--------------------------	-------------------	-----------	---	--

**Samenvatting onderzoeken interventies jongeren met emotionele en gedragsproblemen: residentiële hulp**

Auteurs	Interventie	Type onderzoek	Opzet	Uitkomst
Veerman, 1990	Verblijf in Paedologisch Instituut	VO	104 kinderen op 5 momenten gevolgd a.h.v. diverse instrumenten	
Ten Brink, 1998	Verblijf in Paedologisch Instituut	VO	195 kinderen op 5 momenten gevolgd a.h.v. diverse instrumenten	
Jansen en Oud, 1993	Residentiële hulp in 10 tehuizen en 2 kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	VO	141 jongeren gedurende twee jaar na opname gevolgd a.h.v. diverse instrumenten	
Kok, Menkehorst en Naayer, 1991	Residentiël gedragstherapeutisch programma		2 leefgroepen RGB vergeleken met 5 leefgroepen andere typen hulp	
Bruil en Mesman Schultz, 1991	Drie hulpvormen van de Stichting Kleinschalige Hulpverlening: een therapeutisch gezinshuis, een normalisatiehuis en een adolescentenproject	VO	Info over 25 jongeren op 3 momenten	
Mesman Schultz en Herfs, 1992	Projecten voor individuele behandeling en zelfstandigheidstraining voor adolescenten	VO	Info over 95 jongeren op 3 momenten	
v. Dijk en Hilhorst, 1993	Projecten ervaringsleren in tehuizen	VO	Voor- en nameting bij 52 jongeren	

*Onderzoek naar effecten op Effecten van behandelingsprogramma's*  
J.D. van der Ploeg, E. Scholte  
NIZW Jeugd, Utrecht (2003)

## **Onderzoek naar effecten op macroniveau**

*Maatschappelijk belang van het Algemeen Maatschappelijk Werk*  
R. s'Jacob, W. Melief, N. Broenink  
Verwey-Jonker Instituut, Utrecht (1997)

De sectie AMW van de Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector (VOG, inmiddels MOgroep) verzocht het Verwey-Jonker Instituut middels een onderzoek na te gaan of de hulp van het AMW aan individuele burgers tot resultaten leidt die niet alleen ten goede komen aan de cliënten van het AMW maar ook tot resultaten leidt die beantwoorden aan beleidsdoelstellingen van de gemeentelijke en de rijksoverheid op het terrein van welzijn en zorg.

### **Onderzoeksvragen:**

- Wat zijn de beleidsdoelstellingen van overheden en AMW-instellingen en in hoeverre zijn deze op elkaar afgestemd?
- Welke resultaten zijn er op cliëntniveau ten aanzien van de problematieken waarop de AMW-hulpverlening zich richt?
- Wat betekenen die resultaten voor de realisering van de beleidsdoelstellingen van de overheid?

### **Steekproef:**

Er zijn 5 instellingen en 6 (deel)gemeenten bij het onderzoek betrokken. Deze instellingen en gemeenten zijn geselecteerd op de te verwachten belangstelling van de instellingen en de betrokken gemeenten voor het onderzoek. Tevens is gekeken naar verschillen in de grootte van de gemeenten (mate van verstedelijking) en de instellingen (gemeten naar aantal hulpeenheden).

In de eerste fase zijn gemeenteambtenaren en vertegenwoordigers van het management van instellingen bevestigd. Daarnaast is een documentanalyse verricht (jaarverslagen en beleidsnota's). In de tweede fase zijn in de voorbereidingsfase met 15 cliënten een individueel mondeling interview gehouden en heeft per AMW-instelling een groepsgesprek met uitvoerende werkers plaatsgevonden. Vervolgens zijn er gestructureerde interviews gehouden met 120 cliënten bevestigd (respons van 78%), en vulden 47 maatschappelijk werkers voor iedere cliënt een grotendeels identieke computergestuurde vragenlijst in. De meeste MW'ers vulden 2 `a 3 vragenlijsten in. Met 13 huisartsen werden telefonische open interviews aan de hand van een topiclijst gevoerd.

Tenslotte zijn in de derde fase groepsbijeenkomst georganiseerd met gemeenteambtenaren, leidinggevende en uitvoerende werkers. Hierin werden de resultaten van het onderzoek in de vorm van concluderende stellingen voorgelegd. N.a.v. de discussie in deze bijeenkomst zijn de conclusies van het rapport bijgesteld.

### **AMW en andere hulpverlenende instanties**

De hulpvraag van de cliënten aan het AMW stond niet op zichzelf. Vaak hadden de cliënten over hun problemen ook contacten gehad met de huisarts of andere hulpverleners en spraken zij erover met personen in hun naaste omgeving.

Veel van de cliënten komen dan ook op verwijzing van een andere hulpverlener naar het AMW. Het AMW verwijst op zijn beurt zelden door naar een andere hulpverlenende instantie. Zodoende heeft het AMW zowel een functie als vangnet als van eerste opvang voor burgers met problemen. Voor velerlei

problemen kan men bij het AMW terecht en daarnaast vervult het AMW nogal eens een bemiddelende rol tussen cliënt en andere hulpverlenende instanties.

De huisarts, de belangrijkste verwijzer naar het AMW, wordt door de hulp die het AMW biedt aan zijn patiënten ontlast. Verwezen patiënten consulteren minder vaak en minder lang de huisarts. Door de samenwerking tussen de huisarts en het AMW neemt ook de kwaliteit en de veelzijdigheid van het hulpaanbod toe en vindt de behandeling van psychosociale problemen plaats waar dit het best en het meest effectief kan gebeuren. Door de samenwerking is het aantal verwijzingen van de huisarts naar het AMW licht toegenomen.

### **Indien geen AMW**

Indien er geen AMW zou zijn zou de druk op andere, duurdere, voorzieningen toenemen. De cliënten zouden, indien er geen AMW zou zijn, hun toevlucht nemen tot de huisarts, de RIAGG of tot alternatieve geneeswijzen. Of ze zouden terugvallen op zichzelf of personen in hun naaste omgeving. De huisartsen antwoordden desgevraagd dat zij zelf weer psychosociale hulp zouden gaan verlenen, waarvoor zij zich lang niet altijd capabel achten, of naar de RIAGG of de vrijgevestigde therapeut zouden verwijzen.

### **De baat van de hulp voor de omgeving en de bredere samenleving**

De onderzoekers hebben gekeken in hoeverre de directe baat en waardering door cliënten zich laat vertalen naar het niveau van de lokale en landelijke samenleving. De gedachte achter die poging was, dat individuele cliënten met hun individuele problemen niet alleen zichzelf maar ook hun directe omgeving en de samenleving last bezorgen. Vermindering van de individuele problemen zou ook een positieve uitwerking op de omgeving en de samenleving kunnen hebben.

De cliënten gaven aan wat de positieve gevolgen waren voor hun directe omgeving. Die bestonden uit zaken als: een prettiger en communicatiever partner, vader, moeder, vriend enz.; minder spanningen en geen verpeste sfeer in huis; beter functioneren in de werksituatie; minder financiële problemen; constructiever gedrag ten opzichte van functionarissen van diensten als GSD, GAK e.d.

Het merendeel van de cliënten is er na afloop van de hulp van het AMW stukken beter aan toe. Zij hebben minder persoonlijke problemen, functioneren weer beter in de thuissituatie en op het werk en hebben daardoor weer een sociaal netwerk. De bijdrage van de AMW-hulp aan deze resultaten op cliëntniveau, het effect van de AMW-hulp, ligt vooral op het relationele en psychische vlak. De cliënten zijn opener in hun contacten met andere mensen, trekken zich minder terug en zitten weer beter in hun vel. Bij concrete zaken zoals verbetering van werksituatie of aflossing schulden is het effect van de AMW-hulp mede afhankelijk van andere ontwikkelingen, die zich maar deels door het AMW laten beïnvloeden.

De verwachting is dat het merendeel van de cliënten voor dezelfde problemen niet weer een beroep op het AMW zal doen. Zij zijn zelfredzamer geworden.

De onderzoekers concluderen dat het AMW via cliëntgerichte hulpverlening een bijdrage kan leveren aan de realisering van beleidsdoelstellingen van de lokale en de rijksoverheid op het terrein van welzijn en zorg. Deze bijdrage betreft de volgende beleidsdoelstellingen.

Door de hulp van het AMW wordt de **zelfredzaamheid** van burgers bevorderd en wordt voorkomen dat burgers in een blijvend **isolement** geraken. Het AMW levert ook een bijdrage aan het voorkomen en bestrijden van **achterstandssituaties** van burgers, en bevordert de **sociale integratie en participatie** van burgers doordat deze minder snel uitvallen op het werk. Zo wordt tevens afhankelijkheid van uitkeringen voorkomen.

Het AMW heeft zowel een functie als **vangnet** als van **eerste opvang** voor burgers met problemen.



Door de samenwerking tussen het AMW en de huisarts neemt de kwaliteit en de veelzijdigheid van het hulpaanbod toe en wordt **minder een beroep op de huisarts** gedaan.

Bezuinigingen op het AMW zouden de druk op andere voorzieningen doen toenemen, vooral op de **huisartsenzorg en de RIAGG** en de kans op **uitval van burgers**, die geen alternatief voor het AMW weten, vergroten.

De baten voor de bredere omgeving werden afgeleid door de eigen opgave van de baten door de cliënten te vergelijken met in de samenleving spelende prioriteiten. Voor die prioriteiten werden als indicatie doelstellingen van het sociale overheidsbeleid gekozen.

Deze analyse leverde het volgende op:

<b>Resultaten op cliëntniveau</b>	<b>Koppeling aan doelstellingen van de lokale en nationale overheid</b>
Werksituatie verbeterd, weer aan het werk	Bevordert sociale integratie en participatie en vermindert het beroep op uitkeringen
Gezinssituatie verbeterd; minder spanningen, meer aandacht voor gezinsleden, betere relatie met partner	Vermindert het beroep op en gebruik van uitkering (bijstandmoeders, eenoudergezinnen ten gevolge van echtscheiding)
Contacten met vrienden, familie, burens en/of collega's verbeterd, minder persoonlijk isolement	Bevordert sociale cohesie in de buurt en de leefomgeving, bevordert maatschappelijk verbanden
Geen hulp meer nodig, zelfstandigheid vergroot	Vermindert afhankelijkheid van hulp; beroep en gebruik van voorzieningen
Geen schulden, greep op eigen financiën	Voorkomt achterstandsproblematiek, uithuiszetting, vermindert afhankelijkheid van hulp, minder maatschappelijk relevante verliezen
Minder psychosociale klachten, greep op eigen leven	Minder gebruik van sociale voorzieningen, (geestelijke) gezondheidszorg en indirect minder secundaire problemen t.g.v. geestelijke problemen zoals tijdelijk arbeidsongeschikt of vroegtijdig schoolverlater

## Overige onderzoek

### \* Bureauonderzoek naar grondslagen

*Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*

G. van der Laan  
SWP, Utrecht (1990)

In zijn proefschrift gaat Van der Laan in op legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk.

De professionele legitimatieplicht bestaat uit het aannemelijk maken dat de werker in een specifiek geval zorgvuldig heeft gehandeld, uitgaande van de competenties waarover een regulier opgeleide maatschappelijk werker dient te beschikken.

De juridisering rond de hulpverlening aan weggelopen jongeren heeft haar kernpunt gevonden in de beoordeling van de zorgvuldigheid van het methodisch handelen vanuit een professionele instelling, waarbij de beroepscode richtlijn voor het handelen vormt en ook de controleerbaarheid is gevat in termen van professionele standaarden.

Het is slechts mogelijk marginaal te toetsen in hoeverre een hulpverlener een correcte procedure heeft gevolgd. Het zegt weinig over de inhoud van de hulpverlening. Van der Laan heeft daarom van Mooij (1989) het begrip 'prudentie' overgenomen, een term die betrekking heeft op het 'morele domein waar men in concrete, niet vastliggende kwesties correct inzicht in dient te verkrijgen om een verstandige beslissing over te kunnen nemen'. Het gaat daarbij om een "individueel inzicht dat door gevoel van verhoudingen en verstand van zaken wordt gedragen".

In het gesprek tussen cliënt en hulpverlener gaat het niet alleen om het vaststellen van de waarheid omtrent feiten, maar worden ook normatieve kwesties in het geding gebracht. Van der Laan stelt voor om het dekkingsprobleem op te lossen met een 'drie-werelden-schema'. Het gaat er volgens hem om om in de praktijk van de hulpverlening zowel om het (instrumenteel) vaststellen van de waarheid van feiten in de objectieve wereld, om morele overwegingen omtrent de juistheid van normen in de sociale omgang, als om een taxatie van de waarachtigheid van uitingen van de eigen identiteit in het subjectieve domein. Een breed rationaliteitsbegrip betekent in dit verband dat het niet alleen in technische kwesties mogelijk is rationeel van gedachten te wisselen, maar dat ook geldigheidsaanspraken op normatief en subjectief gebied op goede gronden kritiseerbaar zijn. Het eerste (inhoudelijk) criterium voor zorgvuldige hulpverlening formuleert Van der Laan als volgt: 'er dient een soepele overgang te zijn tussen deze drie gebieden.'

Volgens Van der Laan is er sprake van verzakelijking als de nieuwe zakelijkheid haar domein overschrijdt. Dat is het geval wanneer de hulpverleningswerkelijkheid wordt benaderd met een objectiverende houding, waarbij een vrije overgang tussen cognitieve, normatieve en expressieve aspecten in de relatie tussen cliënt en hulpverlener (en tussen hulpverleners onderling) wordt afgesneden.

Vervolgens wordt het begrip 'waarheidsmacht' aan de orde gesteld. Waarheidsmacht heeft niet alleen betrekking op de reductie van de hulpverleningswerkelijkheid tot objectieve kenmerken. Er kan ook gesproken worden van waarheidsmacht wanneer met de geldigheidsaanspraken van de cliënt wordt gemanipuleerd. Op dat punt is de term 'waarheidsmacht' synoniem met eenzijdige beïnvloeding en met een strategisch handelingsmodel.

Aan de hand van voorgaande noties formuleert Van der Laan een tweede kwaliteitscriterium om de zorgvuldigheid van handelen van hulpverleners te kunnen beoordelen: het gesprek tussen cliënt en

hulpverlener dient een dialogisch karakter te hebben. In die zin, dat de geldigheidsaanspraken van de cliënt, binnen een gezamenlijke definitie van de situatie, serieus genomen worden. Dit neemt niet weg Dat ze ter discussie gesteld kunnen worden.

Van der Laan volgt de gedachtegang van Kunnemann die stelt dat een performatieve instelling betekent dat men de rol van communicatiepartner aanneemt en dat men actief deelneemt aan het tot stand brengen van gedeeld begrip. Deze actieve instelling brengt twee consequenties met zich mee:

- Men dient de uitingen van de anderen te beoordelen op hun geldigheid;
- Men zet tevens de eigen beoordelingsstandaarden op het spel.

Dit betekent dat de hulpverlener een symmetrische verhouding aangaat en dat hij niet bij voorbaat kan veronderstellen dat de eigen opvattingen en standaarden superieur zijn aan die van de cliënt. Het principe van de identiteitsdiscussie, zoals uitgewerkt door Kunnemann, staat of valt met de inbedding binnen de leefwereld. Een leefwereldbenadering heeft daarmee onvermijdelijk consequenties voor de houding van de hulpverlener. Een en ander betekent dat hij het hulpverleningsgesprek zodanig dient te structureren dat de geldigheidsaanspraken van de cliënt zowel serieus genomen, als ter discussie gesteld worden. Ter discussie stellen is iets anders dan objectiveren. Een hulpverlener kan waarheidsmacht vermijden door zijn eigen beoordelingsstandaarden op het spel te zetten. In het jargon van de hulpverlener heet dat 'je kwetsbaar opstellen'.

Een derde criterium heeft volgens Van der Laan te maken met het dilemma van het al-dan-niet ingrijpen. Om bevoogdend en disciplinerend optreden zoveel mogelijk te vermijden zijn maatschappelijk werkers doorgaans nogal terughoudend met directe interventies. Men heeft er over het algemeen weinig fiducia in om tegen de wil van de cliënt in te gaan. Dat schaadt de vertrouwensrelatie en dat ondermijnt het in de Code vastgelegde principe van zelfbeschikking van de cliënt. Dit brengt in de praktijk met zich mee dat de kans op het ten onrechte ingrijpen weliswaar verkleind wordt, maar de kans op nalatigheid evenredig vergroot wordt. Het derde criterium voor de kwaliteit van hulpverlening wordt dan ook gevormd door de mate waarin een hulpverlener in staat is beide fouten te vermijden.

In hulpverleningssituaties waarin de hulpverlener geconfronteerd wordt met mishandeling, verslaving, psychische stoornissen e.d. zijn cliënten niet altijd toerekeningsvatbaar. De hamvraag is of de hulpverlener zijn handelen moet opschorten of dat hij toch in mag grijpen onder de voorwaarde dat hij zijn redenen vooraf (contract) of achteraf (legitimatie) ter discussie stelt. Van der Laan betoogt dat gebruik van macht of deskundigheidsinvloed slechts toegestaan is onder de strikte voorwaarde van een legitimeringsplicht. Dit veronderstelt een bloeiende beroepscultuur waarin zowel beschermende ruimte is voor werkers om vigerende geldigheidsaanspraken bespreekbaar te maken en zich 'kwetsbaar' te kunnen opstellen, als de disciplinerende functie van een beroepsgroep voorhanden is om de mede-beroepsuitoefenaren ter verantwoording te roepen.

## \* Onderzoek naar de positie en functie van de maatschappelijk werker

*Een praktijkstudie naar de functie-uitvoering van medisch-maatschappelijk werkers en waardering daarvan door patiënten*

I. Goudriaan, L. Jabaaij

Trimbos Instituut, Utrecht (1999)

Dit onderzoek beschrijft het medisch-maatschappelijk werk in algemene ziekenhuizen vanuit het perspectief van de zorgverlener en de patiënt.

*Hulpverleningscontacten vanuit het perspectief van de maatschappelijk werker*

Gezien de leeftijdsopbouw van de ziekenhuispopulatie is het volgens de auteurs niet verwonderlijk dat de meeste door de maatschappelijk werker bezochte patiënten ouder zijn dan 45 jaar. De groep van 65 jaar en ouder is zwaar oververtegenwoordigd: ruim *tweeëneenhalf keer zoveel als* het aandeel ouderen in de totale ziekenhuispopulatie en vijf keer zoveel als hun aandeel in de Nederlandse bevolking. Onder deze patiënten zijn bovendien veel weduwen en weduwnaars. Leeftijdsverdeling is hiervoor geen afdoende verklaring. Standaardisatie van de Nederlandse bevolking voor leeftijd en geslacht naar de ziekenhuispopulatie zou een identieke populatie moeten opleveren voor deze variabelen. In vergelijking hiermee bezoekt de maatschappelijk werker dus niet alleen in absolute maar ook in relatieve zin veel mensen van wie de levenspartner is overleden.

De meeste contacten komen tot stand op verzoek van het multidisciplinair team waarin de maatschappelijk werker vaak participeert, de afdelingsverpleegkundige of de behandelend arts. Terwijl meer dan de helft van alle opnames in een ziekenhuis plaatsvindt voor een heelkunde specialisme, bestaat de groep van de patiënten die de maatschappelijk werker bezoekt voor meer dan de helft uit patiënten die op indicatie van een intern specialisme zijn opgenomen. De reden voor ziekenhuisopname is meestal een recent ontstane en voor het eerst optredende somatische aandoening of een chronische ziekte. Maatschappelijk werkers komen in de regel niet in consult bij patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan.

De meeste contacten vinden plaats op de verpleegafdeling. Dit geldt zowel voor het eerste contact als voor de vervolcontacten, hoewel er ook poliklinisch contacten plaatsvinden. Bij een klein aantal patiënten komt de maatschappelijk werker thuis op bezoek. Zo'n 80% van de patiënten heeft na aanmelding de maatschappelijk werker binnen drie dagen op bezoek gehad. Daar staat tegenover dat bijna de helft van de patiënt al langer dan een week opgenomen is voordat de maatschappelijk werker wordt ingeschakeld. Dit geldt met name voor de oudere patiënten, voor wie de gemiddelde verpleegduur overigens ook langer is.

Tweederde van de patiënten heeft niet meer dan drie contacten met de maatschappelijk werker. De partner of andere leden uit het sociale systeem worden in bijna de helft van de gevallen betrokken bij de gesprekken met patiënten. De totale tijd die de maatschappelijk werker besteedt aan het contact met een patiënt beslaat meestal niet langer dan drie uur. Dit betreft overigens alleen het face-to-face-contact. De tijd die de maatschappelijk werker besteedt aan overleg, het plegen van telefoontjes e.d. ten behoeve van de patiënt is niet geregistreerd. Meer tijdsintensieve contacten zijn er vooral met patiënten onder de 65 jaar met een chronische aandoening.

De opnameduur van patiënten is in dit onderzoek langer dan verwacht op basis van de landelijke gemiddelde opnamecijfers. Van de interne-geneeskundepatiënten is de helft en van de

heelkundepatiënten 81% langer opgenomen dan het landelijk gemiddelde. In het algemeen geldt: hoe langer de opname duurt, hoe later de maatschappelijk werker is ingeschakeld.

Meestal strekken de contacten zich niet langer dan over een tot twee weken uit. De meeste contacten eindigen door ontslag van de patiënt naar het eigen milieu, door afronding van de hulpverlening of door overplaatsing naar een andere instelling. Nazorg door de GGZ of het AMW komt bij 10% van de patiënten voor.

Voor zover de maatschappelijk werker hiervan op de hoogte is, hebben patiënten weinig tot geen contacten met andere GGZ-disciplines. Ook zelf hebben maatschappelijk werkers nauwelijks contact met GGZ-collega's over patiënten. Wel overleggen zij vaak met AGZ-collega's. Verpleegkundigen worden bijna altijd geraadpleegd (voor 90% van de patiënten), terwijl er ook veelvuldig contact is met de behandelend artsen (voor 71% van de patiënten). Ook is er regelmatig overleg met de fysiotherapeut (voor 29% van de patiënten). Voortvloeiend uit de aard van het werk hebben maatschappelijk werkers ook contacten buiten het ziekenhuis over de patiënt, met name met instellingen zoals het verpleeg- of verzorgingshuis, de thuiszorg en de indicatiecommissie (voor respectievelijk 33, 24 en 23% van de patiënten).

De probleemgebieden waar de maatschappelijk werker zich op richt, zijn ingedeeld in vier categorieën. Het gaat om psychosociale problemen, (re)integratie-problemen, sociaal-materiële problemen en problemen met (medewerkers van) instanties. (Re)integratieproblematiek en psychosociale problemen komen het meeste voor (bij respectievelijk 78% en 66% van de patiënten). Bij iets minder dan de helft van de patiënten (42%) komt slechts één onderwerp aan de orde, bij de overige een combinatie van onderwerpen. Bij 13% van alle patiënten staan psychosociale problemen als enige in de belangstelling en bij 26% van de patiënten (re)integratieproblematiek.

Maatschappelijk werkers typeren hun activiteiten bij driekwart van de patiënten als psychosociale hulpverlening. Meestal betreft het een ondersteunend contact. Voor iets meer dan de helft van de patiënten wordt een praktische activiteit verricht, dat wil zeggen, een concrete dienst of individuele belangenbehartiging of bemiddeling. De helft van de patiënten ontvangt informatie, advies of voorlichting. Groepsmaatschappelijk werk komt sporadisch voor in de deelnemende groep. Enkele variabelen werden op hun relatie tot de gesignaleerde patiëntenproblematiek nader statistisch geanalyseerd. De vraag was, of en in hoeverre de aard van de problematiek is gerelateerd aan sociaal-demografische kenmerken van de patiënt, aan verwijzingsaspecten, de aard van de somatische aandoening, ontplooiende activiteiten en frequentie en tijdsduur van de contacten. Hoewel deze verbanden er zijn, wordt het effect uitgemiddeld doordat maatschappelijk werkers voor veel patiënten twee of meer probleemgebieden noteerden. Hier volgen enkele in het oog springende resultaten.

- Bij ouderen spelen vaak (re)integratieproblemen, bij jongeren komen vaker sociaal-materiële en psychosociale problemen en problemen met (medewerkers van) instanties voor.
- Bij vrijwel alle verweduwden spelen (re)integratieproblemen.
- Bij bijna alle patiënten die volgens protocol zijn verwezen staan psychosociale en/of sociaal-materiële problemen op de voorgrond en komen (re)integratieproblemen weinig voor.
- Bijna alle patiënten die door de specialisten heelkunde en zenuw- en zielziekten worden verwezen, hebben (re)integratieproblemen.

- Het contact met ongeval- en/of traumapatiënten beperkt zich in het algemeen tot (re)integratieproblematiek.
- Psychosociale problemen komen weinig aan bod.
- Er zijn geen grote verschillen in de wijze van hulpverlening tussen de verschillende probleemgebieden. Dit effect wordt mogelijkwerwijs vertekend doordat bij een groot aantal patiënten niet alleen meerdere problemen aan de orde kwamen, maar ook meerdere activiteiten zijn ontplooid.
- De meeste en meest langdurige contacten betreffen patiënten die problemen hebben met (medewerkers van) instanties, de minste en kortstondigste vinden plaats met patiënten die kampen met (re)integratieproblemen.
- De invloed van de variabele leeftijd werd nog afzonderlijk bekeken. Ouderen melden zich met een andere problematiek, waardoor de aard van de hulpverlening kan verschillen. De maatschappelijk werker verricht voor ouderen relatief vaker een praktische activiteit (een concrete dienst of individuele belangenbehartiging of bemiddeling). Hij heeft minder contacten met ouderen dan met jongeren en ook wordt in totaal minder tijd besteed aan face-to-face-contacten.

#### *Perspectief van de patiënt*

Met de enquête gehouden onder de patiënten werd beoogd zicht te krijgen op hun tevredenheid over de zorg verleend door de medisch-maatschappelijk werker. Een aantal variabelen is van invloed op satisfactie, onder meer lichamelijke en geestelijke gezondheid. Deze zijn eerst afzonderlijk geanalyseerd voor de onderzoekspopulatie, waarna de invloed op tevredenheid werd vastgesteld.

Niet geheel verbazingwekkend, gezien het feit dat patiënten zojuist uit het ziekenhuis zijn ontslagen, beschouwen patiënten in het algemeen hun eigen gezondheid als niet erg goed: niet alleen in vergelijking met een jaar geleden maar ook in vergelijking met leeftijdgenoten. Voor de nabije toekomst verwacht iets meer dan de helft een vooruitgang in hun gezondheid.

De onderzoekers construeerden vijf gezondheidsprofielen die aangeven hoe het verloop van de gezondheid was en zal zijn over een tijdsbestek van anderhalf jaar. Waar relevant werd de beleving van de gezondheid hierbij gespiegeld aan die van leeftijdgenoten.

- 1 *Gelijkblijvend en leeftijdscongruent.* De gezondheid is nu hetzelfde als een jaar geleden en zal over een half jaar nog hetzelfde zijn. De gezondheid is vergelijkbaar met of beter dan die van leeftijdgenoten.
- 2 *Verdere vooruitgang.* De gezondheid is nu beter dan een jaar geleden en zal over een half jaar nog beter of net zo goed zijn.
- 3 *Vooruitgang na verslechtering.* De gezondheid is nu slechter dan een jaar geleden, maar zal over een half jaar beter zijn.
- 4 *Verslechterd maar nu stabiel.* De gezondheid is nu slechter dan een jaar geleden en zal over een half jaar nog hetzelfde zijn; of de gezondheid is stabiel maar slechter dan die van leeftijdgenoten.
- 5 *Verdere verslechtering.* De gezondheid is nu slechter dan een jaar geleden en zal over een half jaar nog slechter zijn.

Bijna tweederde van de patiënten zijn in te delen in de profielen 2 en 3, iets minder dan eenderde valt onder de profielen 4 en 5.

Als maat voor de geestelijke gezondheid werd een verkorte versie (8 items) van de Symptom Checklist (SCL-90) gebruikt, die angst en depressie meet en een totaalscore voor psychoneuroticisme geeft. Patiënten bleken over het algemeen niet erg angstig of depressief te zijn. Respectievelijk 8% en 14% van hen scoort hoog op de schalen die het angst- en depressieniveau aanduiden. Patiënten met een verdergaande verslechtering van de gezondheid in het vooruitzicht zijn verreweg het meest angstig en depressief, het beste scoren de patiënten die een vooruitgang van hun gezondheid verwachten.

Het initiatief tot contact met de maatschappelijk werker komt gedeeltelijk van de patiënt zelf (12%) of diens familie (10%). Voor veel patiënten was het niet duidelijk wie de hulp van de maatschappelijk werker had ingeschakeld. Driekwart van de patiënten heeft tussen de een en drie contacten met de maatschappelijk werker. Dit komt overeen met de resultaten uit de registratiegegevens. Volgens eigen zeggen hadden de problemen die in de contacten met de maatschappelijk werker centraal stonden, bij ruim 80% van de patiënten te maken met hun lichamelijke gezondheid.

Patiënten zijn zeer tevreden over de contacten met de maatschappelijk werker. Dit geldt zowel voor de bejegening tijdens de contacten als voor de aansluiting van de hulp en het ervaren effect. Slechts 2% van de patiënten is (zeer) ontevreden. Bij een dergelijke geringe spreiding gecombineerd met een hoge algemene tevredenheid is het zoeken naar verklaringen voor verschillen in satisfactie een moeizaam en vrij nutteloos gebeuren. Zoeken naar variabelen die kunnen verklaren waarom patiënten niet voor de volle 100% tevreden zijn, is minder zinvol dan nagaan waarom patiënten ontevreden zijn.

Er zijn geen sociaal-demografische variabelen die het tevredenheidsniveau significant beïnvloeden. Ook maakt het niet uit wie het initiatief tot contact nam. Wel bleek het aantal contacten relevant: hoe meer contacten, hoe tevredener de patiënt.

De lichamelijke gezondheidstoestand is van invloed op de tevredenheid. Patiënten met een slechte toekomstverwachting zijn het minst, patiënten met een vooruitgaande gezondheid het meest tevreden. Bij een onderverdeling naar de vijf gezondheidsprofielen kunnen we alleen een relatie constateren met de tevredenheid over bejegening. Patiënten met een verslechterde, maar nu stabiele gezondheid en patiënten met een verder vooruitgaande gezondheid zijn het meest tevreden over hun bejegening door de medisch-maatschappelijk werker. De geestelijke gezondheidstoestand zoals gemeten met de SCL-8D bleek niet van invloed op de tevredenheid.

#### *Toekomstperspectieven voor het medisch-maatschappelijk werk*

Het beroepsprofiel van maatschappelijk werkers onderscheidt vier kerntaken: de psychosociale hulpverlening, concrete informatieve hulp, onderzoek en rapportage en signalering, belangenbehartiging en preventie.

In een vorig onderzoek (Brunenberg e.a., 1996) werd geconcludeerd dat de maatschappelijk werker in de gezondheidszorg op zoek is naar de kern van het beroep. Zowel intern als extern bestaat onenigheid en onduidelijkheid over de taakstelling: moeten maatschappelijk werkers zich bezig houden met concrete, materiële hulpverlening (van oudsher hun taak) of met psychosociale hulpverlening? Veel maatschappelijk werkers geven de voorkeur aan het laatste. Ook in dit onderzoek is dit de meest geregistreerde activiteit. Het probleem is dat men hier al snel een terrein betreedt dat aan diverse zijden overlapt met andere disciplines: de psycholoog, de geestelijk verzorger en de consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

### *Tevredenheid van patiënten*

Patiënten in dit onderzoek zijn zeer tevreden over de contacten met de maatschappelijk werkers. De gemiddelden in dit onderzoek zijn hoger dan in onderzoeken onder cliënten van de RIAGG-volwassenenzorg (Van der Sande e.a., 1992), RIAGG-ouderenzorg (De Beer & Hutschemaekers, 1996), RIAGG-kinderen jeugdzorg (Vermande e.a., 1997), en de PAAI (Jabaaij & Hutschemaekers, 1998).

Eén van de redenen is mogelijk het verschil in de aard van de zorgverlening. GGZ-cliënten kloppen bij de RIAGG of PAAZ aan voor een behandeling van hun psychische problemen. Empathie van de zorgverlener is één van de gebruikte instrumenten, maar confrontatie is een andere. Mensen worden geconfronteerd met oude trauma's, moeten onder ogen zien waar het mis gaat, wat hun eigen rol is en wat ze daar aan kunnen veranderen. De rol van de maatschappelijk werker is een andere. Hoewel ook bij hem psychosociale problemen aan de orde komen, moet dit noodzakelijkerwijs veel beperkter worden gehouden. Het aantal contacten is gering, strekt zich uit over een korte periode en bij de meeste patiënten komen ook andere problemen aan de orde (bijvoorbeeld problemen met (re)integratie- of sociaal-materiële problemen). De maatschappelijk werker zal minder aan therapie toekomen dan aan het geven van een steuntje in de rug aan een patiënt die het ook fysiek al zwaar heeft: patiënten zijn immers niet primair opgenomen om psychosociale redenen, maar wegens een somatische aandoening.

De vragenlijsten die in dit onderzoek gebruikt zijn, werden ook afgenomen onder een groep patiënten die door een geestelijk verzorger zijn bezocht (Van der Loo e.a., 1998). Tevredenheidsscores voor de maatschappelijk werkers zijn iets lager dan die voor de geestelijk verzorgers. Ook hier kan het verschil verklaard worden uit de andere positie van de discipline geestelijke verzorging. Waar de patiënt naar de maatschappelijk werker verwezen is met een speciale reden, is dit voor de geestelijk verzorger meestal niet het geval. Het contact is geheel vrijblijvend en zal naar gelang de behoefte van de patiënt worden gecontinueerd of stopgezet. Dit zal voor de maatschappelijk werker niet altijd opgaan, met als mogelijk gevolg consequenties voor de tevredenheid van de patiënt.

Visser (1983b) noemt in zijn onderzoek een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op de tevredenheid over een ziekenhuisverblijf. Ouderen, kerkleden en patiënten met een lage sociaal-economische status zijn in het algemeen de meest tevreden patiënten. Dit verband kunnen de onderzoekers hier niet aantonen. Ook blijken angst en depressie in dit onderzoek niet van invloed op de tevredenheid. Een reden kan zijn dat de spreiding in satisfactiescores te gering is.

### *Blik vooruit op het werkveld van het medisch-maatschappelijk werk*

In het onderzoek van Brunenberg en anderen (1996) noemen maatschappelijk werkers een aantal knelpunten: zij vinden hun taakafbakening onduidelijk en signaleren samenwerkingsproblemen. Zij melden dat er teveel regelklussen zijn en vinden de beroepsidentiteit onvoldoende.

Deze problemen liggen niet ver weg van de discussie over het beroepsprofiel en de taakstelling, tegen de achtergrond van een gezondheidszorg die qua organisatie en structuur sterk in verandering is. Er is sprake van een continue efficiencyverhoging, bezuinigingen, extra- en transmuralisering en zorg-op-maat. De maatschappelijk werkers zijn evenals de klinisch psychologen en de geestelijk verzorgers professionals die het ziekenhuis geld kosten, maar niet tastbaar geld in het laatje brengen: er staat geen tarief op hun verrichtingen. Zij maken geen deel uit van de primaire behandelfunctie en er zijn geen normen voor het aantal maatschappelijk werkers in het ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen beschikken niet eens over maatschappelijk werkers.



In deze voedingsbodem is het niet verwonderlijk dat er in de discussie over de taakstelling tussen de GGZ-disciplines in het algemeen ziekenhuis voortdurend onderling geharrewar is. De psychologen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, en soms ook consultatief-psychiatrisch verpleegkundigen, liaisonverpleegkundigen en transmuraal verpleegkundigen concurreren met elkaar om de patiënt, in wisselende mate en op wisselende gebieden. Beroepsgroepen vinden van elkaar dat de andere groep het eigen domein overschrijdt en werk doet waarvoor hij niet geëquipeerd is.

## \* **Onderzoek naar organisatorische en kwaliteitsaspecten**

*Kwaliteitszorg in het Algemeen Maatschappelijk Werk: De stand van zaken in 2001*

E.M. Sluijs, C. Wagner

Nivel, Utrecht (2001)

Sluijs en Wagner hebben onderzocht in welke mate instellingen naar eigen zeggen invulling hebben gegeven aan de Afgewogen Kwaliteitsnormen voor het AMW.

### **Overzicht van de stand van zaken**

De hierna te presenteren resultaten betreffen achtereenvolgens de normen met betrekking tot de organisatie, de medewerkers, de materiële ondersteuning en de hulpverlening. De door de VOG aangebrachte clustering van de normen in deze gebieden is aangehouden omdat deze indeling bekend is in het AMW (VOG, 1995).

#### *Normen met betrekking tot de organisatie*

In de volgende tabel laten de onderzoekers zien hoeveel procent van de instellingen rapporteert dat voldaan is aan de normen met betrekking tot de organisatie. De normen zijn in trefwoorden weergegeven; een meer uitgebreide omschrijving is in het bijlagenrapport te vinden. De percentages zijn berekend over alle 136 instellingen.

**Tabel 1** *Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de organisatie,*

uitgedrukt in percentage instellingen (N=136)

	<u>in ontwikkeling</u>	<u>aanwezig</u>	<u>operationeel</u>
privacyreglement op schrift gesteld	5%	14%	77%
geautomatiseerde cliëntregistratie	18%	14%	59%
afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte	24%	17%	52%
cliëntregistratie volgens het nieuwe informatiemodel AMW	24%	13%	45%
vastgelegde taken en bevoegdheden	29%	13%	43%
visie op de hulpverlening (schriftelijk vastgelegd)	32%	16%	40%
inzicht in directe (cliëntgebonden) en indirecte tijd	27%	10%	40%
personeelsbeleid op schrift	31%	15%	36%
meerjaren beleidsplan	26%	15%	35%
productomschrijvingen voor alle doelgroepen	35%	10%	31%
periodieke meningspeilingen onder cliënten	21%	13%	27%
vastgelegde werkwijze bij specifieke problemen	42%	7%	24%
samenwerkingsovereenkomsten met anderen	32%	15%	24%
kwaliteitsbeleid op schrift	42%	13%	21%
communicatie en PR beleid	35%	11%	13%

'De laatste kolom van de tabel laat zien hoeveel procent van de instellingen meldt dat de normen 'effectief operationeel' zijn ingevuld. Daarmee wordt bedoeld dat de regels bekend zijn, dat er naar wordt gehandeld en dat periodiek toetsing en actualisering plaatsvindt. Het privacyreglement staat daarbij aan de top (effectief operationeel in 77% van de instellingen en aanwezig in nog eens 14% van de instellingen). In 5% van de instellingen is het privacyreglement in ontwikkeling. (bij de overige 4% is er geen privacyreglement of was de geïnterviewde daarvan niet op de hoogte; deze categorieën 'nee' en 'onbekend' zijn voor de overzichtelijkheid niet in de tabel opgenomen). In ruim de helft van de instellingen is de cliëntregistratie geautomatiseerd en wordt het hulpaanbod afgestemd op of

aangepast aan de lokale behoefte aan hulp. Bij de meerderheid van de instellingen zijn de overige normen (nog) niet effectief operationeel ingevuld. Wat in nagenoeg alle instellingen ontbreekt is een communicatie en public relations beleid. Globaal gezien meldt een kwart tot ruim eenderde van de instellingen dat aan het invullen van de overige normen wordt gewerkt (in ontwikkeling). ‘

*Normen met betrekking tot de medewerkers*

In de volgende tabel laten Sluijs en Wagner zien hoe het gesteld is met de normen met betrekking tot de medewerkers.

**Tabel 2 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de medewerkers, uitgedrukt in percentage instellingen (N=136)**

<u>operationeel</u>	<u>in ontwikkeling</u>	<u>aanwezig</u>
systeem van jaarlijkse functioneringsgesprekken 58%	15%	18%
op schrift gesteld systeem van werkbegeleiding 52%	17%	12%
onderschrijving van de voorwaarden in het Beroepsregister 43%	18%	n.v.t.
schriftelijk vastgelegde inwerkprogramma's 40%	25%	12%
systeem van intercollegiale toetsing 39%	19%	12%
deskundigheidsbevordering en na-/bijscholingsbeleid 35%	31%	15%

‘De normen met betrekking tot de medewerkers zijn effectief operationeel ingevuld door ruim eenderde tot ruim de helft van de instellingen. In 58% van de instellingen wordt gemeld dat jaarlijks functioneringsgesprekken met de medewerkers worden gehouden. In nog eens 18% van de instellingen is er wel een systeem van functioneringsgesprekken, maar functioneert dat (nog) niet goed, volgens de geïnterviewden. In 52% van de instellingen is het systeem van werkbegeleiding op schift gesteld en wordt daar ook naar gehandeld. Bij 17% van de instellingen is dat in ontwikkeling en bij 12% van de instellingen is de werkbegeleiding wel op schrift gesteld maar werkt dat in de praktijk nog niet zoals dat zou moeten, aldus de geïnterviewden. De norm die het minst vaak is ingevuld (35%) betreft een beleid met betrekking tot deskundigheidsbevordering en bij- en nascholing. In bijna eenderde van de instellingen is dit beleid in ontwikkeling.’

*Normen met betrekking tot de materiele ondersteuning*

Sluijs en Wagner stellen dat relatief veel instellingen (zie tabel 3) rapporteren dat invulling gegeven is aan de normen met betrekking tot de materiele ondersteuning. ‘In nagenoeg alle instellingen zijn de bereikbaarheid en openingstijden schriftelijk vastgelegd. In de ruime meerderheid is actuele vakliteratuur voor de medewerkers beschikbaar. Door tweederde van de instellingen wordt gemeld dat de instelling toegankelijk is voor gehandicapte cliënten (68%) en dat de spreek en behandelruimtes voldoende privacy bieden voor cliënten, bijvoorbeeld met betrekking tot gehorigheid (66%). Een aantal geïnterviewden meldt dat dit (nog) niet voor alle locaties geldt (de percentages in de tweede kolom). In weinig instellingen (26%) is een geautomatiseerde sociale kaart beschikbaar die systematisch wordt geactualiseerd.’

**Tabel 3 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de materiele ondersteuning, uitgedrukt in percentages instellingen (N=136)**

	<u>in ontwikkeling</u>	<u>aanwezig</u>	<u>operationeel</u>
schriftelijk vastgelegde bereikbaarheid/openingstijden	1%	4%	93%
actuele vakliteratuur beschikbaar in de instelling	4%	13%	82%
toegankelijkheid voor gehandicapte cliënten	8%	15%	68%
privacy in de spreek- of behandelruimtes	4%	23%	66%
administratieve en secretariële ondersteuning vastgelegd	11%	6%	37%
geautomatiseerde actuele sociale kaart	22%	12%	26%

#### *Normen met betrekking tot de hulpverlening*

Het klachtenreglement wordt volgens Sluijs en Wagner het meest frequent genoemd (zie tabel 4) als het gaat om invulling van de normen met betrekking tot de hulpverlening. '86% van de instellingen meldt dat het klachtenreglement effectief operationeel is. Daarmee wordt ook bedoeld dat klachten worden gebruikt als signalen om verbeteringen aan te brengen. Bijna tweederde van de instellingen zegt de standaard handleiding voor de intake te gebruiken die is ontwikkeld door het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn). Ruim de helft van de instellingen (57%) hanteert een uniform systeem voor de dossiervorming. Bij eenderde van de instellingen is deze dossiervoering inmiddels geautomatiseerd; eveneens eenderde is bezig met de automatisering daarvan. Overigens blijkt deze automatisering veel inspanningen te vereisen en niet probleemloos te verlopen. Relatief weinig instellingen melden dat zij het - eveneens door het NIZW ontwikkelde hulpverleningsvolgsysteem gebruiken.'

**Tabel 4 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de hulpverlening, uitgedrukt in percentages instellingen (N=136)**

	<u>in ontwikkeling</u>	<u>aanwezig</u>	<u>operationeel</u>
klachtenreglement aanwezig	3%	7%	86%
gebruik van de NIZW-standaard handleiding voor de intake	10%	13%	60%
uniform systeem voor dossiervorming	19%	21%	57%
informatie verstrekking aan cliënten is vastgelegd	18%	17%	43%
geautomatiseerde dossiervorming	34%	10%	38%
vastgelegde stappen bij afsluiting van de hulpverlening		21%	
gebruik van het hulpverleningsvolgsysteem	23%	15%	24%

#### **Totale stand van zaken**

Samenvattend kan over de mate waarin de 34 normen volgens de respondenten **effectief operationeel** zijn ingevuld, het volgende worden gezegd (zie tabel 5):

- 4 normen zijn ingevuld door 75% - 100% van de instellingen;
- 8 normen zijn ingevuld door 50% - 75% van de instellingen;
- 17 normen zijn ingevuld door 25% - 50% van de instellingen;
- 5 normen zijn ingevuld door minder dan 25% van de instellingen.

De auteurs maken hierbij de kanttekening dat de hier gepresenteerde optelsom van normen geen rekening houdt met het relatieve gewicht van de normen. Het is volgens hen voorstelbaar dat sommige normen zwaarder wegen dan andere. Daarover zijn echter geen gegevens bekend.

**Tabel 5. Overzicht van de mate waarin de normen effectief operationeel zijn ingevuld in de**

**instellingen (in percentages) (N=136)**

a. effectief operationeel in 75% - 100% van de instellingen	
- schriftelijk vastgelegde bereikbaarheid/openingstijden	93%
- klachtenreglement aanwezig	86%
- actuele vakliteratuur beschikbaar in de instelling	82%
- privacyreglement op schrift gesteld	77%
b. effectief operationeel in 50% - 75% van de instellingen	
- toegankelijkheid voor gehandicapte cliënten	68%
- privacy in de spreek- of behandelruimtes	66%
- gebruik van de NIZW-standaard handleiding voor de intake	60%
- geautomatiseerde cliëntregistratie	59%
- systeem van jaarlijkse functioneringsgesprekken	58%
- uniform systeem voor dossiervorming	57%
- afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte	52%
- op schrift gesteld systeem van werkbegeleiding	52%
c. effectief operationeel in 25% - 50% van de instellingen	
- cliëntregistratie volgens het nieuwe Informatiemodel AMW	45%
- vastgelegde taken en bevoegdheden	43%
- onderschrijving van de voorwaarden in het Beroepsregister	43%
- informatie verstrekking aan cliënten is vastgelegd	43%
- visie op de hulpverlening (schriftelijk vastgelegd)	40%
- inzicht in directe (cliëntgebonden) en indirecte tijd	40%
- schriftelijk vastgelegde inwerkprogramma's	40%
- systeem van intercollegiale toetsing	39%
- geautomatiseerde dossiervorming	38%
- vastgelegde stappen bij afsluiting van de hulpverlening	37%
- administratieve en secretariële ondersteuning vastgelegd	37%
- personeelsbeleid op schrift	36%
- meerjaren beleidsplan	35%
- deskundigheidsbevordering en na-/bijscholingsbeleid	35%
- productomschrijvingen voor alle doelgroepen	31%
- periodieke meningspeilingen onder cliënten	27%
- geautomatiseerde actuele sociale kaart	26%
d. effectief operationeel in minder dan 25% van de instellingen	
- vastgelegde werkwijze bij specifieke problemen	24%
- samenwerkingsovereenkomsten met anderen	24%
- gebruik van het hulpverleningsvolgsysteem	24%
- kwaliteitsbeleid op schrift	21%
- communicatie en PR beleid	13%

**Conclusie**

Uit het onderzoek blijkt dat AMW-instellingen halverwege zijn met het invullen van de voor het AMW geldende kwaliteitsnormen. Over de gehele sector gezien is de helft van de normen inmiddels – effectief operationeel – ingevuld, aan de andere helft wordt nog gewerkt. Dit betekent dat een periode van ruim zeven jaar nodig was om tot het huidige resultaat te geraken (de kwaliteitsnormen zijn in 1993 ontwikkeld. De onderzoekers verwachten dat – bij onveranderd beleid – nog minimaal vijf jaar nodig is voordat alle normen in de sector AMW zijn ingevuld.

[...]

Er bestaan fase-verschillen tussen AMW-instellingen in de mate waarin zij aan de kwaliteitsnormen voldoen. Binnen elke zorgsector blijken dergelijke fase-verschillen te bestaan. (Wagner e.a., 1995). Enerzijds is er een groep AMW-instellingen die nog weinig normen heeft ingevuld. Anderzijds is er een kleine groep van instellingen ver gevorderd met het invullen van de normen. De meerderheid neemt een middenpositie in. Twee factoren blijken gerelateerd te zijn aan de fase-verschillen in het AMW, de omvang en de setting van de instellingen: kleine instellingen zijn relatief minder ver en zelfstandige AMW-instellingen zijn relatief verder gevorderd.  
[...]

## **Succes- en faalfactoren met betrekking tot het kwaliteitssysteem**

### *Succesfactoren*

Uit het onderzoek komen een zestal succesfactoren naar voren die volgens veel respondenten bevorderend werken bij het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg, namelijk:

- menskracht: er is voldoende menskracht beschikbaar;
- aansturing: de leiding zorgt voor aansturing en continuering;
- draagvlak: er is een draagvlak gecreëerd bij de medewerkers;
- coaching: medewerkers worden ondersteund en gefaciliteerd;
- haalbare doelen: het kwaliteitsbeleid bevat heldere en haalbare doelen;
- know-how: er zijn voorbeelden en blauwdrukken beschikbaar.

Hoewel dit voor de hand liggende factoren lijken te zijn, geven zij toch aanleiding tot enkele overwegingen en aanbevelingen.

1. De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg wordt bevorderd als aan deze zes factoren wordt voldaan. Om de kans van slagen te vergroten wordt daarom aanbevolen, concreet na te gaan of deze voorwaarden aanwezig zijn zodra een nieuw onderdeel van het kwaliteitssysteem wordt ontwikkeld en ingevoerd. Dat maakt zichtbaar op welke gebied eventuele problemen te verwachten zijn, waarop op voorhand kan worden geanticipeerd.

2. In de zes succesfactoren kan onderscheid worden gemaakt in externe en interne factoren. Wat betreft de eerste factor - menskracht, tijd en geld - is de instelling in hoge mate afhankelijk van de financier. Dit betekent dat het nut en de noodzaak van kwaliteitszorg bij de financier moet worden beargumenteerd en aangetoond. De overige vijf succes-factoren zijn niet afhankelijk van externen, maar vallen onder de competentie van het management van de instelling. Dat een aantal managers hierbij ondersteuning vanuit het kwaliteitsprogramma zouden kunnen gebruiken wordt door een aantal geïnterviewden signaleerd.

3. De indruk bestaat dat een aantal geïnterviewden niet goed weet hoe de kwaliteitsnormen zouden moeten worden ingevuld. Dat wordt voor een deel veroorzaakt door het abstracte karakter van de huidige normen die ruimte laten voor eigen interpretaties. Het voordeel daarvan is dat instellingen eigen invullingen aan de normen kunnen geven. Dat brengt ook onzekerheid met zich mee. Veel instellingen blijken behoefte te hebben aan blauwdrukken en onderlinge uitwisseling van voorbeelden, zodat niet ieder voor zich het wiel hoeft uit te vinden. Dit is dan ook de meest geuite wens ten aanzien van het kwaliteitsprogramma.

4. De aansturing van het kwaliteitssysteem verdient continue aandacht om te voorkomen dat het kwaliteitssysteem verzandt. Respondenten hebben dat ervaren en wijzen daarvoor twee oorzaken aan. Ten eerste zijn er enkele AMW-instellingen die in 1995 een vrijwel volledig kwaliteitssysteem op papier gereed hadden maar het nooit echt hebben ingevoerd omdat de implementatie niet werd

aangestuurd. Ten tweede zijn er instellingen die de implementatie wel voltooid hadden, maar daarna achterover leunden vanuit het idee dat het werk af was. Na enkele jaren bleek het systeem niet meer te functioneren. Het was verwaterd en verouderd.

Deze bevinding verklaart ook waarom een aantal zorginstellingen in 2000 minder kwaliteitsactiviteiten rapporteerde dan vijf jaar eerder in 1995, zoals in hoofdstuk 1 is opgemerkt (Sluijs e.a., 2000).

De aanbeveling is expliciete aandacht aan het onderhouden van het systeem te besteden. Daarbij kunnen interne en/of externe toetsingen een functie vervullen. Veel respondenten hebben daar behoefte aan, zo blijkt uit hun wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma. Ruim eenderde van de respondenten ziet graag dat interne audits worden ontwikkeld en nog eens ruim een kwart van de respondenten pleit voor de ontwikkeling van visitatie of interinstitutionele toetsing. Beide vormen van toetsing kunnen bijdragen aan het levend houden en (cyclisch) verbeteren van het kwaliteitssysteem, waarmee de kans op verzanding van het systeem wordt verkleind.

### *Faalfactoren*

Naast de hiervoor genoemde factoren zijn er twee factoren die een belemmering vormen voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg, namelijk: - onrust in de organisatie en personeelsverloop; - een technocratische of bureaucratische invulling van kwaliteitszorg.

1. De eerste factor lijkt een uitvloeisel van de fusiegolf die de laatste jaren over ons land trekt en gemeentelijke herindelingen waar het maatschappelijk werk mee wordt geconfronteerd. Dat die ontwikkelingen onrust met zich meebrengen is onvermijdelijk. In enkele AMW-instellingen bleek kwaliteitszorg de band tussen medewerkers onderling en de band met de organisatie te verstevigen. Misschien dat kwaliteitszorg ook in andere instellingen als bindend element kan werken.

2. Een technocratische invulling en bureaucrativering wordt niet alleen in het AMW maar ook in andere sectoren als nadeel van een kwaliteitssysteem ervaren (Sluijs e.a., 2000; Place e.a., 2000). Uit een landelijke evaluatie bleek dat in Nederland de afgelopen vijf jaar een accent is gelegd op regelgeving, dat wil zeggen op het vastleggen van procedures en richtlijnen. Gezondheidszorgbreed werd te weinig aandacht aan de verbetercyclus besteed, zo werd geconcludeerd. Op basis daarvan werden twee aanbevelingen gedaan die ook van toepassing lijken op het maatschappelijk werk. Ten eerste werd aanbevolen alleen die zaken te regelen die direct van invloed zijn op de kwaliteit of waarbij een gevaar bestaat dat afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan (risicomomenten). Ten tweede werd aanbevolen het kwaliteitssysteem jaarlijks kritisch op zijn effectiviteit te evalueren, zodat overbodige bureaucratie, die niet bijdraagt aan de kwaliteit kan worden afgeschaft.

### **Implementatie van deelsystemen**

Uit het onderzoek blijkt dat er vijf onderdelen van het kwaliteitssysteem (c.q. deelsystemen) zijn waarbij relatief veel instellingen aangeven dat de invulling problemen geeft of onzekerheden met zich meebrengt, namelijk: - beschrijving van de primaire processen; - automatisering van de dossiervoering; - afstemming van het hulpaanbod op een toenemend aantal doelgroepen; - meningspeilingen onder cliënten, medewerkers en ketenpartners; - intercollegiale toetsing. Hoewel bij de implementatie de algemene succes- en faalfactoren een rol spelen die hiervoor zijn genoemd, spelen daarnaast specifieke factoren een rol die hierna worden toegelicht.

### *Beschrijvingen van de primaire processen*

Veel instellingen hebben bij de beschrijving van de primaire processen behoefte aan blauwdrukken of voorbeelden van collega-instellingen. Sommigen merken echter op dat protocollen niet van elkaar kunnen worden overgenomen maar dat instellingen die zelf moet ontwikkelen om een draagvlak te creëren. Tegelijkertijd hebben zij ervaren dat het een soms moeizame en tijdrovende bezigheid is om

binnen een team consensus te bereiken over de werkwijze die bij de hulpverlening wordt gevolgd. Ook bestaan er verschillen tussen de instellingen in de aanpak die wordt gevolgd: sommige instellingen ontwikkelen vakinhoudelijke protocollen per probleemgebied; andere volstaan met een beschrijving van de processtappen die in de hulpverlening worden gevolgd. Ten slotte blijken verschillende begrippen te worden gebruikt (productomschrijvingen, protocollen, richtlijnen, procesbeschrijvingen etcetera). Dezelfde begripsverwarring heerst ook in GGZ-instellingen, zo blijkt uit recent onderzoek (Place e.a., 2000). Deze bevindingen geven aanleiding tot de volgende overwegingen en aanbevelingen.

1. Een pragmatische oplossing ligt in het ontwikkelen van blauwdrukken waarin de processtappen worden aangegeven (half-fabricaten). Dat geeft instellingen houvast indien zij vakinhoudelijke aspecten nader in willen vullen. Daarbij moet worden gewaakt voor de neiging de wenselijke situatie te beschrijven in plaats van de werkelijke situatie. Ook moet de professionele hulpverlener niet onnodig in zijn of haar vrijheid worden beperkt door teveel details vast te leggen (Place e.a., 2000).
2. Om verdere begripsverwarring te voorkomen kan de volgende driedeling worden gehanteerd:
  - productomschrijvingen laten zien wat de instelling te bieden heeft;
  - primaire proces beschrijvingen laten zien hoe de instelling daarbij tewerk gaat;
  - protocollen schrijven gedetailleerd voor hoe in specifieke situaties gehandeld moet worden. Protocollen zijn vooral nodig indien het gevaar bestaat dat afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan (bijvoorbeeld risicosituaties, overdrachtsmomenten, veiligheid).

#### *Automatisering van de dossiervoering*

De meerderheid van de AMW-instellingen is nog volop bezig met automatisering van de dossiervoering of moet daar nog aan beginnen. Nagenoeg alle geïnterviewden melden dat de automatisering in de aanlooperperiode (technische) problemen met zich meebrengt. Daarnaast blijkt de automatisering voor veel medewerkers een cultuuromslag te betekenen. De ervaring is dan ook dat goede communicatie met en begeleiding van de medewerkers van groot belang is om de automatisering te doen slagen. Wat betreft de technische problemen kan via uitwisseling van ervaringen tussen de instellingen - hetgeen door velen wordt bepleit - wellicht een aantal problemen met de automatisering worden voorkomen.

#### *Afstemming van het hulpaanbod op een toenemend aantal doelgroepen*

Gemeenten doen steeds vaker een beroep op het maatschappelijk werk als het gaat om hulpverlening aan asielzoekers, allochtonen, (criminele) jongeren, ouderen et cetera. Dit betekent een uitbreiding van de doelgroepen en lijkt ook een uitdrukking van de toenemende erkenning van het AMW. Wel ziet het maatschappelijk werk zich voor de vraag geplaatst welke positie zij in wil en kan nemen in het totale netwerk aan zorg- en welzijnswerkers dat zich reeds met deze doelgroepen bezig houdt. Enkele geïnterviewden zouden graag zien dat hieromtrent een landelijk standpunt wordt ingenomen terwijl er ook respondenten zijn die pleiten voor een bezinning op de functie en kerntaken van het AMW. Aan die wens lijkt tegemoet te worden gekomen omdat zeer recent door de VOG een besluit is genomen om een dergelijke visiediscussie te initiëren.

#### *Meningspeilingen onder cliënten, medewerkers en ketenpartners*

Veel AMW-instellingen hebben ervaring opgedaan met meningspeilingen onder cliënten. Een aantal van hen heeft ervaren dat algemene tevredenheidsmetingen minder informatie opleveren dan werd verwacht. Daarin staat het AMW niet alleen. Gezondheidszorg breed zijn op het gebied van meningspeilingen drie ontwikkelingen te zien.



1. Nieuwe methoden van meningspeiling zijn in ontwikkeling waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen wat cliënten specifiek verwachten van en belangrijk vinden in de hulpverlening en wat zij werkelijk aan hulpverlening hebben gekregen (Sixma e.a., 2000). Vraaggerichtheid is daarbij een kernbegrip.
2. Er blijkt behoefte te ontstaan aan ijkpunten: 'doen wij het goed of niet?' Een vergelijking met andere instellingen kan daarop een antwoord geven. Dit impliceert het gebruik van dezelfde maatlat c.q. dezelfde methode. In de ouderenzorg gebeurt dat bijvoorbeeld via de benchmarking.
3. Er is de trend om - naast subjectieve cliënten oordelen - objectieve resultaatmetingen te gaan verrichten.

Deze trends zijn ook in het AMW terug te zien waar op dit moment met nieuwe manieren van meningspeilingen onder cliënten wordt geëxperimenteerd. Van meningspeilingen onder medewerkers of ketenpartners is (nog) weinig sprake.

#### *Intercollegiale toetsing*

Uit het onderzoek blijkt dat de instellingen verschillende invullingen geven aan intercollegiale toetsing. Diverse activiteiten worden daaronder begrepen, zoals intervisie, casusbesprekingen, kwaliteitscirkels of verbeterprojecten. Om een discussie over semantiek te vermijden is het wellicht nuttig om in zijn algemeenheid onderscheid te maken tussen twee vormen van intercollegiaal overleg: namelijk overleg dat tot doel heeft de deskundigheidsbevordering van de individuele hulpverlener (werkbegeleiding, casusbesprekingen) en overleg dat bedoeld is om in de gehele instelling (een aspect van) de hulpverlening te verbeteren (intercollegiale toetsing, kwaliteitscirkels of verbeterprojecten).

## \* **Onderzoek ten behoeve van methodiek en instrumentontwikkeling**

*Taakgerichte hulpverlening in het maatschappelijk werk*

Lou Jagt, Nel Jagt

Bohn Stafleu & Van Loghum, Houten (1995)

### **Fasen Taakgerichte hulpverlening**

#### *1 Probleemexploratie*

1. Aan het licht brengen van de huidige problemen (gezien door de bril van de cliënt).
  - a. Wat en hoe vertelt de cliënt over zijn problemen?
  - b. Is er sprake van één of meer problemen?
  - c. Hoe beleeft de cliënt de problemen (gezien door de bril van de werker)?
  - d. Waarom komt de cliënt *nu*?
  - e. Wat is de sociale context van de problemen, wie zijn erbij betrokken?
  - f. Wat heeft de cliënt aan de problemen gedaan, met welk effect?
  - g. Wat wil/kan hij er nog aan doen?
  - h. Wat lijken sterke/zwakke kanten in het functioneren van de cliënt?
  - i. Welke verwachtingen heeft de cliënt van de hulpverlening?
2. Samenvatting van de belangrijkste probleemaspecten: is de cliënt hiermee akkoord?
3. Globale uitleg over de methode



[ Is de cliënt bij het juiste adres / bij de juiste instelling? Ja: door naar fase 2. Nee: afronden / verwijzen]



#### *2 Probleemafbakening*

1. Aan welke problemen geeft de cliënt de grootste prioriteit?
2. Welke problemen zijn het beste te beïnvloeden (door cliënt en werker)?
3. Met welke hinderpalen en beperkingen moet rekening worden gehouden?
4. Wat wordt het doel (gewenste verandering)?
5. Welke hoofdtak is nodig om dit doel te bereiken



#### *3 Probleemspecificatie (gedetailleerde exploratie)*

1. Onder welke probleemcategorie kan het afgebakende probleem worden gerangschikt?
2. (Sinds) wanneer doet het zich voor?
3. Wie (personen, organisaties) zijn erbij betrokken?
4. Wat heeft de cliënt tot nu toe aan dit probleem gedaan?  
Wat zijn de effecten (positieve, negatieve)?  
Wat wil hij er nog aan doen?
5. Welke factoren houden het probleem in stand:
  - a. in omstandigheden en situatie van de cliënt;
  - b. in de relatie van de cliënt met zijn omgeving (personen, organisaties);
  - c. in de overtuiging van de cliënt;
  - d. in gedrag, handelwijzen, sociale vaardigheden van de cliënt



#### 4 *Contractering*

In het contract opnemen:

1. één afgebakend, expliciet geformuleerd probleem, eventueel samenhangende problemen;
2. behandelingsdoel(en)
3. manier van werken, rollen van de werker en de cliënt;
4. hoofdtak en eerste ronde van taken;

*Tot nu toe maximaal vier gesprekken*

#### 5 *Taakselectie en taakvoorbereiding*

1. Cliënt of werker doet taakvoorstel.
2. Haalbaarheid doel/uitvoerbaarheid taak worden bekeken.
3. Met welke taak gaat de cliënt aan het werk?
4. Met welke taak gaat de werker (eventueel) aan het werk?
5. Op welke wijze (taakplanning)?
6. Wat heeft de cliënt nodig om zijn taak aan te kunnen (bijv. informatie, aanmoediging, oefening)?
7. Hoe zal de taak gerapporteerd worden?



#### 6 *Taakuitvoering van de cliënt en eventueel van de werker*



#### 7 *Taakrapportage, taakbespreking en probleembespreking*

1. Wat is er met de taak gedaan? Wat is gelukt? Wat niet?
2. Hoe is de taak aangepakt (eventueel taakherhaling in rollenspelvorm)?
3. Wat zijn de effecten op het probleem?
4. Moet de taak herhaald worden?
5. Moet de taak gewijzigd/bijgesteld worden?
6. Wat wordt de taak voor het komende tijdvak?



Taakselectie, taakvoorbereiding, taakuitvoering, taakrapportage, taakbespreking en probleemoplossing worden

### 8 *Tussentijdse balans*

- 1 Wat is tot nu toe bereikt?
- 2 Welke weg moet nog worden afgelegd?

wekelijks, (of in een andere frequentie) herhaald tot het laatste contact.



### 9 *Afronding*

(één à twee gesprekken)

1. Evaluatie, te onderscheiden in: a. terugblikken  
b. vooruitblikken

Ad a Wat is de opbrengst (het product) m.b.t. probleemverlichting en probleemoplossende ervaringen? Hoe heeft THG gewerkt (proces)? Was dat bevorderend, wat belemmerend? Denken aan: rollen cliënt en werker, werken met taken, korte duur, tijdslimiet.

Ad b Op welke wijze kan de cliënt (indien nodig) verder werken aan het probleem?  
Hoe kunnen probleemoplossende ervaringen in de toekomst worden benut?

[Evaluatie kan leiden tot het bepalen van de wenselijkheid/noodzaak tot:

Eventueel symbolische, het einde benadrukkende handeling

- 2 Afscheid nemen

Verlenging  
Max. 4 keer

Nieuw TGH-  
contract

verwijzing

**Totaal maximaal twaalf**

*Methodiek maatschappelijk werk*  
*Zelfregulering als agogisch reflectiekader*  
G.L.A.M. Donkers  
Rijksuniversiteit Groningen (1999)

### **Vraagstelling**

De centrale vraag is vanuit welke visiemaatschappelijk werkers deze keuzes [uit een grote hoeveelheid methodische benaderingen] maken. Ligt in hun overwegingen inderdaad een bepaalde samenhangende visie ten grondslag, zoals Waaldijk suggereert? Wat is dan precies dat denkkader van waaruit zij als professionals kiezen voor een bepaalde aanpak van een cliënt? Van waaruit verantwoordt zij hun keuzes van 'hoe te handelen in een bepaalde situatie'? Hoe ziet dat verantwoordingskader eruit?

Ten grondslag aan dit boek ligt een poging om langs methodologisch verantwoorde weg te komen tot een inhoudelijk reflectiekader voor de methodiek van het maatschappelijk werk. Deze vraagstelling was onder meer ingegeven door het gebrek aan inhoudelijke samenhang tussen verschillende methoden van hulpverleners in het maatschappelijk werk.

In het zoeken naar inhoudelijke kerntaken van de methodiek is Donkers vertrokken vanuit de praktijk. Gegevens zijn verzameld rond acht cases uit diverse werkvelden van maatschappelijk werk. Met de projectgroep, het forum en andere bij het onderzoek betrokkenen is Donkers in de casuïstiek vervolgens op zoek gegaan naar 'taken', dat wil zeggen op een bepaald doel gerichte handelingssituaties in de hulpverlening. Naast inhoudelijke taken - dat zijn basisthema's die direct gericht zijn op het oplossen van de probleemsituatie van de cliënt - kwamen programmatische en relatiegerichte taken uit het zoekproces naar voren. Programmatische taken hadden betrekking op het structureren van het hulpverleningsproces zelf en relatiegerichte taken op het vestigen en in stand houden van een goede hulpverleningsrelatie met het cliëntensysteem. Met behulp van de werkwijze van het forum is geprobeerd om aannemelijk te maken, dat elk van de gevonden taken in redelijke mate voldoet aan criteria van sensitiviteit, overeenstemming met de data, werkbaarheid en relevantie voor maatschappelijk werk. Met betrekking tot het criterium van sensitiviteit kan worden opgemerkt, dat de taken weliswaar verwijzen naar zeer concrete gebeurtenissen in elke casus, maar door de noodzakelijke algemeenheid van de formulering zeker ook aan levendigheid hebben ingeboet.

Omdat de nadruk in het project lag op de ontwikkeling van een inhoudelijke samenhang in de methodiek, werd in de volgende analysestap besloten om alleen de inhoudelijke taken te gaan specificeren. Tijdens het specificeren kwamen echter ook programmatische en relationele aspecten naar voren. Deze aspecten verwezen naar de programmatische en relatiegerichte taken, zoals in de exploratiefase onderscheiden. Een volledige scheiding tussen inhoudelijke en programmatisch-relationale taken bleek bij nadere verkenning onmogelijk. De drie aspecten zaten in het handelen van maatschappelijk werkers verstrengeld. Bij nadere analyse bleek het inhoudelijk proces van probleemoplossing vrijwel parallel te lopen aan het programmatisch-relationeel proces. Donkers ontdekte, dat op inhoudelijk niveau werker en cliënt, weliswaar ieder op hun eigen manier en met een eigen insteek, met dezelfde taken bezig waren. Een adequate afstemming tussen cliënt en werker vroeg hier natuurlijk ook om. Zo was niet alleen de cliënt bezig om een doelrichting in zijn handelen vast te stellen, maar ook de maatschappelijk werker.

Een veranderkundige vraagstelling is met name daarom zo ingewikkeld, zo werd gesteld in de inleiding, omdat zij vraagt om het combineren van twee verschillende soorten theorieën: een handelingstheorie van de cliënt en een handelingstheorie van de maatschappelijk werker. Het mooiste

zou natuurlijk zijn, als dezelfde theorie die voor de cliënt gold, ook voor de werker zou kunnen gelden. Tijdens het analyseproces ontdekte Donkers, dat de programmatisch-relatieve taken of thema's inpasbaar waren in het reflectiemodel dat zich met betrekking tot de cliënt begon uit te kristalliseren. Hoewel tussentijds was besloten om alleen de inhoudelijke thema's in de specificatiefase van het onderzoek uit te werken, werd aan het einde toch geconcludeerd, dat ook andere taken in het reflectiemodel moesten worden ingebouwd. Daarmee kwam een schema naar voren, dat voor de maatschappelijk werker mogelijk zou kunnen dienen als een open reflectiekader voor het eigen handelen in relatie tot het handelen van de cliënt.

Donkers maakt hierbij wel de kanttekening dat dit alles gezien moet worden in het licht van slechts acht hulpverleningssituaties waarop het onderzoek is gestoeld en in het licht van andere methodologische beperkingen van het onderzoek.

## **Het reflectiemodel**

Het reflectiemodel bestaat uit drie dimensies en twaalf kerntaken.

### *Zelfsturing van gedrag*

Een eerste basisdimensie van het begrip 'zelfregulering' is omschreven als 'zelfsturing van gedrag'. Het lijkt volgens Donkers aannemelijk dat de volgende kerntaken uit de casuïstiek nauwe raakvlakken hebben met deze dimensie van zelfregulering:

- Een doelrichting in het handelen vaststellen (taak 1);
- Het functioneren van de persoon waarnemen en verklaren (taak 2);
- Invloed van omgeving in verhouding tot eigen invloed in de situatie inschatten (taak 3), en
- Doelrichting realiseren (taak 4).

### *Interne afstemming tussen delen van het zelf*

Als een tweede basisdimensie van het begrip 'zelfsturing' is omschreven: de interne afstemming tussen delen van het zelf. De volgende vier taken uit de casuïstiek lijken nauw aan te sluiten bij deze dimensie:

- Ervaren van gevoelens en behoeften (taak 5);
- Opvatting en gedrag helpen 'afstemmen' op gevoelens en behoeften (taak 6);
- Rolfunctioneren helpen 'afstemmen' op gevoelens en behoeften (taak 7), en
- Zich authentiek en gecontroleerd spontaan gedragen (taak 8)

### *Externe afstemming tussen het zelf en de omgeving*

Een derde basisdimensie van 'zelfregulering' is omschreven als: de externe afstemming tussen het zelf en de omgeving. Met name de volgende vier kerntaken uit de casuïstiek lijken nauwe raakvlakken met deze dimensie te hebben:

- Onderlinge afstemming van waardeopvattingen bevorderen (taak 9);
- Interpersoonlijk handelen (taak 10)
- Beïnvloeden van posities (taak 11), en
- Zich niet onnodig afhankelijk van omgeving opstellen (taak 12).

In pag. 302 – 317 worden door Donkers alle taken in het model uitgewerkt en bij elke taak wordt een aantal reflectievragen gesteld.

In het reflectiemodel wordt de werker aangemoedigd om de verschillende visies en mogelijkheden voortdurend in zijn handelingsoverwegingen te betrekken.

Het model kan gebruikt worden als een 'tool' voor het leren gebaseerd op concrete casus situaties, in lezingen, supervisie, intervisie en workshops.

### **Proefschrift**

Dit boek geeft een omschrijving van een nieuwe, tweeledige grondhouding voor de hulpverlener. Centraal daarbij staat de fundamentele opgave van de mens om zijn zorg voor zichzelf (autonomie) te verbinden met zijn zorg voor de ander (verbondenheid). Het boek maakt duidelijk dat een hulpverlener zijn cliënt kan helpen bij een evenwichtige verbinding wanneer hij in de hulpverleningsrelatie met de cliënt deze verbinding op constructieve en evenwichtige wijze weet te realiseren.

Het proefschrift is opgebouwd uit 5 delen. In deel 1 komt de geschiedenis aan de orde. De belangrijkste grondleggers worden besproken.

In deel II wordt de theorie beschreven. Allereerst gaat Bouwkamp in op de zienswijze. Hij beschrijft uitvoerig de volgende onderwerpen:

- Autonomie en verbondenheid
- Gezinsinteractie en internalisatie
- Het zelf en de partner

Deel B van Deel II beschrijft de werkwijze. Daarin komen achtereenvolgens aan de orde:

- De therapeutische relatie

De therapeutische relatie bestaat uit drie wezenlijke bestanddelen: de werkrelatie, de (tegen)overdrachtsrelatie en de persoonlijke relatie. De mate waarin deze bestanddelen aanwezig zijn binnen het therapeutisch proces kan verschillen en variëren. Dit verschil hangt niet alleen samen met het theoretisch kader van de desbetreffende therapeut (overdrachtsrelatie staat centraal bij de psychoanalytische therapeut, persoonlijke en reële relatie bij de client centered therapeut en werkrelatie bij de gedragstherapeut), maar hangt ook samen met:

1. het soort probleem dat de cliënt inbrengt;
2. de fase van het therapeutisch proces en
3. de professionele instelling en houding van de therapeut.

### **Componenten, functies en factoren in de therapeutische relatie**

<b>Component</b>	<b>Functie</b>	<b>Definitie (factor)</b>
Werkrelatie (alliantie)	Instrumenteel	- overeenkomst over doelen - overeenkomst over taken - wederzijds vertrouwen, begrip en zorg
(Tegen)overdrachtsrelatie	Centraal	- verkeerde percepties, interpretaties of conclusies - bevrediging van basisbehoeften - aangeleerde ontwijking en overlevingsgedrag
Persoonlijke relatie	Essentieel	- open en eerlijk tegen elkaar zijn - vermogen om responsief te reageren - elkaar mogen (emotionele band)

- Tweeledige grondhouding

De therapeut moet beschikken over een tweeledige grondhouding, waarin hij zowel gefocust is op begrip en het verhelderen van de ervaringen, behoeften en gedrag van de cliënt (verbondenheid) als op het verhelderen en begrijpen van zijn eigen ervaringen, behoeften en gedrag (autonomie).

- Interventie en verandering

Deel III bevat een uitwerking van de methodiek. Interventies die beschreven worden:

- Actief structureren
- Invoelend begrijpen
- Zorgvuldig confronteren
- Persoonlijk reageren

In Deel IV zijn belangrijke andere ontwikkelingen beschreven, waarin ook expliciet aandacht is besteed aan de Visie en houding van de therapeut.

Het onderzoek is beschreven in deel V. Daarin zijn de volgende twee onderwerpen uitgewerkt.

- Rechtstreekse communicatie en werkrelatie

In 105 maatschappelijk werker – cliënt relaties is de relatie onderzocht tussen direct persoonlijke communicatie door de maatschappelijk werker, werkalliantie en verbetering bij de cliënt.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van de vooronderstelling dat de kwaliteit van de werkalliantie een indicator voor therapie succes is. Bouwkamp komt tot de volgende hypothesen:

1. Meer rechtstreeks communiceren door de hulpverlener hangt samen met een positievere beoordeling van de werkalliantie zowel door de hulpverlener als de cliënt.
2. Een positievere beoordeling van de werkalliantie hangt samen met een hogere inschatting van de vooruitgang van de cliënt volgens zowel de hulpverlener als de cliënt.

Ad. 1. Ten aanzien van de eerste hypothese waren de bevindingen verschillend, afhankelijk van de groepsindeling die gehanteerd werd. In de totale groep werd een lineair verband gevonden tussen de onafhankelijke variabele rechtstreekse communicatie en de afhankelijke variabele werkalliantie, voor zover gescoord door de hulpverlener. Dit verband werd niet gevonden wanneer de beoordeling van de werkrelatie aan de cliënten werd overgelaten. Dit betekent dat als de hulpverlener meer rechtstreeks communiceert, hij de werkalliantie met de cliënt positiever beoordeelt, terwijl cliënten die werkalliantie in dit geval noch positiever nog negatiever beoordelen.

Worden echter twee groepen geformeerd op basis van hun relatieve consensus over de werkrelatie, dan blijkt dat in de hoge consensus groep zowel de hulpverleners als de cliënten hun werkalliantie positiever beoordelen naarmate de hulpverlener meer rechtstreeks communiceert. In de lage consensus groep werd dit verband niet gevonden. Rechtstreeks communiceren had in deze groep noch een positief nog een negatief effect op de beoordeling van de werkalliantie volgens zowel de hulpverleners als de cliënten.

Ad. 2.

Deze hypothese wordt door de resultaten bevestigd. Hiermee wordt het verband tussen de werkalliantie en vooruitgang van de cliënt nogmaals bevestigd., zoals reeds eerder vele malen is aangetoond. Van speciaal belang is de correlatie tussen de werkalliantie volgens de hulpverlener en de geschatte vooruitgang volgens de cliënt aan de ene kant, en de werkalliantie volgens de cliënten en de geschatte vooruitgang volgens de hulpverlener aan de andere kant. Dit betekent dat zowel de hulpverleners als cliënten, los van elkaar, redelijk overeenstemmen over de relatie tussen de werkalliantie en de geschatte vooruitgang.

- Therapeutfactoren, welbevinden en werkalliantie



De centrale vraagstelling van het onderzoek luidde:

- Hoe verhoudt de wijze van vraaggericht werken van de maatschappelijk werker van de SPD zich tot zijn professionele onafhankelijkheid en zijn rol als hulpverlener?

De volgende vragen zijn hiervan afgeleid:

- Hoe dient de maatschappelijk werker om te gaan met de aanspraken van mensen met een verstandelijke handicap en hun ouders of vertegenwoordigers?
- Heeft de cliënt 'het voor het zeggen' of is de maatschappelijk werker uiteindelijk verantwoordelijk voor (de uitkomst van de) hulpverlening?
- Zijn alle aanspraken van de cliënt per definitie geldig of is de maatschappelijk werker gehouden deze op hun geldigheid te toetsen?

Om de antwoorden van maatschappelijk werkers op de genoemde vragen te inventariseren en tot een conceptueel raamwerk voor professioneel handelen te komen, is in twee groepsbijeenkomsten gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode van Concept mapping.

Een belangrijke verandering in de zorg en hulpverlening van de laatste jaren is de vervanging van het aanboddenken door de vraagbenadering. De gangbare werkwijze van zorginstellingen die het zorgaanbod bepalen, is vervangen door de opvatting dat zorgvragers hun eigen zorgaanbod bepalen. Hiertoe dienen de zorginstellingen vraaggericht te werken.

Als we kijken naar de term vraaggericht werken, doemen direct allerlei vragen op. Wat is vraaggericht werken? Wie vertegenwoordigt de vraag? Wie bepaalt de vraag? Wie interpreteert de vraag? Hoe wordt de vraag geïnterpreteerd? Wie vertaalt de vraag in aanbod? Wie toetst het aanbod als antwoord op de vraag? Wat te doen als de vraag onbekend is? Wat te doen als de vraag irreal is, ongewenst is of strijdig is met andere behoeften? Wat te doen met mensen die zelf geen vraag hebben, maar wel in de ogen van hun omgeving of de samenleving? Deze kwesties en bijbehorende antwoorden verschillen per context, per periode en zijn afhankelijk van individuele opvattingen en van de heersende ideeën in de samenleving over de zorg, het omgaan met vragen van burgers en het perspectief van cliënten.

Vraaggerichtheid is een manier om de vraag of de behoefte van de cliënt niet primair te benaderen vanuit het aanbod, maar vanuit de werkelijke wens van de vragensteller zelf. De vraag van de cliënt hoeft niet gelijk te zijn aan de behoefte van de cliënt of aan de behoefte van de ouders of anderen in de omgeving van de cliënt. De behoefte is de achterkant van de vraag. Hiermee wordt bedoeld dat in het proces van hulpvraagverduidelijking de behoefte van de cliënt de basis vormt van waaruit de vraag wordt afgeleid.

Vraaggericht werken dient ertoe om het aanbod beter aan te laten sluiten op de vraag. Tegelijkertijd is vraaggericht werken een concept dat behoort bij de huidige maatschappelijke context. Het erkent het recht op autonomie van de zorgvrager en zijn eigen verantwoordelijkheden. Vraaggericht werken is niet eenvoudig. Het afstemmen van vraag en aanbod vereist een zorgvuldig proces. Daarin kunnen onbedoelde of ongewenste effecten optreden, zowel voor de cliënt en zijn omgeving als voor de beroepskracht en zijn organisatie.

Voor vraaggericht werken zijn twee paradigma's in de zorg relevant: het ondersteuningsmodel en het burgerschapsmodel. Bij het eerste paradigma gaat het erom dat mensen zelf vorm en inhoud aan hun

leven geven en zo kwaliteit van bestaan verkrijgen. Hierbij dient in eerste instantie het sociale netwerk om de persoon heen ondersteuning te bieden. Als dit netwerk ontoereikend is, moet het zorgsysteem in werking treden. Een nieuwe functie van het zorgsysteem wordt daarmee het ontwikkelen, stimuleren en faciliteren van sociale netwerken

In het ondersteuningsmodel is de mens met een handicap ten eerste een burger van de samenleving, een medeburger. Het ondersteuningsmodel leunt aan tegen het burgerschapsmodel of volwaardig burgerschap, zoals het tegenwoordig vaak wordt genoemd. Burgerschap impliceert dat ieder lid van de samenleving rechten en plichten heeft. In het burgerschapsdebat wordt de aandacht vooral gelegd op de rechten van burgers en op de plichten van de samenleving om deze rechten te faciliteren. De focus is in toenemende mate gericht op volwaardige deelname aan de samenleving of op het recht voor volwaardig te worden aangezien. De plichten van burgers en de competenties die burgerschap vereist, worden minder belicht.

Tegen de achtergrond van de geschetste ontwikkelingen gaven de SPD'en uitvoering aan het principe van de versterking van de positie van de zorgvrager. Hiertoe werd een nieuwe functie in het leven geroepen: het zorgconsulentschap. Deze functie wordt bekleed door een maatschappelijk werker die de zorgvrager moet ondersteunen en begeleiden bij hulpvraagverduidelijking. Het zorgconsulentschap werd niet alleen wat betreft taakinhoud, maar ook organisatorisch gescheiden van het hulpverleningsaanbod. Er ontstonden twee clusters binnen de SPD'en: dienstverlening en hulpverlening.

De geschetste oplossing is weliswaar bijzonder voor de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, maar reflecteert een algemeen verschijnsel. Het principe van vraaggerichtheid wordt niet alleen als een methodische opgave gezien, maar ook als het organisatorisch uit elkaar halen van de vraag en het aanbod. Daarbij wordt de versterking van de vraag vooral geoperationaliseerd als versterking van de vrager. Overigens zijn niet bij alle SPD'en de veranderingen in het beroep van de maatschappelijk werker in dezelfde mate doorgevoerd. Sommige SPD'en kozen niet voor een splitsing van functies, maar voor allround maatschappelijk werkers.

Traditioneel vormen de ouder- en familieverenigingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap een belangrijke actor in het beleid. Volgens de verenigingen sloot het aanbod in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw onvoldoende aan bij de behoefte aan zorg. Sommige ouders verweten maatschappelijk werkers dat zij betuttelend optraden. Andere ouders verwachtten van maatschappelijk werkers dat zij hun de last uit handen zouden nemen en hun problemen zouden oplossen. Deze verschillende verwachtingen maakten het moeilijk duidelijkheid te scheppen over de manier waarop maatschappelijk werkers vorm dienden te geven aan het principe van vraaggericht werken.

Niet alleen de ouders en de mensen met een verstandelijke handicap vertoonden een gemengd beeld in de articulatie van hun aanspraken op professionele steun. Ook de beroepskrachten zelf waren ambivalent. Naar aanleiding van de geschetste ontwikkelingen rezen onder de grootste categorie werknemers van de SPD'en, de maatschappelijk werkers, vragen over het toekomstperspectief van hun werk.

De discussie over de betekenis van vraaggericht werken raakt de grondslagen van het beroep van de maatschappelijk werker. Vanaf het ontstaan van het social casework in het begin van de twintigste eeuw is de positie van de hulpvrager aan de orde. Richmond hield reeds in 1922 in haar klassieker 'What is Social Case Work?' een pleidooi voor de participatie van cliënten in de oplossing van problemen. Hoewel het social casework in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw werd bestempeld als burgerlijk, behoudend en maatschappijbevestigend, heeft het model een grote

verspreiding gevonden. Het heeft bijgedragen aan de ontvoogding van de relatie tussen cliënt en hulpverlener.

In de groepsbijeenkomsten stipten de vijftien deelnemende maatschappelijk werkers een aantal relevante thema's over vraaggericht werken aan, zoals grenzen aan de professie, wordt de grens aan de professie bepaald door de vraag, differentiatie van dienstverlening en hulpverlening, tussen verantwoordelijkheid en betutteling, spanning tussen beroep en functie, veranderende samenleving. Uit de in de groepsbijeenkomsten genoemde casussen en praktijkvoorbeelden komt naar voren dat het soms moeilijk is voor de werkers om de grenzen van hun professie te bepalen. Wanneer draag je zaken over aan een andere dienst- of hulpverlener? En hoe leg je dat de cliënt uit? De deelnemers vinden het moeilijk om problemen of vragen van een cliënt te scheiden. Sommige deelnemers gaan verder in de begeleiding van cliënten dan anderen. Een deelnemer meldt op de hoogte te zijn van de pincode van een cliënt als ondersteuning bij het beheer van de financiën. Een andere werker vertelt ongevraagd op huisbezoek te gaan om een oogje in het zeil te houden. Andere deelnemers houden zich daar verre van.

Of de grens aan de professie wordt bepaald door de vraag lijkt samen te hangen met de visie op vraaggericht werken. Er zijn SPD'en die strak volgens het concept van zorgconsulenten werken. Via hulpvraagverduidelijking krijgt men de vraag van de cliënt helder. Vervolgens wordt vastgehouden aan de hulpvraag zoals door de cliënt gesteld. De cliënt staat centraal en daar omheen creëert de maatschappelijk werker een netwerk. Er wordt - naar eigen zeggen - uitgegaan van het burgerschapsmodel.

Ondanks dat de meeste deelnemers zeggen in de praktijk een modus te vinden om met de nieuwe verhoudingen om te gaan, zijn er twijfels over de kwaliteit en de klantgerichtheid van het werk. Vrijwel alle deelnemers hebben het gevoel dat ze manoeuvreren tussen betutteling en verantwoordelijkheid. Als ze zich ongevraagd met iets bemoeien, wordt hun betutteling verweten. Als ze zich niet met iets bemoeien, omdat er geen vraag naar is, worden ze er soms later op aangevallen. Sommigen vinden het moeilijk om de cliënt geheel verantwoordelijk te maken. Ook kan de maatschappelijk werker niet voor alles verantwoordelijk zijn. Aan de andere kant heeft men een verantwoordelijkheid tegenover de samenleving, tegenover de belastingbetalers. Soms voelen de deelnemers zich overal tussenin staan. Een aantal deelnemers is in dienst bij een SPD die op de oude wijze werkt. De maatschappelijk werkers begeleiden cliënten en hun families indien nodig een leven lang en gaan geregeld bij hen op huisbezoek. De deelnemers van deze SPD vinden het werken zoals dat in andere SPD'en gebeurt een uitholling van het vak. Het getuigt van een onderwaardering voor de deskundigheid van de maatschappelijk werker. Ze menen dat voor de functie van zorgconsulent geen hbo-niveau nodig is. De jongere deelnemers aan de groepsbijeenkomsten lijken minder moeite te hebben met het werken als zorgconsulent dan de oudere deelnemers. Een werker meent dat het vraaggericht werken als zorgconsulent bij deze tijd en samenleving past. Enkele deelnemers kunnen zich voorstellen dat het voor jongere maatschappelijk werkers gemakkelijker is dan voor oudere maatschappelijk werkers, omdat die gewend zijn aan een bepaalde manier van werken.

Uit de analyse van de concept mapping bleek dat de deelnemers de meeste waarde toekennen aan het primaire cliëntgerichte werk, zoals verduidelijking van de hulpvraag en toelichting van de mogelijkheden in ondersteuning. Na het primaire cliëntgerichte werk hechten ze het meeste belang aan het extern gerichte werk voor de cliënt, zoals overleg en samenwerking, contacten en netwerken met instanties. De deelnemers zijn het meest verdeeld als het gaat om vraaggericht werken en aanboddenken. Zuiver aanbodgericht werken wordt echter unaniem verworpen evenals de cliënt afhankelijk maken van de maatschappelijk werker.

Over de opvatting dat *'Mensen met een verstandelijke handicap de rol van volwaardig burger niet kunnen spelen'* zijn de deelnemers sterk verdeeld.

De uitspraken zijn geclusterd in vier dimensies: het primaire proces van hulpvraagverduidelijking, het proces van beïnvloeding van de cliënt en zijn omgeving, vraaggericht werken en aanbodgericht werken. Op de eerste dimensie treffen we uitspraken als *'Hulpvraag verduidelijken'*, *'Voor- en nadelen van elke keuze toelichten'*, *'Stem van cliënt verduidelijken, boven tafel krijgen wat cliënt precies wil'*, *'Reëel beeld geven van mogelijkheden'*, *'Vraag uitdiepen met cliënt'* en *'Keuzes/mogelijkheden noemen'*. Ook de twijfels van de maatschappelijk werker over de keuze van de cliënt scoren hoog op de eerste dimensie, zoals *'Twijfels over keuze van cliënt uiten tegenover cliënt'*, *'Twijfel weergeven in verslag voor indicatieorgaan'* en *'Bij twijfel overleggen in team'*. Andere aspecten die een rol spelen in het proces van overweging vinden we eveneens op de eerste dimensie, zoals de *'Hulp inroepen van externe instanties, zoals school, psycholoog'* en *'Laten observeren door psychodiagnosticus, laten testen'*. De opvatting dat de *'Maatschappelijk werker uiteindelijk verantwoordelijk is voor de gevolgen van de keuze'* scoort relatief hoog, maar ook de mening dat er *'Grenzen zijn aan de competentie van de maatschappelijk werker'*. De stelling dat *'De hulpverlener pas iets mag ondernemen nadat de cliënt expliciet toestemming heeft gegeven'* heeft een hoge lading. *'Loslaten van de cliënt, al is de uitkomst van de keuze nog onzeker'* heeft een negatieve lading.

Op de tweede dimensie vinden we uitspraken die betrekking hebben op het proces van 'beïnvloeding' van de cliënt en zijn omgeving, zoals *'Bij verkeerde keuze ouders erop wijzen dat zij cliënt tekort doen'*, *'Cliënt bewerken om juiste keuze te maken'*, *'Rol/stem ouders laten meewegen'* en *'Als maatschappelijk werker moet je invloed uitoefenen op keuze cliënt en keuze ouders'*. In tegenstelling tot de eerste dimensie heeft de uitspraak *'Cliënt loslaten, ook al is de uitkomst van keuze nog onzeker'* een hoge lading op de tweede dimensie. Ook het *'Kiezen voor het belang van de maatschappij'* scoort relatief hoog. De opvatting *'Elke vorm van bevoogding is uit den boze'* heeft een hoge lading. Daarmee samenhangend heeft de uitspraak *'Professionele hulpverlening betekent soms betutteling/bevoogding'* een hoge negatieve lading. *'Uitgaan van ervaringen met vorige cliënten'* en de *'Rugzak, bagage aan kennis en ervaring meenemen in het omgaan met verschillen in aanspraak'* hebben eveneens een hoge negatieve lading op de dimensie.

Op de derde dimensie zien we een nadruk op vraaggericht werken (*'Vraaggericht werken moet als je met de tijd mee wilt gaan'*) en op aspecten daarvan, zoals het *'Samen kijken hoe bij elkaar te komen, het zoeken naar een compromis'*. De uitspraken die getuigen van aanbodgericht werken, zoals *'Eenzijdig vanuit aanbod probleem definiëren'* en *'Ongevraagd op huisbezoek gaan'* hebben een hoge negatieve lading op deze dimensie. Dat vraaggerichtheid niet betekent dat de *'Cliënt zelf moet aangeven wanneer hij problemen ervaart'* toont de hoge negatieve lading van deze uitspraak op de derde dimensie.

Op de vierde dimensie scoren vooral de uitspraken die te maken hebben met aanbodgericht werken hoog, zoals *'Bezig zijn met zorgtoewijzing'*, *'Voorzieningen-/aanbodgericht werken'* en *'Rekening houden met schaarste voorzieningen/wachlijsten'*. We vinden hier ook een relatief hoge waardering voor de opvatting dat *'Mensen met een verstandelijke handicap de rol van volwaardig burger niet kunnen spelen'*. Samenhangend hiermee heeft de uitspraak *'In wens cliënt meegaan'* een hoge negatieve lading. Ook de overtuiging dat het *'Belang van de cliënt belangrijker is dan het belang van de samenleving'* heeft een negatieve waardering.

Daarna is onderzocht hoe de deelnemers scoren op de vier dimensies. Hierbij is gekeken naar hun achtergrondkenmerken, zoals sekse, functie, leeftijd en werkervaring. Ondanks het kleine aantal deelnemers kunnen we toch enkele significante verschillen signaleren. Zo scoren de deelnemende

zorgconsulenten gemiddeld hoger op de eerste dimensie (hulpvraagverduidelijking) dan de andere functionarissen. Op de tweede dimensie (proces van beïnvloeding van cliënt) hebben vrouwen een hogere score dan mannen. De deelnemers die relatief weinig werkervaring hebben, scoren hoger op de tweede dimensie dan degenen die al langer werkzaam zijn. Op de derde dimensie (vraaggericht werken) hebben vrouwen een hogere waarde dan de mannen. Ook scoren jongere deelnemers op deze dimensie hoger dan oudere deelnemers. Op de vierde dimensie (aanbodgericht werken) hebben de mannelijke deelnemers een hogere waarde dan hun vrouwelijke collega's.

Wat zegt dit nu? Op basis van onze onderzoeksresultaten kunnen we de conclusie trekken dat er significante verschillen zijn tussen de deelnemers in hun scores op de verschillende dimensies. Onze onderzoekspopulatie vormt echter geen representatieve steekproef van de maatschappelijk werkers van SPD'en in Nederland. Dit betekent dat we geen valide uitspraken kunnen doen over alle maatschappelijk werkers. Daarvoor zou het onderzoek een vervolg moeten krijgen bij een grotere, representatieve groep. Dan kunnen we bezien in hoeverre bijvoorbeeld zorgconsulenten in hun opvattingen over vraaggericht werken verschillen van allround maatschappelijk werkers en wat de invloed is van de achtergrondvariabelen, zoals werkervaring en leeftijd.

Wat is de status van de aanspraken van de cliënt op hulpverlening? Betekent vraaggericht werken dat de hulpverlener de cliënt op zijn wenken bedient? Of heeft de professional zijn eigen normen? Kunnen de aanspraken door de professional ter discussie worden gesteld?

Binnen het medisch/agogisch professionele model wordt de burger als patiënt gezien en dat betekent dat zijn geldigheidsaanspraken ter discussie staan. De professional beoordeelt elk geval op zijn eigen merites. De vraag is niet hoe de cliënt zijn aanspraken geldend kan maken. De vraag is eerder of de aanspraak geldig is, dat wil zeggen of deze met kracht van argumenten kan worden verdedigd in het publieke domein. De professional is in dit model niet louter de belangenbehartiger van de cliënt. De aanspraken van de cliënt zijn niet heilig. Ze worden getoetst op hun geldigheid. Daarin zijn ook normatieve en subjectieve kwesties in het geding die zich onttrekken aan eenduidige regelgeving. In het medisch/agogisch model wordt gestreefd naar een relatie op voet van gelijkheid en naar een gemeenschappelijke definitie van de situatie. Het model van het social casework uit het maatschappelijk werk is in grote lijnen van toepassing. Professionaliteit wordt in het medisch/agogische model uitgedrukt in procedureel correct handelen en in een zorgvuldige beoordeling van het individuele geval. Het handelen wordt eerder gekenmerkt door prudentie dan door de onbemiddelde toepassing van algemene regels.

Hoewel vraagsturing en vraaggericht werken aan de orde van de dag zijn in allerlei nota's over vernieuwingen in de sectoren zorg en welzijn, is het onduidelijk hoe de uitgangspunten van vraaggericht werken zich verhouden tot de handelingsruimte van de professionals. Men spreekt in juridische kringen over discretionaire ruimte. Dat is de ruimte die uitvoerend werkers krijgen om zelf beslissingen te nemen. Deze ruimte is eigen aan het professionele model. Dit model veronderstelt de mogelijkheid tot zelfsturing en zelfordening in professionele organisaties. De vraag is alleen hoe belangrijk de stem van de cliënt daarin is en door wie deze stem wordt gewogen.

In het professionele model is professionele autonomie de handelingsruimte waarin de geldigheidsaanspraken van de cliënt optimaal tot hun recht komen. Professionaliteit betekent echter ook dat deze aanspraken niet klakkeloos worden geaccepteerd. In een professioneel model is de klant geen koning. Aanspraken worden kritisch getoetst op basis van overwegingen over het belang van de cliënt op lange termijn en overwegingen aangaande het algemeen belang. De uitvoerend werker bemiddelt daarin volgens professionele principes van zorgvuldig handelen. Professionals zijn niet

louter uitvoerders van de doelstellingen van hun organisatie en het sociaal beleid. Ze dienen elk geval afzonderlijk te beoordelen. Dat is de kern van het professionele dilemma.

Behalve tegenover de (vertegenwoordigers van de) cliënt moeten beroepskrachten zich verantwoordelijk tegenover het management. Welke eisen mag het management aan de inhoud van de hulpverlening stellen zonder de professionele inbreng aan te tasten? De spanning tussen beroep en functie, zoals het in het professioneel statuut van de beroepsvereniging van maatschappelijk werkers wordt genoemd, is hier in het geding.

Uit het bovenstaande kunnen we afleiden dat in de praktijk van de hulpverlening tweespalt kan ontstaan tussen de percepties van professionals en die van cliënten en andere betrokkenen. Ze kunnen verschillende interpretaties hanteren van feiten, normen en de beleving van een probleemsituatie. Kunnen we regels opstellen over een zorgvuldige omgang met deze verschillen? Om het nog wat gecompliceerder te maken: het gaat bij dilemma's in de hulpverlening meestal niet om een bilaterale relatie tussen hulpverlener en cliënt. Er zijn doorgaans andere actoren bij de hulp betrokken. In het geval van mensen met een verstandelijke handicap spelen ouders en andere familieleden of vertegenwoordigers een rol, maar ook collega-hulpverleners, zoals persoonlijk begeleiders; en functionarissen, zoals leerkrachten. Ook het management speelt een rol. Al deze betrokkenen kunnen verschillende opvattingen hebben over wat waar, juist of waarachtig is.

Als het goed is, hebben professionals niet alleen oog voor de objectieve, normatieve én subjectieve aspecten van probleemsituaties, maar ook voor de verschillende aanspraken op deze niveaus. Bovendien moeten zij in staat zijn deze zorgvuldig tegen elkaar af te wegen. Met andere woorden: zij moeten alle aanspraken serieus nemen en óók ter discussie kunnen stellen, zelfs hun eigen aanspraken. Dit wordt bedoeld met de eis, dat het handelen van hulpverleners dialogisch moet zijn.

Maatschappelijk werkers waren waarschijnlijk altijd al vraaggericht bezig in hun professie. Dat neemt niet weg dat kritiek op een betuttelende houding van de maatschappelijk werker terecht zal zijn. We moeten echter oppassen voor superoplossingen. Als bepaalde werkers niet doen waarvoor ze betaald worden, moeten ze worden bijgeschoold, overgeplaatst of ontslagen. Als een maatschappelijk werker niet heeft geleerd te luisteren, hebben we een probleem van dezelfde orde als een timmerman die bij voortdurende plank mislaat. Nu de roep om vraaggericht werken toeneemt, is het essentieel precisie te betrachten in de begripsvoering. We zetten de belangrijkste voorwaarden op een rij.

- Het is belangrijk dat de vraag van de cliënt niet alleen procedureel en politiek correct wordt verwerkt. Zoals we eerder stelden: de achterkant van de vraag is de behoefte. De behoefte is niet zo gemakkelijk vast te stellen als de vraag. Het is de taak van de maatschappelijk werker om de behoefte achter de vraag op te sporen. Evenzo moet de werkers zijn verantwoordelijkheid kunnen realiseren.
- De belangrijkste indicatie van de kwaliteit van hulpverlening is het vermogen van de werker om zich in de cliënt te verplaatsen, om voeling te houden met de cliënt. Dat betekent ook non-verbaal checken of instemming wordt verkregen. Non-verbale communicatie levert belangrijke meta-communicatieve informatie op.
- In een professionele organisatie hebben de uitvoerders een bepaalde handelingsruimte (discretionaire ruimte). Daarbinnen moeten ze met de cliënt tot overeenstemming komen. Managers zijn de faciliteerders van het primaire proces. Uitvoerend werkers verdienen rugdekking door management en niet alleen controle. Er moet bereidheid zijn bij het management om de organisatie daadwerkelijk vraaggericht te sturen. Daarvoor is een lerende organisatie nodig, waarin het denken in lineaire verbanden tussen inspanning en resultaat en het productdenken wordt losgelaten.

- Als men de cliënt burgerrechten wil geven, moet men het begrip burgerschap ernstig nemen. Burgerschap is iets anders dan burgerzin. Het gaat om de gemeenschap van vrije en gelijke burgers die een bijdrage leveren aan de publieke zaak. Dat betekent dat de markt onder publieke controle wordt gebracht. Daarin gaat het om democratische omgangsvormen, argumentatieve toetsing en onderlinge solidariteit binnen het primaire proces, binnen organisaties en tussen organisaties en subsidiegevers.
- Vraaggericht werken (vertrekken vanuit de behoeften van de cliënt) verdraagt zich goed met disciplinerend optreden. Vraaggerichte sturing van het primaire proces betekent dat de werker de cliënt volgt. Vraaggerichte sturing van de organisatie van de hulp verlangt van management en beleid dat het in staat is het primaire proces (bottom-up) te volgen. Sturing op output (resultaat) dient niet losgekoppeld te worden van sturing op (mens- en maatschappij)visie en op input (competentie van beroepskrachten).
- Zich kwetsbaar opstellen naar de cliënt wil zeggen dat de werker steeds (vooraf, tijdens of achteraf) verantwoording aflegt over de stappen in het hulpverleningsproces. Een subject-objectrelatie dient onder controle gebracht te worden van een subject-subjectrelatie. Openheid naar cliënten over de onderlinge verhouding van helpen en disciplineren voorkomt dubbele bindingen. Motivatie en competentie zijn eerder resultaten van hulp dan voorwaarden voor hulp.
- Maatschappelijk werkers dienen zich te organiseren en hun belangen als professionals te waarborgen. Een deelnemer aan een groepsbijeenkomst vertelde: “De ontwikkelingen waren al halverwege voordat wij op de werkvloer ervan hoorden. We lopen er altijd achteraan. Dan kun je je stem laten horen, maar dat is mosterd na de maaltijd. Het is schrijnend om te zien hoe slecht wij zijn georganiseerd. Werkers zijn er niet mee bezig, die zijn alleen bezig met uitvoerend werk.”

## *Wegen en overwegen*

### *Handleiding intake maatschappelijk werk*

M. Scholte, P. van Splunteren

NIZW, Utrecht (1995)

In deze handleiding beschrijven Scholte en van Splunteren een intake-model voor het maatschappelijk werk. Het intake-model bevat de volgende vijf stappen:

1. de aanmelding;
2. het intakegesprek;
3. het gespreksverslag, de probleemanalyse en het hulpverleningsplan;
4. de intakebespreking
5. de bespreking van de probleemanalyse en het hulpverleningsplan met de cliënt.

Het intakegesprek is uitgewerkt aan de hand van elf gespreksthema's. Dit zijn achtereenvolgens:

1. problemen en klachten;
2. stressoren / oorzaken van de problemen en klachten;
3. beleving van de situatie;
4. gevolgen voor het dagelijks functioneren;
5. probleemhantering;
6. hulpverleningsverleden;
7. compenserende omstandigheden;
8. sociale steun;
9. doelstellingen en behoeften;
10. verwachtingen en wensen van het maatschappelijk werk;
11. actuele leefsituatie en relevante biografische gegevens (context)

In het rapport worden voorbeelden gegeven door drie cases te bespreken.

Tenslotte wordt ingegaan op de consequenties van, en voorwaarden voor een succesvolle invoering van het intake-model.



### *Werkers aan het woord*

#### *Verslag van een evaluatie-onderzoek naar de toepasbaarheid van een nieuwe intakewerkwijze in het maatschappelijk werk*

M. Scholte, P. van Splunteren  
NIZW, Utrecht (1995)

In het rapport *'Werkers aan het woord'* is het gebruik van het nieuwe intake-model in het maatschappelijk werk geëvalueerd. Nu volgen de belangrijkste bevindingen.

#### **Doelen van intake**

Het intake-instrument is in vijf instellingen, of een deel ervan, ingevoerd. Een duidelijke meerderheid van maatschappelijk werkers kan goed uit de voeten met het instrument. Cliënten worden geïnformeerd over de werkwijze en de cliënten die de vragenlijst terug stuurden geven aan vertrouwen in het vervolg van de hulpverlening te hebben. Gezien het geringe aantal verwijzingen (1 zeker en 1 misschien) kunnen de auteurs niet concluderen of cliënten het met de verwijzing eens zijn. Met behulp van het intake-instrument worden de problemen van de cliënt systematisch in kaart gebracht (ontrafelen) en wordt een voorlopig hulpverleningsplan opgesteld. Daarmee beantwoordt het instrument ruimschoots aan de gestelde verwachtingen op dit punt. Deze conclusie is gebaseerd op de mening van de maatschappelijk werkers die aan het onderzoek hebben meegedaan, op de antwoorden van cliënten en op de observaties en dossieranalyses van de onderzoekers.

De informatie aan cliënten over de werkwijze is een standaardonderdeel van het intakegesprek. Cliënten krijgen echter niet altijd een folder van de instelling mee naar huis. En informatie over het klachtenreglement blijft in de helft van de gevallen achterwege. Instellingen kunnen hun aanpak op deze punten verder verbeteren.

Het ontrafelen van de problemen van een cliënt vindt plaats door het aan de orde stellen van negen gespreksthema's tijdens het eerste gesprek. In de analyse geeft de werker een professioneel oordeel over de problemen van de cliënt, waarop vervolgens een aanpak van hulpverlening wordt gebaseerd. Veel maatschappelijk werkers vinden het instrument een goed hulpmiddel voor het ontrafelen. Het instrument helpt echter niet in alle gevallen. Wanneer de cliënt erg verward en/of emotioneel is, stelt de maatschappelijk werker niet alle thema's aan de orde, maar probeert de cliënt te volgen in zijn verhaal. Ook rapporteren sommige maatschappelijk werkers dat zij moeite hebben het instrument toe te passen bij cliënten uit andere culturen.

Indicatiestelling met behulp van het instrument is volgens de meerderheid van de maatschappelijk werkers mogelijk. Daarbij hoort de kanttekening dat indicatiestelling ook een kwestie is van instellingsbeleid. De instelling dient duidelijker aan te geven welke groepen cliënten bij het maatschappelijk werk thuis horen en welke cliënten niet. Werkers hebben op dit punt weinig richtlijnen van de instelling.

Driekwart van de maatschappelijk werkers is in staat een hulpverleningsplan te schrijven. De omschrijvingen van doelen en activiteiten in de, hulpverleningsplannen zijn vaak globaal. Het kost, volgens ons, maatschappelijk werkers moeite om in detail te treden over de wenselijke aanpak, hoewel werkers zeggen dat ze voldoende houvast aan de plannen hebben. Volgens maatschappelijk werkers is het opstellen van een gedetailleerd plan lastig omdat na één gesprek nog veel informatie boven tafel moet komen. De indruk bestaat dat wanneer er meer aandacht besteed wordt aan het maken van plannen, de kwaliteit verder kan verbeteren. Een stimulans daarvoor kan het invoeren van een zogenaamd cliëntvolgsysteem zijn. In een cliëntvolgsysteem evalueert de maatschappelijk werker, in samenspraak met werkbegeleider en/of collega's, periodiek de voortgang in de hulpverlening.

Twee andere criteria voor succes vormden het afnemen van de hoeveelheid drop-out en verwijzingen tijdens de eerste drie gesprekken na de intake. Van twee instellingen zijn er deze gegevens. Van Splunteren en Scholte vergelijken de cijfers van de laatste drie maanden van 1993 met de laatste drie maanden van 1994. Dat zijn tijdstippen waarop volledig met de oude werkwijze, respectievelijk de nieuwe werkwijze is gewerkt.

***Drop-out en verwijzingen tijdens de intake of de eerste drie hulpverleningsgesprekken in de laatste drie maanden van 1993 en 1994<sup>1</sup>***

	Instelling A		Instelling C	
	1993	1994	1993	1994
aantal drop-out	14 (157) <sup>'</sup>	15 (153)	18 (318)	13 (352)
aantal verwijzingen	1	1	25	30

Zoals uit de tabel blijkt zijn er geen belangrijke wijzigingen, te zien in de hoeveelheid drop-out en verwijzingen. De auteurs vinden hierin dus geen ondersteuning voor het succesvol functioneren van het intake-instrument. De gewijzigde wijze van intake is kennelijk niet van invloed op drop-out en verwijsgedrag. Daarmee is dit criterium niet van grote betekenis. Opmerkelijk is het feit dat bij beide instellingen ongeveer tien procent van het totaal aantal cliënten verwezen wordt dan wel afhaakt. Het verschil tussen beide instellingen in de verhouding tussen drop-out en verwijzingen kunnen de auteurs niet verklaren.

**Uitvoering van de werkwijze**

Na verloop van tijd slagen de meeste maatschappelijk werkers er in de intake naar behoren uit te voeren. Een duidelijke meerderheid van de maatschappelijk werkers is tevreden over de uitvoerbaarheid van het intake-instrument. De formulieren zijn op suggesties van maatschappelijk werkers aangepast, de procedure is op hoofdlijnen gehandhaafd. In vier instellingen heeft het management besloten door te gaan met de nieuwe intake. Eén instelling past de nieuwe werkwijze alleen toe op cliënten die langerdurende hulpverlening nodig hebben.

Uit de tijdregistratie blijkt dat de nieuwe werkwijze ongeveer 2 uur en kwartier in beslag neemt, exclusief de voorbereiding van intakebespreking en de intakebespreking zelf. De tijdsbesteding per werker aan de intake is een gemiddelde voor alle werkers. In werkelijkheid moet er rekening gehouden worden met een vrij grote spreiding tussen werkers. Het is aannemelijk dat de nieuwe werkwijze meer tijd vraagt dan de oude werkwijze. Toch oordelen management en werkers dat deze investering de moeite waard is. De kwaliteit van de intake en de intakebespreking is toegenomen. Er is een betere selectie aan de voordeur van de instelling mogelijk.

De invoering verloopt de eerste periode van ongeveer drie maanden stroef. Werkers klagen veel over de extra tijd die de procedure hen kost, over de grote hoeveelheid formulieren en over het extra schrijfwerk. De registratie-activiteiten ten behoeve van het onderzoek zijn nog eens een extra belasting. De onderzoekers denken dat het algemeen ervaren gevoel van ongenoegen in de beginfase voor een groot deel terug te voeren is op hun te optimistische inschatting over de snelheid waarmee een organisatie zich de intakewerkwijze kan eigen maken. Op basis van voorbereidende gesprekken met het management en de trainingen was de voorbereidingsperiode ingeschat op één

<sup>1</sup> Het getal tussen haakjes geeft het totaal aantal cliënten aan in het laatste kwartaal van 1993, respectievelijk 1994.

maand. Dat bleek te kort. Na één maand hadden de meeste maatschappelijk werkers hooguit één intake op de nieuwe manier gedaan. Veel maatschappelijk werkers hadden zich de werkwijze nog onvoldoende eigengemaakt. De intakeverslagen uit de eerste periode vertonen dan ook de nodige tekortkomingen. Door de te korte voorbereiding en de grote werkdruk zijn de meeste maatschappelijk werkers in het begin nog niet in staat de intake op de gevraagde wijze uit te voeren. Na verloop van tijd treedt er bij alle instellingen een verbetering op. Er ontstaat een soort positieve spiraalwerking: werkers passen de intake toe, merken een gunstig effect en zijn vervolgens gemotiveerd om er mee door te gaan. Veel maatschappelijk werkers signaleren voordelen van de werkwijze. Er is meer eenheid in taal, verwijzers reageren positief, de structuur werkt verhelderend voor de cliënt en voor de maatschappelijk werker. De kwaliteit van de verslagen neemt merkbaar toe. De gespreksverslagen zijn duidelijker, analyses geven helderder de visie van de maatschappelijk werker weer en de hulpverleningsplannen sluiten daar beter bij aan.

Toch loopt het niet overal goed. Met name bij twee instellingen blijven maatschappelijk werkers bezwaren koesteren. De geuite bezwaren hebben ons inziens voor een deel te maken met fundamentele problemen dan de perikelen tijdens de beginfase van het experiment. De nieuwe werkwijze veronderstelt een visie op hulpverlening waarin de verantwoordelijkheid voor de cliënt een zaak is van maatschappelijk werker en instelling. Deze visie is uitgewerkt in de intakeprocedure. Met name de regel dat een intake in principe eerst in het team besproken moet worden voordat de hulpverlening start is daar een uitvloeisel van. In één instelling is dat wel de afspraak, maar de praktijk ziet er anders uit. Sommige maatschappelijk werkers bepalen zelf in hoofdzaak hun caseload en starten in de regel de hulpverlening zonder de intake te bespreken in het team. Door deze manier van werken vervalt de noodzaak om snel na een intake een verslag te schrijven en dit in het team te behandelen. Een ander bezwaar tegen de nieuwe intakeprocedure heeft te maken met het fenomeen in de hulpverlening van betrokkenheid en afstand. Goede hulpverlening vraagt van de maatschappelijk werker een balans te vinden tussen betrokkenheid bij de persoon van de cliënt, zodat er vertrouwen ontstaat, en afstand nemen van de cliënt om goed zicht te krijgen op mogelijkheden en belemmeringen van de cliënt. Sommige maatschappelijk werkers vinden dat in de intake allereerst een relatie met de cliënt moet worden aangegaan, het vergaren van informatie komt pas op de tweede plaats. De nieuwe werkwijze zou, door de nadruk op de thema's die allen aan de orde gesteld moeten worden, botsen met het opbouwen van een vertrouwensband omdat de informatie teveel op de voorgrond staat. Dit bezwaar tegen de nieuwe intake horen we in de beginfase vaker. Na een poosje wordt deze kritiek minder. Maatschappelijk werkers rapporteren, en de onderzoekers zien dat zelf ook in de geobserveerde intakegesprekken, dat ze de werkwijze inpassen in hun eigen wijze van gespreksvoering, met aandacht voor beide elementen van betrokkenheid en afstand. Maar blijkbaar is voor sommige maatschappelijk werkers de overstap naar een werkwijze die ook distantie vraagt van de maatschappelijk werker in de intake te groot.

Tot slot merken de onderzoekers - in een enkel geval - dat bezwaren van maatschappelijk werkers tegen het instrument voortkomen uit gebrek aan motivatie om zich in het instrument te verdiepen en/of onwetendheid over de inhoud van het instrument. Het komt een enkele keer voor dat maatschappelijk werkers door ziekte of een andere reden de training en de voorbereiding hebben gemist. Zij maken tijdens de rit kennis met een voor hen onbekende werkwijze. In de teams die toch al moeite hebben met de nieuwe werkwijze is er vaak geen energie meer om de werker goed in te werken, waardoor er voor de 'nieuwkomer' te weinig stimulans is om te leren werken met de nieuwe intake. In teams waar de werkwijze wel goed op gang is gekomen worden nieuwkomers wel adequaat ingewerkt.

### **Suggesties**

De invoering van de nieuwe intakeprocedure in instellingen voor algemeen maatschappelijk werk is, gezien bovenstaande conclusies, goed mogelijk. Voor een effectieve invoering is het noodzakelijk dat

de instelling zich goed voorbereid. Allereerst is nodig dat werkers en management het met elkaar eens worden of deze werkwijze strookt met hun visie op hulpverlening. De instelling moet bereid zijn indien nodig de oude intakeprocedure aan te passen. Vervolgens moeten werkers en werkbegeleiders de tijd hebben om zich de werkwijze eigen te maken. Training maakt daarvan een noodzakelijk onderdeel uit. Maar dat is niet genoeg. Ook na de training kost het leren werken met de nieuwe intake tijd en energie. Praktijkbegeleiding hierbij is wenselijk. De instelling moet rekenen op een extra investering per werker van + 60 uur gedurende een periode van zes maanden. Na deze inwerkperiode vraagt een intake ruim twee uur per werker. Daarnaast is er tijd nodig voor de intakebespreking. Voor een optimaal resultaat moeten de te bespreken intakes ook nog voorbereid worden. In de praktijk blijkt dat instellingen dit op verschillende manieren geregeld hebben. Sommigen bereiden de intakes voor de intakebespreking voor, anderen reserveren tijd in de bespreking zelf. Het is in ieder geval zaak om hierover goede afspraken te maken en voor de intakebespreking eventueel een maximum aantal te bespreken intakes vast te stellen.

Het werken met deze intake vraagt van de werker vaardigheden op het gebied van verslaglegging en - liefst ook - op het gebied van tekstverwerking. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling dat de werker voldoende is toegerust op die terreinen en dat er goede apparatuur aanwezig is. Het punt van verslaglegging - met name het maken van heldere analyses en hulpverleningsplannen vraagt extra aandacht. De werkbegeleider/inhoudelijk hoofd kan de werkers op dit punt zowel individueel als in de teambesprekingen ondersteunen.

# Achtergrondliteratuur

## \* Websites

### Casusconsult

#### Website

##### *Achtergrondinformatie*

In het kader van project CasusConsult wordt op deze website een kennissysteem ontwikkeld en getest op het terrein van Maatschappelijk Werk en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

De testwerkzaamheden bestaan uit het delen van praktische informatie en vakkennis; ook cliënten kunnen binnenkort meedoen. Indien het experiment slaagt wordt het systeem uitgebreid naar overige sectoren in de zorgsector zoals de jeugdhulpverlening en ouderenzorg.

Met de hoofdfunctie van het systeem kunnen hulpverleners hun aanpak toetsen en onderbouwen tijdens de registratie van het actuele proces. Men kan, mede gestuurd door de gegevens uit het elektronisch dossier, direct gerelateerde, informatie en kennis zoeken, lezen en bediscussiëren. Bijvoorbeeld soortgelijke (opgeloste) gevallen inclusief daarbij horende vakliteratuur en relevante praktische informatie. Middels het forum kan men gerichte aanvullende vragen stellen, op elkaar reageren en zelf kennis toevoegen. Het kennisdelingsproces wordt ondersteund door een redactie van ervaren deskundigen, zowel op uitvoerend, onderwijzend als wetenschappelijk gebied.

Kenmerk van CasusConsult is de casusgeleide werkwijze: men deelt kennis door het invoeren van een eigen gevalsbeschrijving. Vervolgens zoekt het systeem de meest gelijkende casussen. ("Best practises" c.q. "Lessons Learned"). De gebruiker kan kiezen uit verschillende mogelijkheden om informatie/kennis op te halen, toe te voegen of bediscussiëren.

De interactie met het systeem kan geïntegreerd worden binnen een lokaal (workflow) systeem; bijvoorbeeld met het actuele dossier van de hulpverlener. Dit is een belangrijke optie voor de uitvoerende instellingen. Maar men kan ook met een eenvoudige internetbrowser in gewone (ongestructureerde) taal een eigen hulpvraag of geval invoeren.

Het systeem helpt desgewenst het geval nader te analyseren en specificeren. Daartoe wordt gebruik gemaakt van een interactieve vraag/antwoord procedure.

Uiteraard verwerkt het systeem alleen anonieme kenmerken door toepassing van een in samenwerking met het NIZW ontwikkelde thesaurus.

Op elk gewenst moment kan het systeem soortgelijke gevallen teruggeven met de meest cruciale kenmerken. Casussen bestaan, uit - geanonimiseerde - gevalsbeschrijvingen met daarin beschreven probleemstelling en oplossing inclusief "links" naar achtergrondkennis zoals reflecties vakliteratuur en (internet) adressen waar men meer gedetailleerde informatie on-line kan lezen.

"CasusConsult" wordt gevoed met "content" afkomstig uit analyse, beoordeling en verrijking van bestaande kennis, met name casuïstiek.

Hoewel nog weinig "evidence" wetenschappelijk is aangetoond, is in de hulpverlening toch veel materiaal aanwezig, zowel in de onderzoeks- als uitvoeringspraktijk.

Met behulp van "Kennismanagement" ontsluiten redactie en gebruikers van CasusConsult gezamenlijk deze kennis, onder andere met behulp van de "Forumdiscussies".

Procedures voor het "on-line" toegankelijk maken van externe publicaties worden toegepast in samenwerking met uitgevers en kenniscentra in de zorgsector.

CasusConsult is nog volop in opbouw. De huidige experimentele versie dient met name voor ontwikkel- en testdoeleinden met geïnteresseerde instellingen op een beperkt kennisdomein. Na een grondige test en validatieperiode - één à twee jaar zal zeker nodig zijn - wordt het systeem landelijk geïmplementeerd voor de gehele Maatschappelijk Werk en GGZ sector.

Vervolgens kan het systeem stapsgewijs uitgebouwd worden voor aanverwante sectoren.

Het project wordt uitgevoerd door een samenwerkingsverband van uitvoerende (A)MW- en GGZ-instellingen, onafhankelijke deskundigen, Stichting Korrelatie, VOG, Marie Kamphuis Stichting, Universiteit Utrecht, Hogescholen, NIZW, Trimbos instituut, Verwey-Jonker Instituut, Uitgevers in de zorgsector, ICT bedrijven, bureau Geert van der Laan en Joenje Knowledge Systems.

De website wordt onderhouden in samenwerking met de Marie Kamphuis Stichting te Utrecht.

Bent u geïnteresseerd en werkzaam in of rond de sector MW of GGZ dan bent u van harte welkom om aan het project mee te werken. Hiervoor kunt u zich aanmelden via een e-mail naar deze website. Het emailadres vindt u onder op deze pagina.

Meer achtergrondinformatie kunt u vinden in het vakblad voor Maatschappelijk Werk "Maatwerk", themanummer "Internet" d.d. augustus 2000. Uitgave [Bohn Stafleu Van Lochem](#).

## Ontwikkelingen en innovaties in het Algemeen Maatschappelijk Werk

### Website

Door Jaap Buitink<sup>2</sup>

*De druk op het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) nam de laatste decennia toe en zal, zo is de verwachting, nog verder toenemen. Voorzieningen op zowel gebied van welzijn, sociale zaken en (geestelijke) gezondheidszorg doen een beroep op het AMW, waarbij samenwerking met die disciplines van alle kanten wordt gestimuleerd. Ook het Rijk en gemeenten doen, elk vanuit eigen invalshoek, een beroep op het AMW bij de aanpak van maatschappelijke problemen. Maar ook de kwaliteitszorg krijgt meer aandacht. Mede onder invloed van de patiëntenbeweging in de (geestelijke) gezondheidszorg zal de kwaliteitszorg zich de komende jaren sterk ontwikkelen.*

#### 1. Ontwikkelingen vanuit diverse invalshoeken

*Lokaal sociaal beleid / welzijn:* in toenemende mate zien we dat het AMW samenwerkt met welzijn ouderen en sociaal cultureel werk. Hoewel het aantal verwijzingen uit deze sectoren niet groot is, weten sociaal cultureel werkers/opbouwwerkers en maatschappelijk werkers elkaar te vinden in de wijkaanpak op gebieden als sociale participatie en toeleiding naar de arbeidsmarkt. Ook het gezamenlijk opsporen van knelpunten in de wijk krijgt meer en meer aandacht.

Gemeenten stimuleren in toenemende mate de samenwerking en afstemming tussen AMW en lokaal welzijnswerk. De trend van meer samenwerking en afstemming in het lokaal sociaal beleid zal zich ongetwijfeld voortzetten. Gemeenten vragen daarbij eveneens meer aandacht voor een integrale benadering van sociale problemen in wijken en buurten. Sommige gemeenten bepleiten daarbij een integratie van diverse beroepen in één welzijns- of agogisch werker (zie ook 4.2). Daartegenover staat de visie dat dan de meerwaarde van het met ieders vakkennis naast en met elkaar werken aan sociale problematiek verloren gaat.

Vooraf op het gebied van ouderen zullen gemeenten en instellingen beleid moeten ontwikkelen; er komen relatief weinig ouderen bij het AMW. De huidige generatie ouderen (65+) stapt nog niet zo snel zelf naar een hulpverlener; het uiten van psychosociale problemen ligt deze generatie niet. Op veel plaatsen wordt de drempel voor ouderen naar het AMW verlaagd door gezamenlijke activiteiten van AMW en Welzijn Ouderen. Bijvoorbeeld met groepsgesprekken over herkenbare thema's. Het is aan de instellingen voor AMW, al dan niet in brede welzijnsinstellingen georganiseerd, om een goed evenwicht tussen samenwerking met welzijn en met zorg te vinden.

*Sociale zaken:* Gemeentelijke Sociale Diensten en Arbeidsvoorzieningen doen soms een beroep op het AMW mee te werken aan projecten 'toeleiding naar de arbeidsmarkt'. De onnodig lange duur van ziektewet en WAO wegens psychische of psychosociale problemen staat daarnaast hoog op de politieke agenda. Het AMW zal hier – ingebed in regionaal beleid voor de geestelijke gezondheidszorg – een rol in gaan spelen.

Cliënten komen bij psychische arbeidsongeschiktheid zelfstandig of verwezen door bijvoorbeeld de huisarts, bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk werk (BMW) naar het AMW. Doorgaans bestaat er bij cliënten een combinatie van problemen of blijken zich achter bijvoorbeeld relatieproblemen juist

---

<sup>2</sup> De auteur is senior beleidsadviseur bij *Buitink Beleidsadvies – in zorg en welzijn* en in die functie onder andere secretaris van de Stuurgroep Tussen de Lijnen van de GGZ (in opdracht Min. van VWS). Daarvoor was hij in diverse functies betrokken bij uitvoering, management en landelijk beleid van het AMW en was hij samensteller van de publicatie *De eerstelijns GGZ in perspectief* (LHV, LVE en MOgroep/AMW, Utrecht, 2000).

Dit artikel is een geactualiseerd onderdeel van een uitgebreid artikel over het AMW van dezelfde auteur in het *Handboek Lokaal Sociaal Beleid*, uitgave Elsevier bedrijfsinformatie bv, 's Gravenhage (2001).

problemen op het werk te bevinden of andersom. Zich al dan niet uitend in overspannenheid, werkstress, e.d. Dergelijke combinaties worden algemeen gezien als behorend tot het werkkterrein van het AMW.

BMW is er specifiek voor werkproblemen, bijvoorbeeld problemen tussen collegae of met de leiding. Als er ook privé-problemen mee spelen, verwijst de BMW'er meestal naar het AMW of betreft het AMW er bij. Een aantal instellingen voor AMW biedt overigens zelf, als specifiek maatschappelijk werk, ook BMW aan naar bedrijven.

Als er geen BMW in een bedrijf is, en de problemen liggen geheel op het werk dan fungeert het AMW als vangnet en biedt het psychosociale hulp. Zonodig zal het AMW wel signalerend naar het bedrijf optreden.

Onafhankelijk waar de problemen uit voortkomen, privé of werk, blijken cliënten die psychisch arbeidsongeschikt zijn en door het AMW geholpen worden relatief snel weer aan het werk te gaan (onderzoek *Maatschappelijk belang AMW*, Verwey-Jonker Instituut, s'Jacob, Melief, e.a., Utrecht, 1997).

Vanuit de samenhang van materiele en immateriële problemen, werkt het AMW meer en meer samen met gemeentelijke sociale diensten, kredietbanken bij de integrale aanpak van schulden. Het heeft geen zin om schulden te saneren als er niets wordt gedaan aan achterliggende psychosociale problemen. De schuldhulpverlening vergt veel afstemming en samenwerking.

Landelijk formuleert de MOgroep (*Vangnet*, december 1999) de volgende taken voor het AMW in de schuldhulpverlening:

Intake, budgetteren, budgetbegeleiding, psychosociale hulp bij achterliggende psychische en/of relationele problemen, preventieactiviteiten, nazorg, casemanagement en informatie en advies. De mate waarin het AMW deze diensten aanbiedt hangt mede af van de afstemming met - en het aanbod van - andere hulp- en dienstverleners ter plaatse. De integrale schuldhulpverlening wordt gezien als een onderdeel van een lokaal armoedebeleid, waarvan de gemeente de regie voert.

De uitwerking van schuldhulpverlening verschilt van gemeente tot gemeente. In de ene plaats blijven de drie voorzieningen elk hun eigen ingang houden, verwijzen ze naar elkaar en werken ze waar nodig samen in geval van gemeenschappelijke cliënten; in andere plaatsen functioneren onder gemeentelijke regie aparte bureaus voor schuldhulpverlening. Hierin participeren instellingen voor AMW, sociale diensten en gemeentelijke kredietbanken. Of de inzet van aparte formatieplaatsen de brede integrale a-specifieke eerstelijnsfunctie van het AMW te veel belast, kan alleen lokaal worden beoordeeld. Als dat meer dan verantwoord is, zal een deel van die aparte formatieplaatsen mogelijk specifiek gefinancierd moeten worden (zie ook hoofdstuk 6).

*Geestelijke gezondheidszorg*: het beleid is duidelijk: de eerstelijns GGZ moet versterkt worden om een nog grotere toeloop naar de specialisten van de GGZ te voorkomen.

In een beleidsbrief over 'Cure en care in de GGZ' aan de Tweede Kamer (18-05-2001) stelt de minister dat voortbordurend op de *Beleidsvisie GGZ* (1999) een verdere bezinning op de koers van de GGZ noodzakelijk is. Zij meent dat vooral een omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg moet worden uitgewerkt. Als verbeterpunten voor de modernisering van de GGZ ziet de minister:

- meer GGZ-kennis en meer generalistisch GGZ-aanbod in de eerstelijns, zodat onderbehandeling en overbehandeling van cliënten met psychische problemen kunnen worden voorkomen;
- meer aandacht voor zorg en behandeling bij arbeidsrelevante psychische problematiek (zie ook hiervoor onder 'sociale zaken');
- meer samenhang tussen de GGZ en de somatische gezondheidszorg, de maatschappelijke dienstverlening en andere voor de cliënt relevante sectoren;



- meer transparantie voor de cliënt door meer zicht op het hulpaanbod, meer keuzemogelijkheden tussen aanbieders en meer vraaggericht en doelmatig werken in de GGZ.

De minister meent dat er voor mensen met psychische problemen een *'sterke en voor iedereen toegankelijke eerstelijns beschikbaar moet zijn'*.

Belangrijk is dat de minister de centrale positie van de huisarts niet alleen op inhoudelijke wijze (poortwachter naar de tweedelijns) invult, maar ook een fysieke invulling geeft: *'Deze eerstelijns hulpverleners voor psychische en psychosociale problematiek zijn bij voorkeur in de nabijheid van de huisarts samengebracht in een gezondheidscentrum, maar kunnen ook vrijgevestigd werkzaam zijn.'* Of dit zal leiden tot een herontdekking van het gezondheidscentrum, met ook nieuwe stimuleringsmiddelen is nog onduidelijk; toch is al te merken dat gezondheidscentra, in de vorm van laagdrempelige wijkvoorzieningen, nieuwe impulsen krijgen. Ook het AMW zal zich moeten gaan bezinnen hoe daarop in te spelen en hoe een goed evenwicht tussen samenwerking met welzijn en zorg te houden.

Voor de ontwikkeling van een meer vraaggerichte zorg kan de participatie in Gezondheidscentra – of andere vormen van wijkgeorganiseerde zorg en welzijn – een pluspunt zijn: binnen de wijk kan de hulpvraag beter gesignaleerd worden en kan de drempel voor hulpvragers worden verlaagd. De centrale en anonieme aanmeldingsprocedure in veel plaatsen is, voor hulpvragers en huisartsen, een veel gehoorde klacht over het AMW.

De drie landelijke partijen binnen de eerstelijns GGZ, de LHV (huisartsen), de MOgroep (voor het AMW) en de LVE (eerstelijnspsychologen) hebben zich achter de doelstellingen van de eerdergenoemde *Beleidsvisie GGZ* geschaard. Dat legden zij vast in een samenwerkingsconvenant, waaruit inmiddels ook een brochure met een gezamenlijke visie op de beoogde eerstelijns GGZ is ontstaan: *De eerstelijns GGZ in perspectief* (Utrecht 2000). Een brochure die o.a. de kerncompetenties van huisarts, AMW en eerstelijnspsycholoog beschrijft.

De drie landelijke partijen hebben afgesproken gezamenlijk te streven naar een verhoging van de kwaliteit van de eerstelijns GGZ met als doel tot een zodanige structuur te komen dat de hulpverlening door de huisarts, het AMW en de eerstelijnspsycholoog voldoende tot zijn recht komt en goed op elkaar afgestemd wordt, met respect voor ieders beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid.

Belangrijk is dat de drie partijen zeggen dat de beoogde versterking van de eerstelijns GGZ *niet* te realiseren valt *zonder* een adequate facilitering door de overheid: met name op het gebied van de beschikbaarheid van het AMW en de eerstelijnspsychologen en een doelmatige samenwerking binnen de eerstelijns en tussen de eerstelijns en tweedelijns GGZ.

De partijen zijn eigenlijk op hun wenken bediend. Want om de door de minister beoogde versterking van de eerstelijns GGZ te realiseren zijn, mede onder druk van de eerstelijnspartijen, en met instemming van de Tweede Kamer een aantal essentiële maatregelen genomen; de belangrijkste daarvan:

1. 'Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW' (zie hoofdstuk 3).
2. Onderzoek naar de mogelijkheid om de eerstelijnspsycholoog op te nemen in het ziekenfondspakket (De Tweede Kamer nam in april 2002 een motie aan waarin de regering werd verzocht deze opname te effectueren).
3. De drie landelijke partijen in de eerstelijns GGZ krijgen geld voor de verbetering van de *kwaliteit* van hun hulp. Dat zetten zij bijvoorbeeld in voor deskundigheidsbevordering op gebied van hulp bij psychische problemen of signalering van psychiatrische problematiek. Voor het AMW bijvoorbeeld heeft het NIZW in opdracht van de MOgroep diverse cursussen ontwikkeld. Maar ook zetten de drie partijen samen geld in voor het stimuleren en verbeteren van de onderlinge

samenwerking tussen de drie eerstelijns disciplines. Dit gaat gebeuren in een vierjarig programma, getiteld 'Korte Lijnen'.

4. VWS zet ook geld in voor de verbetering van de samenwerking en afstemming tussen eerste- en tweedelijns GGZ. In de vorm van projectsubsidies voor de consultatie van tweedelijns GGZ naar eerstelijns GGZ en het landelijke 'Diaboloproject', gericht op innovatieve ontwikkelingen, die de hulpverlening aan cliënten ten goede komen.
5. De minister heeft een landelijke Stuurgroep 'Tussen de Lijnen', ingesteld<sup>3</sup>. Deze Stuurgroep, waarin aanbieders, financiers, cliënten en overheden zijn vertegenwoordigd, bespreekt allerlei thema's, begeleidt onderzoeken en geeft adviezen aan werkveld en de minister over de voortgang van de versterking van de eerstelijns GGZ, inclusief het AMW. Dat laatste is belangrijk, omdat signalen over mogelijke positieve of negatieve effecten van de maatregelen ter versterking van de eerstelijns aan de orde moeten komen. Als bijvoorbeeld blijkt dat de instellingen voor AMW in de praktijk – bijvoorbeeld vanwege gemeentelijk beleid - geen versterking ervaren, is het zeer belangrijk om dat te signaleren.

## 2. Kwaliteitszorg

Maatschappelijk werkers en managers moeten nadrukkelijk bezig zijn met vragen als: *'Doen we het goede, doen we het goede goed en waar kan het beter? Van systematische kwaliteitszorg is sprake als op planmatige, voortdurende wijze aandacht wordt geschonken aan het ontwikkelen, verbeteren en aantonen van kwaliteit, waarbij er tevens oog is voor de randvoorwaarden en condities waaronder de kwaliteit totstandkomt'* (Dym, Nap in *Over kwaliteit gesproken*, 1998, SWP, Utrecht).

Het AMW beschikte als eerste werksoort in de welzijnssector over kwaliteitsnormen. In 1993 werden 'normen voor de organisatie van de hulpverlening' vastgesteld (zie *Afgewogen*, MOgroep, 1993). De instellingen voor AMW die lid zijn van de landelijke werkgeversorganisatie MOgroep hebben zich aan deze normen, als landelijke afspraken, verbonden. De mate waarin de instellingen de normen ook daadwerkelijk hebben geïntegreerd is zeer divers. Maar veel instellingen hebben zaken als werkbegeleiding, periodieke deskundigheidsbevordering, dossiervoering en de profilering naar het publiek en verwijzers gestructureerd aandacht gegeven.

De MOgroep stimuleert een verdere ontwikkeling van kwaliteitszorg. De normen uit 1993 worden daartoe door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling (HKZ) omgezet in een onafhankelijk beoordelingsschema. Als dit klaar is, naar verwachting in 2002, zal dat leiden tot de eerste vrijwillige aanvragen tot beoordeling en *certificering* van instellingen. Of dit ook zal leiden tot een verplichte certificering van instelling, al dan niet via lidmaatschap van de MOgroep of via subsidievoorwaarden van gemeenten, is nog niet bekend. De gemeente heeft als financier van het AMW uiteraard wel een belangrijke verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg; het scheppen van voorwaarden voor het instandhouden en verbeteren van kwaliteitszorg is evident.

Die Stichting HKZ is een gezamenlijk initiatief van patiënten / consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars en heeft tot doel de externe kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector te harmoniseren. Zij staat vooral voor het voor alle belanghebbenden gelijkstemmen van de begrippenkaders, de criteria en de procedures die bij beoordeling van kwaliteit aan de orde zijn. Bij certificatie wordt op twee niveaus getoetst: het handelen dient volgens de vastgestelde norm aantoonbaar geregeld te zijn via procedures, richtlijnen, werkinstructies, e.d.. En hetgeen wordt geregeld moet ook leiden tot het realiseren van de gewenste situatie.

In de zorgsectoren waar al wordt gewerkt met certificatie leidt dit volgens onderzoek<sup>4</sup> tot tevredenheid. De gecertificeerde instellingen vinden dat de interne processen zijn verbeterd. Er is vooral meer samenhang in de interne sturing tot stand gebracht. En instellingen ervaren een toename van de

<sup>3</sup> Secretariaat Stuurgroep Tussen de Lijnen via *Buitink Beleidsadvies*; [jbuitink@cistron.nl](mailto:jbuitink@cistron.nl) / tel. 023 5472955

<sup>4</sup> De Jong & Van Doorne-Huiskes en Partners, HKZ, Utrecht, 2001

professionalisering bij medewerkers. Dit blijkt door het krijgen van meer houvast en vermindering van uitstroom personeel. In mindere mate concluderen de instellingen dat er ook externe effecten zijn: een certificaat heeft uitstraling naar klanten en financiers, maar heeft ook een aantrekkende werking voor nieuw personeel.

De in dit onderzoek aangegeven toename van de professionalisering bij medewerkers is een goede zaak. Verwijzers naar het AMW vinden in het algemeen de kwaliteit van de maatschappelijk werkers voldoende. Aan de andere kant lijkt het of maatschappelijk werkers in het AMW minder zijn gericht op hun vak dan bijvoorbeeld bedrijfs- of ziekenhuismaatschappelijk werkers; het percentage werkers dat lid is van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) is laag. En daarmee ook het aantal maatschappelijk werkers dat, gekoppeld aan het lidmaatschap van de beroepsvereniging, staat ingeschreven in het Beroepsregister voor maatschappelijk werkers. Terwijl dat register de professionalisering van de werkers juist prikkelt: de inschrijving vereist het regelmatig binnen halen van registerpunten. Punten die men krijgt bij het volgen van bepaalde vormen van deskundigheidsbevordering. Ook het instellingsmanagement lijkt deze prikkel nog niet in voldoende mate te hebben ontdekt. Of ligt dit aan de budgetten voor deskundigheidsbevordering, die over het algemeen bijzonder laag zijn binnen het AMW?

### *3. Kennissysteem*

Sinds 1997 neemt de MOgroep deel aan de ontwikkeling van een geautomatiseerd kennissysteem; het project CasusConsult, dat het proces van kennis delen bevordert. Hiermee kunnen agogisch werkers op de werkvloer betere feedback krijgen op hun handelen.

Het werkkerrein van deze ontwikkeling betreft de sectoren zorg en welzijn, meer specifiek de eerstelijns en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg alsmede de jeugdhulpverlening en sociaal pedagogische zorg.

Het kennissysteem wordt ontwikkeld vanuit vragen en oplossingen van de werkers. De grondgedachte is dat men beter gebruik maakt van in de sector aanwezige ervaring en kennis. Met deze kennis kunnen de werkers hun methodisch handelen intercollegiaal efficiënter toetsen en onderbouwen. Hulpverleners die vanaf hun werkplek feedback willen op een hulpverleningsproces (geval of casus) kunnen het kennissysteem op internet ([www.casusconsult.nl](http://www.casusconsult.nl)) raadplegen. Men kan de meest gelijkende cases opvragen en lezen hoe collega's hiermee zijn omgegaan. In de gevallen wordt het gevolgde proces inclusief de gebruikte methoden en conclusies besproken en toegelicht. Ook is bij de casus passende vakliteratuur en andere informatiebronnen op websites te bereiken. Men klikt dan door naar voor het onderhavige geval interessante documenten, zoals artikelen uit tijdschriften en hoofdstukken uit boeken om meer over de aangehaalde onderwerpen *on-line* te kunnen lezen. In discussiegroepen kan men direct op de cases reageren, nieuwe gevallen aan de orde stellen en eigen materiaal toevoegen. Per deelnemende sector – dus ook voor het AMW - ondersteunt een redactie deze intercollegiale uitwisseling en verwerkt de bijdragen tot gestructureerde en leerzame gevallen voor hergebruik in het kennissysteem. In de redactie zitten deskundigen vanuit de praktijk, opleidingen en wetenschap. Zo draagt het kennissysteem bij aan kennisontwikkeling in de sector. CasusConsult is nog volop in het ontwikkelingsstadium, maar kan een interessant kwaliteitsinstrument worden.

### *4. Decentrale werkuitvoering*

Gelet op alle nieuwe ontwikkelingen, zoals vraaggerichte zorg, kwaliteitszorg, stimulering van een outreachende aanpak in wijken en wijkgezondheidscentra, is de verwachting dat de organisatievormen van het AMW verder zullen veranderen. Omdat een aantal kleinschalige wijkwelzijnsorganisaties in het recente verleden moeite had met het bijhouden van ontwikkelingen op gebied van kwaliteitszorg in het maatschappelijk werk, is een verdere schaalverkleining niet te verwachten. Eerder zullen organisaties

een schaalvergroting zoeken om daarmee te kunnen voldoen aan de eisen des tijds. Schaalvergroting staat overigens niet altijd gelijk aan fusie; bepaalde samenwerkingsverbanden zijn ook mogelijk. Maar omdat die eisen ook in de richting van een werkuitvoering op maat gaan, zullen die grotere organisaties of samenwerkingsverbanden slechts kunnen overleven als ze op een niet-bureaucratische wijze worden ingericht, waarbij de werkuitvoering volledig gedecentraliseerd wordt. De maatschappelijk werkers zijn dan flexibel inzetbaar, dichtbij hun (potentiële) cliënten, nauw samenwerkend met aanpalende voorzieningen in zorg en welzijn en elke werker is direct gekoppeld aan een bepaalde huisarts, al dan niet gedetacheerd in een wijkgezondheidscentrum. De organisatie levert daarbij hoogwaardige praktische en inhoudelijke ondersteuning, waarbij het werken met een eigen pc voor de geautomatiseerde dossiervorming en de in- en externe communicatie vanzelfsprekend is. Gemeenten mogen van organisaties kwaliteitszorg, een decentrale werkuitvoering en goede informatie verwachten. Krijgen ze die niet, dan zullen zij het AMW gaan inkopen bij andere instellingen, waarbij de gemeenten meer dan voorheen op een verantwoorde mix van kwaliteit en prijs zullen letten.

## **Informatie website Expertisecentrum Jeugdzorg**

### **Ondersteuningsprogramma BJZ**

De invoering van de wet heeft verregaande consequenties voor de interne werkprocessen van de bureaus jeugdzorg. In opdracht van het ministerie van VWS hebben de werkgeversvereniging MOgroep, het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) en Collegio een ondersteuningsprogramma gemaakt. Dit programma loopt van 2003 tot en met 2005. Voor de uitvoering van dit programma zijn verbetergroepen gevormd die zich richten op:

- De kwaliteit van de indicatiestelling
- Het vraaggericht werken
- Het casemanagement

#### *Verbetergroep kwaliteit van de indicatiestelling*

De verbetergroep bestaat uit medewerkers van veertien bureaus jeugdzorg. Vier geïnteresseerden worden via een mailinglijst op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen.

De bureaus gaven aan dat zij:

- prioriteit leggen bij de verbetering van de indicatiestelling;
- een uniform indicatieformulier wenselijk vinden;
- deskundigheidsbevordering van medewerkers nodig vinden.

De inhoud van een nieuw indicatieformulier en de [kwaliteitseisen](#) waaraan dit dient te voldoen zijn opgesteld volgens de Wet op de jeugdzorg, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's).

De diverse indicatieformulieren waar de bureaus jeugdzorg momenteel mee werken, zijn door het NIZW verzameld en geanalyseerd. Op grond van deze analyse is inzichtelijk geworden waar de lacunes liggen per formulier. Een tweetal bureaus jeugdzorg was tevreden met deze uitkomsten (de analyse van hun formulieren en een lijst met kwaliteitscriteria) en gaan zelf verder aan de slag.

De overige bureaus jeugdzorg gaan een voorbeeld van een ontwerp indicatiebesluit maken. In december 2003 zal dit product van de verbetergroep gereed zijn.

Voor het scholingsaanbod is een aparte klankbordgroep opgericht. Deze klankbordgroep bestaat uit medewerkers van bureaus jeugdzorg en deskundigen op het gebied van scholing.

In een uitgebreide opdrachtformulering zijn de inhoud en doelstelling van de train-de-trainer cursus en de basiscursus indicatiestelling op een rij gezet.

Eind oktober 2003 wordt een inschrijfformulier toegezonden aan de bureaus jeugdzorg. Zij kunnen maximaal drie mensen kosteloos afvaardigen. In de maanden november en december zullen de trainers opgeleid worden om de basiscursus in hun bureau jeugdzorg te geven. Zij maken zich daartoe in de eerste plaats de basiscursus zelf eigen, en aanvullend de nodige didactische en coachingsvaardigheden. Voor deze vaardigheden kunnen zij een certificaat ontvangen.

In september heeft NIZW Opleiding en Training een voorstel geschreven op basis waarvan een project kan starten dat uiteindelijk competentieprofielen voor de medewerkers van bureaus jeugdzorg moet opleveren. Aan de hand van deze competentieprofielen kunnen de basisopleidingen worden geëvalueerd en eventuele na- en bijscholingscursussen worden samengesteld. Op dit moment ligt dit voorstel bij de MOgroep die het zal bediscussiëren met een aantal directeuren van bureaus jeugdzorg.

### *Verbetergroep vraaggericht werken*

De verbetergroep vraaggericht werken in het bureau jeugdzorg gaat aan de slag met het vertalen en concretiseren van vraaggericht werken in het handelen van hulpverleners binnen de jeugdzorg. Inmiddels is de verbetergroep vier keer bij elkaar geweest.

De deelnemers wisselden in de bijeenkomsten hun invulling van het concept vraaggericht werken uit, inventariseerden de knelpunten in de eigen organisatie op dit gebied en formuleerden een centraal verbeteronderwerp: hoe de cliënt zodanig te betrekken dat het hulpverleningsplan vraaggericht tot stand komt? Daarbij betreft het hulpverleningsplan die documenten waarin hulpverlener en cliënt gezamenlijk formuleren wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren. Vervolgens bekeken de deelnemers op welke manier vraaggericht werken in hun eigen organisatie te bevorderen en te implementeren valt.

Het werken met leergroepen lijkt voor deze implementatie een goede werkwijze. In een leergroep vertalen zes tot acht deelnemers, zowel uitvoerende hulpverleners als stafmedewerkers, vraaggericht werken in concrete aanwijzingen voor hun handelen in de dagelijkse praktijk. Dit doen ze door hun praktijkkennis met elkaar uit te wisselen en te reflecteren op wat wel en niet werkt in een concrete casus om op die manier van elkaar te leren. Ze maken daarbij gebruik van algemene kennis uit theorie en onderzoek. In twee van de deelnemende organisaties zijn de voorbereidingen gaande om aan het eind van 2003 een leergroep te starten.

### *Verbetergroep casemanagement*

De verbetergroep casemanagement in het bureau jeugdzorg richt zich op het op elkaar afstemmen van de verschillende uitvoeringspraktijken van casemanagement die in de loop der jaren zijn ontstaan. De groep is samengesteld uit beleidsmedewerkers, managers en teamleiders van tien bureaus jeugdzorg.

Er is een korte inventarisatie gemaakt van beleidsdocumenten die betrekking hebben op casemanagement. Tevens is een belronde langs de bureaus jeugdzorg gemaakt aan de hand van een quickscan over casemanagement taken in bureau jeugdzorg uit 2001. Samen met de gegevens die de leden van de verbetergroep hebben aangeleverd is er een goed overzicht tot stand gekomen van de diversiteit in de uitvoeringspraktijk van deze taak binnen de bureaus jeugdzorg.

Op dit moment is de verbetergroep aan het werk om uitgangspunten van de werkwijze van het casemanagement in de verschillende bureaus nader onder de loep te nemen. Bij deze themagerichte uitwisseling kunnen de deelnemers kennis nemen van elkaars ideeën en werkwijze. Daardoor wordt duidelijk welke knelpunten en ontwikkeltaken er liggen.

### *Indicatiestelling*

Voor de uitvoering van het onderdeel kwaliteit van de indicatiestelling van het landelijk ondersteuningsprogramma is een [verbetergroep kwaliteit van de indicatiestelling](#) gevormd.

In 2002 heeft het Landelijk Platform Jeugdzorg onderzoek gedaan naar de tevredenheid van cliënten en zorgaanbieders over het indiceren van zorg door het bureau jeugdzorg. Dit is vastgelegd in het rapport (als deelrapport van de gehele monitor LPJ) Kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg. In dit rapport staat hoe het onderzoek naar de kwaliteit van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg is aangepakt, wat de resultaten zijn en wat dit betekent voor de verdere ontwikkeling van de praktijk.

De onderzochte vragen zijn:

- Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling gemeten naar objectieve criteria zoals neergelegd in de basiscriteria kwaliteit van de jeugdzorg, de concept Wet op de jeugdzorg, eisen van zorgkantoren en professionele standaarden?

- Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling van bureau jeugdzorg volgens cliënten?
- Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling van bureau jeugdzorg volgens de zorgaanbieders?
- Welke adviezen zijn er op basis van de bevindingen te geven voor verbetering van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg?

### *Kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg*

#### *Samenvatting rapport*

(NIZW, Utrecht)

De conclusie van het onderzoek van het NIZW is dat het merendeel van de cliënten en zorgaanbieders vindt dat bureau jeugdzorg de juiste zorg indiceert. De explicitering en onderbouwing van de indicatie laat echter sterk te wensen over. Over het algemeen is het probleemgedrag van de jongere en de meest wenselijke hulp aangegeven. De visie van de cliënt en een beargumenteerde relatie tussen het probleemgedrag, de oorzaken en mogelijke oplossingen ontbreken over het algemeen. Daarom is vaak onduidelijk waarom bepaalde zorg wordt gevraagd. De doelen zijn weinig concreet geformuleerd en weinig richtinggevend voor het vervolg. Tenslotte ontbreekt over het algemeen de afweging tussen de minimaal noodzakelijke en meest wenselijke hulp (de bandbreedte). De zorgaanbieders sluiten zich bij deze kritische beoordeling aan door meer aandacht te vragen voor de omschrijving van de hulpvraag, de probleemanalyse en het formuleren van concrete doelen. De cliënten zijn meer tevreden dan de zorgaanbieders, hoewel blijkt dat de inspraak van cliënten vaak te wensen over laat. Ouders en kinderen vragen aandacht voor het verstrekken van informatie, hun mogelijkheid om hulp te kiezen en begrip voor hun situatie. Informatie over en verbindingen met de directe leefomgeving van de jongeren en de ouders ontbreken nagenoeg in alle indicatiestellingen, evenals de krachten en mogelijkheden van de cliënten zelf of hun omgeving om een bijdrage aan de oplossing te bieden..

Het algemene oordeel van de cliënt kent geen samenhang met het oordeel van de onderzoekers op basis van dossieranalyses en met die van de zorgaanbieders. Het lijkt dus alsof de communicatie over de indicatiestelling en het vastleggen in formulieren twee gescheiden praktijken zijn.

Het NIZW komt met de aanbeveling om meer eenheid in taal en visie op de indicatiestelling te komen en meer eenheid in de indicatieformulieren, conform de kwaliteitseisen, aan te brengen. Verder pleit zij voor een systematische aanpak om kwaliteit te verbeteren d.m.v. ondersteuningsprogramma's en voor een verbetering van de opleiding voor medewerkers van bureau jeugdzorg.

### **Samenwerking met geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen**

De concept Wet op de jeugdzorg regelt dat bureau jeugdzorg de centrale toegang is tot de gehele jeugdzorg dus ook de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, kortweg de [jeugd-ggz](#) genoemd.

Bureau jeugdzorg als toegang tot jeugd-ggz

Om de toegang te kunnen vormen tot de jeugd-ggz moet het bureau jeugdzorg expertise opbouwen op het terrein van screening, diagnostiek en indicatiestelling bij psychische stoornissen. Het bureau jeugdzorg en de gespecialiseerde jeugd-ggz zullen intensief moeten samenwerken zodat een op elkaar aansluitende keten van voorzieningen voor jeugd-ggz zal ontstaan.

Stand van zaken:

- December 2002: advies over toegang tot jeugd-ggz.  
Het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) geeft [advies](#) aan de staatssecretaris van VWS en minister van Justitie over de integratie van de toegang tot de jeugd-ggz binnen het bureau

jeugdzorg.

- Juni 2002: onderzoek samenwerking jeugd-ggz en bureau jeugdzorg  
Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) heeft onderzoek verricht naar de huidige en wenselijke kwaliteit van de samenwerking en de oorzaken van de mogelijke stagnatie. De resultaten van dit onderzoek zijn vastgelegd in: [Bureau jeugdzorg en jeugd-ggz: kwaliteit van de samenwerking](#)

### **Samenwerking met de jeugdgezondheidszorg**

In de concept Wet op de jeugdzorg krijgt het bureau jeugdzorg de taak contact te onderhouden met algemene jeugdvoorzieningen. Hierbij wordt in ieder geval gedacht aan het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg (jgz).

#### Initiatieven

- Juni 2002: landelijk onderzoek samenwerkingsverbanden.  
Het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) heeft een landelijk onderzoek laten uitvoeren naar alle samenwerkingsverbanden tussen de jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg. Met informatie over succesvolle praktijkvoorbeelden wil het LPJ de discussie over aansluiting tussen jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg stimuleren. In juni 2002 is daarvan het verslag verschenen: '[Aansluiting tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg : eerste inventarisatie en voorbeelden](#)'
- Begin 2002: inventarisatie samenwerkingspraktijken in Brabant.  
In Midden- en West-Brabant is een onderzoek uitgevoerd naar de aansluiting tussen jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg. Daarbij zijn voorbeelden en ontwikkelingsperspectieven van veelbelovende samenwerkingspraktijken in deze regio's geïnterviewd. In mei 2002 is daarvan een [rapport](#) verschenen.
- 27 mei 2002: ondertekening convenant.  
Staatssecretaris Vliegthart van VWS, de heer T. Meijer van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en de heer W. Kuiper van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hebben een [convenant](#) 'inzake de voorbereiding van de invoering van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg' getekend. In dit convenant komen de partijen tot overeenstemming over:
  - contactmomenten in de zorg,
  - het modelsubsidiebesluit,
  - prenatale zorg
  - evaluatie van het convenant.Meer informatie over de actuele ontwikkelingen op het gebied van integrale jeugdgezondheidszorg vindt u op [www.lokaaljeugd beleid.nl](http://www.lokaaljeugd beleid.nl).
- Januari 2002: ondertekening convenant s' Hertogenbosch.  
Organisaties op het gebied van jeugdzorg en lokaal jeugdbeleid in 's-Hertogenbosch, verenigd in het Samenwerkingsverband Preventieve Jeugdzorg 's-Hertogenbosch, hebben een [convenant](#) ondertekend. In dit convenant is een aantal gezamenlijke uitgangspunten en concrete afspraken vastgelegd, die de basis vormen voor een functionele samenwerking.
- 19 september 2001: expertmeeting voor de regio's Brabant, Limburg en Zeeland.  
Experts uit de jeugdgezondheidszorg, van de bureaus jeugdzorg en de Advies- en



Meldpunten Kindermishandeling komen bijeen om te inventariseren hoe het met de samenwerking in hun regio gesteld is. De bevindingen zijn vastgelegd in een [verslag](#)

- Aanleiding voor deze expertmeeting was de notitie '[Zeven adviezen om de aansluiting tussen provinciaal jeugdbeleid en lokaal preventief jeugdbeleid te verbeteren](#)'. Hierin werkt Paul van der Velpen, directeur van GGD Hart voor Brabant, ideeën uit over de aansluiting van de jeugdgezondheidszorg met de bureaus jeugdzorg.

### **Samenwerking met de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen**

De Wet op de jeugdzorg heeft ook gevolgen voor de zorg voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten (jeugd-lvg). Voor de aansluiting van de jeugd-lvg is een actieprogramma opgesteld. Dit programma bestaat uit twee fases:

- Fase 1: vooronderzoek van de aansluiting van jeugd-lvg bij bureau jeugdzorg.  
In 2001 is het [vooronderzoek](#) uitgevoerd door het adviesbureau Wedman en Partners. Het onderzoek bevat een overzicht van de mogelijke voordelen en knelpunten die toegangsvoorzieningen en uitvoerders voorzien bij het integreren van de toegang voor de jeugd-lvg in de bureaus jeugdzorg. Per geconstateerd knelpunt is aangegeven of dit volgens de toegangsvoorzieningen en de uitvoerder is op te lossen en welke maatregelen daar eventueel voor nodig zijn.  
Op basis van de resultaten van het vooronderzoek heeft het ministerie van VWS op een aantal inhoudelijke punten een [standpunt](#) ingenomen.
- Fase 2: pilots.  
In voorbeeldsituaties (de 'voorlopers') wordt nagegaan welke regelingen en afspraken nodig zijn voor een zo min mogelijk bureaucratische en kwalitatief goede indicatiestelling en toewijzing van zorg aan jeugdigen die zowel een (lichte) verstandelijke handicap hebben als opvoed- en opgroei problemen.  
Het ministerie van VWS, directie Gehandicaptenbeleid, heeft de regio's Drenthe, Zuid-Holland Zuid (Dordrecht) en Amsterdam uitgekozen als proefgebieden voor de samenwerking tussen de bureaus jeugdzorg en de jeugd-lvg. In deze drie regio's moeten de komende jaren de mogelijkheden voor samenwerking tussen de beide sectoren worden verkend. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) begeleidt de regio's, in het [projectvoorstel](#) zijn de opzet, begeleiding en monitoring beschreven. De proef loopt tot september 2004.

De drie regio's hebben in december 2002 een stuurgroep samengesteld en de regionale projectleiders hebben in januari en februari 2003 de werkplannen opgesteld. Een aantal onderwerpen is voor elke regio gelijk:

- het realiseren van een niet bureaucratische indicatiestelling;
- het maken van (samenwerkings-) afspraken met het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg en het zorgkantoor omtrent het afgeven van een indicatiebesluit en zorgtoewijzing;
- het omschrijven van de doelgroep en haar omvang.

Daarnaast heeft elke regio een inhoudelijk zwaartepunt gekozen in de samenwerking tussen het bureau jeugdzorg en de zorg voor lvg-jeugdigen. Meer hierover leest u bij de betreffende regio:

- [Amsterdam](#)
- [Dordrecht](#)
- [Drenthe](#)

In de [Tussenrapport lvg-pilots](#), januari 2004) is de stand van zaken per doelstelling beschreven.

Naast de regionale pilots vinden ook [landelijke activiteiten](#) plaats.

De website [www.afwachten.nl](http://www.afwachten.nl) van het ministerie van VWS, directie Gehandicaptenbeleid geeft ook informatie over de voortgang van de pilots.

In november 2002 is begonnen met de overdracht van de [pleegzorgplaatsen](#) van de Sociaal Pedagogische Diensten naar de regionale voorzieningen voor pleegzorg.

*Samenwerken? Samen doen!*

*Tevredenheid van verwijzers uit AMW, OKZ en GGD over bureau jeugdzorg  
Praktikon-ACSW, Nijmegen*

Doelstelling van het rapport "Samenwerken? Samen doen! is zicht te krijgen op de tevredenheid over het bureau jeugdzorg van de professionele verwijzer in de jeugdgezondheidsdienst (inclusief thuiszorg / ouder- en kindzorg (OKZ)) en Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

De onderzochte vragen zijn:

1. Welke ervaringen hebben verwijzers met de bureaus jeugdzorg?
2. Hoe loopt het verkeer van de verwijzers met de bureaus jeugdzorg?
3. Wat loopt er goed volgens de verwijzers bij de bureaus jeugdzorg en waarom?
4. Wat loopt er niet goed en waarom?
5. Wat zijn de algemene wensen en suggesties van verwijzers t.a.v. de bureaus jeugdzorg?

## **Samenvatting deelrapport 2**

*'Gewoon vragen wat er is en wat ze voor je kunnen doen': vraaggericht werken volgens jongeren en ouders; trends in kinder en ouder kwaliteitscriteria.*

WESP, Voorhout

Op basis van interviews met zowel jongeren als ouders en vanuit literatuuronderzoek zijn kwaliteitscriteria voor de keten van jeugdzorg opgesteld. Deze hangen samen met hulp zoeken en krijgen, de bejegening door hulpverleners en met de organisatie die hulp geeft. Het betreft jongeren en ouders waarvan bekend is dat zij een hulpvraag hebben, maar waarbij niet vooraf bekend is of ze bij bureau jeugdzorg zijn aangemeld en jongeren en ouders die zich bij bureau jeugdzorg hebben aangemeld.

Uit de conclusies van het onderzoek van WESP komt naar voren dat jongeren en ouders weinig zicht hebben op hoe de keten van voorzieningen in de jeugdzorg in elkaar steekt. Het ontbreekt hen aan informatie over welke organisaties er zijn en wat zij doen. Jongeren en ouders laten zien dat zij de ervaringsdeskundigen zijn over het functioneren in de keten van jeugdzorg. Deze deskundigheid kan veel beter benut worden voor het beleid van organisaties. Ouders en jongeren zijn goed in staat te verwoorden wat zij belangrijk vinden. De huidige praktijk is volgens jongeren en ouders niet voldoende vraaggericht. Problemen worden te laat gesignaleerd, er wordt te lang gewacht met doorverwijzen, er zijn lange wachttijden en er is onvoldoende samenwerking en samenhang tussen organisaties.

De kwaliteitscriteria die jongeren en ouders formuleren gaan voornamelijk over invloed en macht, informatie en samenhang. Informatie leidt er toe dat jongeren en ouders mee kunnen praten, denken, keuzes kunnen maken en vooral zelf kunnen beslissen welke hulp bij welke organisatie voor hen passend is. De zeggenschap over beslissingen die hun eigen leven aangaan weerspiegelen zich in de

criteria die gaan over invloed (jongeren) en macht (ouders). Ouders willen daadwerkelijk zelf bepalen welke hulp zij wensen, jongeren willen meebepalen en mensen die zij belangrijk vinden daarin betrekken. Maar dan moeten zij wel de informatie krijgen op basis waarvan zij beslissingen kunnen nemen. Dit vraagt o.a. van hulpverleners dat zij luisteren naar jongeren en ouders, hen serieus nemen, zich aan afspraken houden en niet bevooroordeeld zijn. De kwaliteitscriteria over samenhang betreffen niet alleen de samenwerking tussen de verschillende organisaties. Het gaat ook om de samenhang tussen de hulp en o.a. de eigen krachten, de steun uit eigen omgeving, oog voor de context, andere levensgebieden van jongeren en ouders, bereikbaarheid en steeds wisselende hulpverleners.

### **Referentiewerkmodel bureaus jeugdzorg**

De ministeries van VWS en Justitie hebben adviesbureau Ordina opdracht gegeven een modelbeschrijving te maken van de werkprocessen van bureau jeugdzorg. Zij hebben dit gedaan in samenwerking met de MOgroep en het Interprovinciaal Overleg (IPO). De beschrijving betreft de interne processen van de bureaus jeugdzorg en de afstemming met de zorgaanbieders. Ook cliënten zijn er bij betrokken.

In de oriënterende fase van het project zijn Ordina-adviseurs op werkbezoek gegaan bij Bureau Jeugdzorg Overijssel, Haaglanden en Limburg. In april 2003 zijn werkgroepen, bestaande uit Ordina-adviseurs en medewerkers van zoveel mogelijk verschillende bureaus jeugdzorg, begonnen met het opstellen van het referentiewerkmodel. Eind juni 2003 is dit afgerond.

Vervolgens heeft Ordina het voorstel aan de opdrachtgevers en aan IPO en MOgroep gepresenteerd. In oktober 2003 is het [referentiewerkmodel](#) vastgesteld. Het kan zijn dat er nog aanpassingen volgen bij het vaststellen van de Wet op de jeugdzorg.

Tijdens de implementatiefase die nu volgt, bekijken de bureaus jeugdzorg of het voor de praktijk nodig is het model verder uit te werken.

### **Cliëntenzaken**

#### *Cliëntgegevens*

De omgang met persoonlijke gegevens van cliënten is voor werkers in de jeugdzorg vaak lastig. Het ministerie van VWS heeft de [brochure Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg](#) uitgegeven.

Centraal hierin staan de vragen:

- Welke regels gelden er in mijn beroepsgroep voor de omgang met cliëntgegevens?
- Aan wie mag ik cliëntgegevens verstrekken en welke voorwaarden gelden daarvoor?

#### Cliëntenorganisaties

Het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) heeft geïnventariseerd welke cliëntenorganisaties er in de jeugdzorg actief zijn, welke doelen zij nastreven en op welke wijze zij met de provincies contact onderhouden. Het resultaat van de inventarisatie is in december 2002 vastgelegd in het rapport [Cliëntenorganisaties in de jeugdzorg](#)

Op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie is de opgericht. In de cliëntentafel wisselen vertegenwoordigers van cliënten van gedachten over de Wet op de jeugdzorg en de implementatie daarvan. Het perspectief van de cliënt staat hierbij centraal.

#### Ervaringen en verwachtingen van cliënten

Jeugdzorginstellingen vinden het belangrijk om te weten hoe cliënten over de jeugdzorg denken. Verschillende instellingen hebben onderzoek laten uitvoeren naar de tevredenheid en ervaringen van cliënten. Klik hier voor [voorbeelden van cliënttevredenheidsonderzoek](#).

In het rapport '[Nu doen!](#)' heeft het LPJ ervaringen en verwachtingen van jongeren en hun ouders

vastgelegd, gebaseerd op bevindingen uit:

- [Eindverslag Ronde Tafelgesprekken Jeugdzorg](#), JP2000+ (sinds 1 januari 2002 Collegio), april 2002
- [Ouders rond \(d\)e tafel : cliënten aan het woord](#), Attie Wolff Projecten, 2002.

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het LPJ [advies](#) uitgebracht over de wijze waarop de communicatie met en tussen jongeren in de jeugdzorg het beste gestalte kan krijgen. Dit advies is mede gebaseerd op het [onderzoek 'Communicatie met en tussen jongeren'](#) van het Instituut Jeugd en Welzijn van de Vrije Universiteit.

#### Klachtrecht en medezeggenschap

In het wetsvoorstel is het recht op jeugdzorg ingevoerd en is de positie van de cliënt verankerd in het klachtrecht en de medezeggenschap. In 2001 heeft Research voor Beleid gekeken naar de implementatie van de wetgeving omtrent klachtrecht en medezeggenschap, de uitvoeringspraktijk en de effectiviteit ervan. In de [samenvatting](#) staan de belangrijkste conclusies en aanbevelingen. Het rapport is te bestellen bij Research voor Beleid, tel. 071-5253737.

#### **Voorbeelden van cliënttevredenheidsonderzoek**

##### *Regio Amsterdam*

Eind 2001 is in Bureau Jeugdzorg Amsterdam en Bureau Jeugdzorg Amstelland Meerlanden Zaanstreek Waterland een onderzoek uitgevoerd naar de tevredenheid onder de cliënten (ouders en jongeren) van de bureaus jeugdzorg.

Ruim 350 cliënten die contact hebben gehad met de bureaus jeugdzorg hebben de vragenlijst teruggestuurd. De ouders en jongeren waardeerden de bureaus jeugdzorg in de agglomeratie Amsterdam gemiddeld met een 6,6. Tussen de twee onderzochte bureaus is een aantal verschillen geconstateerd die de directies handvatten biedt voor verdere verbetering van het aanbod van zorg. Belangrijke verschillen tussen beide bureaus jeugdzorg betrof het verstrekken van informatie aan de cliënt en de ervaren resultaten van de hulp, hetgeen in belangrijke mate samenhangt met de totale waardering van de zorg. Dergelijke uitkomsten leveren veel aangrijpingspunten op voor beleidsbijstellingen.

De directies van beide bureaus jeugdzorg hebben de intentie dit onderzoek regelmatig uit te voeren, zodat zij het effect van de beleidsbijstellingen, die zij naar aanleiding van het onderzoek treffen, kunnen vaststellen. Dit najaar wordt dan ook een start gemaakt met een zelfde onderzoek onder de cliënten van de gezinsvoogdij en de jeugdreclassering van Bureau Jeugdzorg Amsterdam.

Het voorbeeld van de stadsregio Amsterdam wordt gevolgd door bureau jeugdzorg in Delft.

De resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek van Bureau Jeugdzorg Delft worden vergeleken met die in Amsterdam teneinde de zwakke en sterke kanten van beide bureaus jeugdzorg te kunnen analyseren.

Meer informatie over deze cliënttevredenheidsonderzoeken is te verkrijgen bij Carolien Konijn van NIZW Jeugd ([c.konijn@nizw.nl](mailto:c.konijn@nizw.nl)).

##### *Zeeland*

Stichting Het Klaverblad Zeeland heeft begin 2002 onderzoek gedaan naar de ervaringen en verwachtingen van (toekomstige) cliënten van de jeugdzorg in Zeeland. Uit dit onderzoek blijkt dat jongeren en hun ouders een betere informatievoorziening voor en tijdens gebruik van de jeugdhulpverlening wensen. Daarnaast is gebleken dat ouders de betrokkenheid bij het tot standkomen van de vorm en inhoud van de hulpverlening erg belangrijk is. Ook de afstemming en de coördinatie van de zorg wordt regelmatig genoemd als knelpunt in de huidige organisatie van hulpverlening. Aansluitend op het onderzoek worden aanbevelingen gedaan over onder andere de bereikbaarheid, de informatievoorziening, de wachttijden en de participatie van cliënten.

Het eindrapport Resultaten enquête jeugdzorg van dit onderzoek is, tegen een vergoeding van 3,40 euro, telefonisch te bestellen (0113 249 325) of via [www.klaverbladzeeland.nl](http://www.klaverbladzeeland.nl).

## **Zorgaanbod in modules**

### *Schrijven van modules*

Volgens het implementatieprogramma moet het zorgaanbod op uniforme wijze worden omschreven in modules. Reeds in 2000 heeft D.J. de Ruyter in opdracht van de projectgroep Zorgprogrammering de publicatie [Schrijven van modules en zorgprogramma's in de jeugdzorg](#) geschreven. Deze handleiding geeft aan welke elementen een modulebeschrijving minstens moet bevatten.

In de afgelopen jaren zijn verschillende jeugdzorginstellingen en -regio's ertoe overgegaan hun hulpverleningsaanbod in modules te beschrijven. Voorbeelden hiervan zijn de [regio Amsterdam](#) en [Groningen](#)

### *Hoe verder*

De handleiding van D.J. de Ruyter vormde voor veel instellingen een belangrijke leidraad en ondersteuning in het proces van modulariseren. Maar al werkenderwijs zijn ook nieuwe vragen naar boven gekomen waarop in deze handleiding geen antwoord wordt geboden.

In mei 2002 is een aanvulling op de handleiding verschenen: 'Modulariseren in de jeugdzorg: hoe verder? : modules beschrijven, ordenen en aanbieden' van A. Bothof, M. van der Steege, S. Venderbosch en T. van Yperen. In deze publicatie komen tevens de stappen na het beschrijven van modules aan de orde, namelijk het ordenen en daadwerkelijk flexibel en op maat inzetten van modules. Ook brengen de auteurs de ontwikkelingen binnen de jeugdzorg onder de aandacht die in de nabije toekomst aan modularisering gekoppeld dienen te worden.

In een bijlage in deze publicatie worden twee [voorbeelden](#) van modulebeschrijvingen gegeven. De gehele publicatie is te bestellen bij:

NIZW Uitgeverij  
Postbus 19152  
3501 DD Utrecht  
fax (030) 230 64 91  
e-mail [bestel@nizw.nl](mailto:bestel@nizw.nl)

(NIZW-bestelnummer E 340701, kosten 17 euro)

## \* Algemene inleidingen

### *Maatschappelijk werk*

#### *Inleiding in theorie en praktijk*

G. van der Stouw (red.), T. van den Belt, H. Jongman, G. van Waversveld  
Wolters Noordhoff, Groningen (1999)

Van der Stouw geeft een overzicht van de markt van het maatschappelijk werk. De indeling die hij daarbij hanteert, is de volgende:

- De eerste lijn (AMW, GSD, Thuiszorg)
- De tweede lijn (RIAGG, CAD, Bureau's Jeugdzorg, Therapeutische Gezinsverpleging (TGV), Sociaal Pedagogische Zorg (SPZ), Semi-murale zorg)
- Forensisch maatschappelijk werk
- Categor(i)aal en gespecialiseerd maatschappelijk werk

Daarnaast benoemt hij ook nog kort de alternatieve hulpverlening en de zelfstandig gevestigde maatschappelijk werkers. [ook zelfhulp en vrijwilligers komen aan de orde, maar zijn in het kader van onze studie niet relevant]

Aangezien de eerste en tweede lijn al grotendeels beschreven zijn in andere samenvattingen, concentreren wij ons nu op de overige categorieën

### **Forensisch maatschappelijk werk**

Onder het kopje 'forensisch maatschappelijk werk' worden we geconfronteerd met de Nederlandse wetgeving. Een samenleving kan alleen geordend leven wanneer er regels en wetten zijn die burgers beschermen. Overtreedt men die wetten of kan men zich niet volgens bepaalde regels handhaven, dan komt men in aanraking met de rechter. Rechters straffen niet alleen. Zij doen ook aanbeveling voor hulpverlening. Ze kunnen ook hulpverlening opleggen. Forensisch maatschappelijk werk kun je dus vertalen als buiten'gewoon'; het is gedwongen hulpverlening. Het ministerie van justitie neemt in veel gevallen het uitvoerende werk zelf ter hand (door gebruik te maken van instellingen die via dit ministerie ook gefinancierd worden).

### *Raad voor de Kinderbescherming*

De *Raad voor de Kinderbescherming* kan de kinderrechter adviseren en bemiddelen tussen instellingen voor kindbescherming. Bovendien houden de raden toezicht op voogdij-instellingen, pleeggezinnen en internaten waar kinderen verblijven van wie de ouders ontzet zijn uit de ouderlijke macht. Vanzelfsprekend wordt hier ook samengewerkt met politie, scholen en jeugdorganisaties. Het uitvoerend werk op deze terreinen wordt in hoofdzaak door maatschappelijk werkers verricht.

### *Gezinsvoogdij en voogdij-instellingen*

Er zijn nogal wat minderjarigen die met de rechter in aanraking komen. In veel gevallen wordt het dan noodzakelijk geacht dat het welzijn van het kind een bepaalde waarborg krijgt. Om dat te kunnen bereiken is begeleiding een voorwaarde. Daarnaast kan er sprake zijn van vrijwillige begeleiding (vrij patronaat). Justitie is er dan (nog) niet aan te pas gekomen. In deze situaties spreken we van *gezinsvoogdij*, die doorgaans door de maatschappelijk werker wordt uitgevoerd. *Voogdij is* van toepassing wanneer de ouders ontzet of ontheven zijn uit de ouderlijke macht. De voogdij berust dan bij de instelling.

### *Adviesbureau kindbeschermingsconflicten*

Het gaat lang niet altijd goed tussen de hiervoor genoemde instellingen en hun cliënten. Conflicten kunnen ontstaan met de Raad, met het pleeggezin of wie dan ook. In die situaties is het van belang dat de gedupeerden (vaak ouders en kinderen) voorzien worden van advies, voorlichting en

informatie, en dat er gezocht wordt naar oplossingen. Soms is ook bemiddeling noodzakelijk. Hiervoor bestaat het *Adviesbureau kinderbeschermingsconflicten*.

### *Reclassering*

In elk arrondissement bevindt zich een Algemene Reclasseringsvereniging (ARV) die met de uitvoering van de *reclassering* belast is. Hulpverlening vanuit deze werksoort begint vaak al als de potentiële cliënt zich vanwege een bepaalde overtreding nog op het politiebureau bevindt. Voortzetting kan plaatsvinden wanneer de betrokkene berecht moet worden. Een voorlichtingsrapport van de reclassering is mede van invloed op de strafsoort. De reclasseringsambtenaar (meestal een maatschappelijk werker) heeft voor de aanvaarding van zijn taak een eed of belofte afgelegd.

### **Categor(i)aal en gespecialiseerd maatschappelijk werk**

De aanduiding categoriaal of categoriaal wijst op bepaalde (bevolkings)categorieën waarvoor het maatschappelijk werk wordt uitgevoerd. Het is moeilijk een onderscheid aan te brengen tussen categoriaal en gespecialiseerd maatschappelijk werk. De auteur gebruikt daarom deze beide typering, waarbij ten aanzien van het categoriale meer de nadruk gelegd wordt op de doelgroepen en ten aanzien van het gespecialiseerde meer op de werkwijze.

### **Allochtone bevolkingsgroepen**

Bij hulpverlening aan allochtone bevolkingsgroepen valt te denken aan hulpverlening ten behoeve van Molukkers, Antillianen, Surinamers, Marokkanen, Turken en vele andere buitenlanders die hetzij vanuit de eerste, hetzij vanuit een latere generatie problemen hebben met het functioneren in deze samenleving. Het beleid in deze categoriale hulpverlening is erop gericht zoveel mogelijk gebruik te maken van maatschappelijk werkers die de cliënt in zijn cultuur herkennen. Zo mogelijk zijn dat allochtone maatschappelijk werkers, behorend tot dezelfde categorie.

### *Vluchtelingen en asielzoekers*

*Vluchtelingen* vormen ook een doelgroep van categoriale hulpverlening. Vluchtelingen zijn zij die (volgens het Internationale Vluchtelingenverdrag) zich buiten het land bevinden waarvan ze de nationaliteit bezitten, omdat zij een gegronde vrees voor vervolging hebben wegens hun ras, godsdienst, nationaliteit, sociale groep of politieke overtuiging en die de bescherming van hun land niet kunnen of willen inroepen (vanwege die gegronde vrees). Echter niet ieder die in dit land zijn toevlucht zoekt, is (erkend) vluchteling. Je kunt bijvoorbeeld ook economische redenen hebben om naar elders uit te wijken. In beide gevallen geldt dat men in Nederland hiertoe asiel moet aanvragen. Behalve veel vrijwilligerswerk is ook het maatschappelijk werk ingeschakeld bij de hulpverlening aan deze cliëntengroep.

### *Woonwagenbewoners*

*Woonwagenbewoners* (en ook zigeuners) zijn aloude categorieën in ons land die, weliswaar geheel opgenomen in de samenleving, daarbinnen toch een bijzondere, vaak niet geïntegreerde plaats innemen. Ook de woonwagenbewoner heeft een eigen cultuur en ook een eigen woonomgeving. Afgezien van het feit dat hij op twee of vier wielen woont, leeft hij met leden van dezelfde bevolkingsgroep in kleine verbanden binnen dorpen en steden, meestal op een toch wel geïsoleerd plekje. De grote regionale woonwagenkampen bleken de laatste decennia toch niet aan de verwachtingen te voldoen, vandaar dat de woonwagenbewoner nu weer de gelegenheid heeft om 'categoriaal', op kleinschalige wijze zijn eigen woon- en leefwijze te handhaven. Maatschappelijk werk (binnen het AMW) ten behoeve van deze bevolkingsgroepen kenmerkt zich door het kennen van de woonwagencultuur, de specifieke normen en waarden die daar gehanteerd worden en het kunnen omgaan met de aanpassingsproblematiek.

### **Oorlogsgetroffenen**

Het Maatschappelijk Werk ten behoeve van *oorlogsgetroffenen* wordt voor een belangrijk deel uitgevoerd door de Stichting joods Maatschappelijk Werk, met name waar het gaat om de problematiek (ook in volgende generaties) van vervolgingsslachtoffers uit de Tweede Wereldoorlog en om problemen die samenhangen met antisemitische ontwikkelingen elders in deze wereld. Een andere bekende organisatie is de Stichting 1940-1945, die belangenbehartiging en hulpverlening aan oud-deelnemers van het verzet uit de periode 1940-1945 verzorgt. Psychotherapeutische hulpverlening voor verzets- en oorlogsslachtoffers (en hun familie) wordt ook uitgevoerd door de bekende Stichting Centrum '45, te Oegstgeest.

### **Vrouwenhulpverlening**

In de *Vrouwenhulpverlening* staat centraal het inzicht geven in het conflict tussen de eisen die de maatschappij aan vrouwen stelt, en hun eigen eisen en behoeften; een en ander vanzelfsprekend in relatie tot de posities die vrouwen in onze maatschappij innemen. Therapeutische centra zijn er op ongeveer twintig plaatsen in Nederland. Onder de noemer vrouwenhulpverlening vallen ook de centra voor vrouwegezondheidszorg (bijvoorbeeld begeleiding van borstkankerpatiënten of van vrouwen met eetverslaving); hulpverlening aan lesbische vrouwen (onder andere de Schorerstichting); Blijf-van-mijn-lijfhuizen (die tijdelijk een veilig onderdak bieden aan vrouwen - en hun kinderen - na mishandeling of bedreiging met mishandeling).

### **Seksualiteit en Zwangerschapsproblemen**

Een meer gespecialiseerde vorm van hulpverlening is die welke ontwikkeld is rond *seksualiteit en zwangerschapsproblemen*. Deze instellingen houden zich - al dan niet vanuit een confessionele visie - bezig met onderzoek, advies en informatie aan gezinnen en andere samenlevingsverbanden. Genoemd kunnen hier worden de organisaties die zich specifiek bezighouden met problemen rond zwangerschap zoals de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) die hulp verleent bij ongewenste zwangerschap (de naam van de vereniging geeft al aan dat daarbij het ongeboren kind beschermd wordt). De landelijke vereniging Fiom ondersteunt bij ongewenste zwangerschap, alleenstaand ouderschap, seksueel geweld en incest. De stichting Stimezo is behulpzaam bij zwangerschapsonderbreking en beheert een aantal abortusklinieken.

### **Homoseksualiteit**

Behalve de eerdergenoemde hulpverlening aan lesbische vrouwen zijn er een aantal landelijke belangenorganisaties met betrekking tot homoseksualiteit. Genoemd werd reeds de Schorerstichting, en verder zijn er de COC-afdelingen; er is een telefonische hulpdienst Gay & Lesbun Switchboard en een landelijk coördinatiepunt van groepen Kerk en Homoseksualiteit. De evangelische hulpverlening aan homofielen van de Amsterdamse 'Vereniging tot Heil des Volks' richt zich op opvang van homoseksuelen die tot ander seksueel gedrag willen komen. De benaderingswijze is duidelijk gefundeerd op een specifiek religieuze benadering en roept binnen het kader van emancipatorische hulpverlening vragen op.

### **Aids**

Op het terrein van Aids-hulpverlening heeft zich een aantal organisaties gespecialiseerd. Te denken valt allereerst aan de Aids-informatietelefoons. Daarnaast zijn er de Stichting Aids Fonds, die onder andere materiële hulp biedt aan individuele Aids-patiënten en de HIV Vereniging Nederland, die zich onder meer bezighoudt met voorlichting, klachtenbehandeling, advisering en stimulering van psychosociale hulpverlening.



### **Overige specialisaties**

Andere specialisaties zijn onder meer maatschappelijk werk ten behoeve van blinden, doven en slechthorenden en van mensen in revalidatie. Binnen schoolorganisaties heeft ook het maatschappelijk werk een gewaardeerde plaats. Als specialisatie is ook te noemen het maatschappelijk werk voor ouderen.

### **Alternatief-levensbeschouwelijke instellingen**

Hier vallen levensbeschouwelijke organisaties onder die zeer specifieke doelstellingen hebben: het helpen van hun cliënten op een zodanige wijze dat daarin niet primair het professionele handelen het middel is, maar de specifieke levensbeschouwing. De verandering van de cliënt wordt totstandgebracht door zijn 'bekering' tot die levensbeschouwing. De verandering wordt vaak wel door middel van professionele inzichten verder begeleid. Wij zien deze hulpverleningsvormen in verschillende christelijke circuits (met name in reformatorische, evangelische, pinkster- en behoudende rooms-katholieke bewegingen), maar ook in levensbeschouwelijke bewegingen als Hare Krishna en de Scientology Church. Er zijn instellingen die een overheidssubsidie weigeren, omdat zij dan aan te veel voorwaarden moeten voldoen. Er zijn ook instellingen die overheidssubsidies accepteren en het professionele element in de hulpverlening een duidelijke plaats geven.

### **Zelfstandig gevestigde maatschappelijk werkers**

De weg naar de zelfstandig gevestigde maatschappelijk werkers is kort. Men heeft niet te maken met een instituut, maar met de persoon van de hulpverlener die - tegen betaling - ingaat op de hulpvraag van de cliënt. Deze maatschappelijk werkers zijn enerzijds een reactie op de institutionalisering en bureaucratisering van veel maatschappelijk werk, anderzijds is hun aantal toegenomen door het overschot van maatschappelijk werkers dat in de jaren tachtig en negentig ontstond. Zo zijn er ook nogal wat zelfstandig gevestigde psychotherapeuten. Deze psychotherapie wordt doorgaans ook vanuit een bepaalde verzekering betaald. Bij maatschappelijk werk en dienstverlening ligt dit moeilijker, hoewel er in het kader van de stelselherziening ontwikkelingen zijn die in het voordeel van de zelfstandig gevestigde maatschappelijk werker pleiten. Kwaliteitszorg is het belangrijkste criterium op grond waarvan verzekeringen betalen. Zelfstandig gevestigde maatschappelijk werkers zullen op die kwaliteit ook de meeste nadruk leggen. Zij worden daarbij niet gehinderd door een formeel instituut. Anderzijds ontberen zij het vaak de noodzakelijke support en de voorzieningen vanuit zo'n instelling. Een belangrijk aspect mag hier niet onvermeld blijven. Wanneer de hulpverlening niet zou voldoen, zal de - betalende - cliënt ook snel afhaken. Het ontvangen van waar voor je geld is voor cliënten hiermee een doorslaggevende factor. In het kader van de privatisering van de hulpverlening is een zelfstandig gevestigde maatschappelijk werker allang geen absurditeit meer.

### **Denkwijzen en denkwegen die ten grondslag liggen aan methodisch handelen**

Denkwijzen en denkwegen die ten grondslag liggen aan het methodisch handelen:

- De positivistische denkwijze
- De fenomenologische denkwijze
- De dialectische denkwijze
- De structuralistische denkwijze

Er zijn ook andere wegen mogelijk: denkwegen en denkwijzen die voor een deel bovenstaande indeling overlappen en voor een ander deel een nadere uitwerking en uitbreiding zijn van de vier genoemde. De indeling hebben de auteurs ontleend aan Rooijendijk e.a. (1987) en deze bestaat uit de volgende zes denkwijzen:

1 *Psychodynamische denkwijze*. In deze denkwijze speelt de levensgeschiedenis van de mens een rol in zijn persoonsontwikkeling. Sigmund Freud kan gezien worden als de vader van deze gedachte. Hij gaat er met name van uit dat wat je waarneemt bij de mens, slechts een beperkt aspect is. Het onbewuste speelt een veel grotere rol.

2 *Leertheoretische denkwijze*. Dit is een moderne variant op de positivistische benadering. Aan de hand van waarneembaar gedrag en bewezen proeven gaat men ervan uit dat ongewenst gedrag is aangeleerd en volgens dezelfde leerprincipes ook weer afgeleerd kan worden.

3 *Humanistische denkwijze*. Hierin wordt geleerd dat de mens in potentie alles in zich heeft, maar dat het er door allerlei factoren niet altijd uitkomt. Het is een optimistische visie met een fenomenologische inslag.

4 *Interactionele denkwijze*. In deze denkwijze staat de relatie centraal. Communicatie is de invalshoek als het gaat om de hulpverlening. Deze benadering blijkt dan ook nauw verwant te zijn aan het structuralistische meersporenmodel.

5 *Maatschappijkritische denkwijze*. Problemen worden niet alleen bepaald door datgene wat mensen in zichzelf of hun communicatie als tekort ervaren, maar ook door maatschappelijke factoren. Het gaat dus om een maatschappijkritische denkwijze die direct vertaald kan worden naar een dialectische aanpak.

6 *Transculturele denkwijze*. In deze benadering spelen rationele overwegingen niet de hoofdrol. Er zijn manieren van helpen die niet zonder meer te beredeneren zijn, bijvoorbeeld bestrijken, bezweren, dansen, bidden of andere rituelen. De denkwijze is sterk bepaald door religieuze opvattingen en is noch positivistisch, noch dialectisch georiënteerd. Het fenomenologische en structuralistische aspect is er enigszins in terug te vinden.

Vervolgens worden door de auteurs een aantal therapeutische theorieën beschreven. Het uitgangspunt daarbij is dat deze theorieën en de uitwerking ervan in veel gevallen bijdragen aan de invulling van de maatschappelijk-werkmethodiek. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- Psychoanalyse;
- Directieve therapie;
- Rogeriaanse therapie;
- Gestaltbenadering;
- Transactionele analyse;
- Rationeel-erotische therapie (RET);
- Systeembenadering;
- Contextuele benadering.

### **Basisregels voor methodisch handelen in het maatschappelijk werk**

De volgende basisregels worden door de auteurs onderscheiden:

- Onderscheiden naar persoon en situatie
- Diagnose bepalen
- Planmatig werken
- Sturen van communicatie
- Begeleiden
- Evalueren

Vervolgens worden de volgende methodische benaderingen in het maatschappelijk werk behandeld:

- Casework (waaronder ook de psychosociale benadering en de taakgerichte benadering van het casework beschreven worden)
- Crisisinterventie
- Gezinsbehandeling
- Video-hometraining
- Groeps(maatschappelijk) werk
- Outreachend werken

*Maatschappelijk werk*

*Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.) m.m.v. H. Jongman, Wolters-Noordhoff bv, Groningen/Houten, (2003)

*Deze inleiding geeft vooral een overzicht van de verschillende werkvelden in het maatschappelijk werk. Zie daartoe hieronder bij de afzonderlijke werkvelden.*

## \* **Literatuur over grondslagen**

*Helpen = leren*

*Emanciperende hulpverlening als methode van het maatschappelijk werk.*

N. van Riet, H. wouters

Van Gorcum, Assen (1997)

### **Emanciperende hulpverlening**

De emanciperende hulpverlening richt zich op het leren sociaal mens te zijn met anderen, maar eigenstandig, zonder ten onder te gaan in een massa, een bevolkingsgroep, een categorie. In de emanciperende hulpverlening wordt geprobeerd de mogelijkheden van de hulpvrager te mobiliseren en intact te houden, zodat de hulpvrager weer de baas in de eigen situatie wordt.

Het begrip hulpverlening is te onderscheiden in verzorgen, behandelen en emanciperend hulpverlening. Ter verduidelijking geven de auteurs het volgende schema:

<b>Verzorgen</b>	<b>behandelen</b>	<b>emanciperende hulpverlening</b>
object-----		subject
stellen-----		vragenstellen
ik kan-----		wat kan jij?
product-----		proces
leiden-----		begeleiden

De auteurs introduceren het begrip *leren* als essentieel onderdeel van het maatschappelijk werk en dan wel het leren door de hulpvrager. Dat vereist ook een nieuwe houding van de hulpverlener: niet de probleemoplosser maar de leraar ('dan help ik je te leren') in een speciale, niet schoolse betekenis.

Bij emanciperende hulpverlening gaat het om emancipatieprocessen en wel drie soorten tegelijkertijd, namelijk:

- emancipatie van de hulpvrager ten opzichte van zichzelf (dus het uit zijn slachtofferrol komen);
- emancipatie van de hulpvrager ten aanzien van de hulpverlening (uit de afhankelijkheid komen die vaak inherent is aan de hulpverlening);
- emancipatie ten aanzien van zijn situatie (activiteiten gaan ondernemen in zijn eigen situatie).

Emanciperende hulpverlening is niet een methode op zich, die op grond van een diagnose wel of niet wordt gebruikt. Emanciperende hulpverlening is een visie op mensen en hulpverlening die gestalte krijgt in diverse werkvormen, waarvan de kern altijd is het in gang zetten van bewustwordingsprocessen. Zo gezien zijn er allerlei andere vormen denkbaar die gericht zijn op ontdekkend leren.

### **De politieke betekenis van het maatschappelijk werk**

Bij signaleren gaat het om het leren zien van verbanden tussen problemen van individuen en/of groepen individuen en maatregelen op micro- meso- en macroniveau en van daaruit verantwoordelijken aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Tevens gaat het om het leren meedenken met verantwoordelijken in het ontwikkelen van alternatieven waardoor problemen kunnen worden voorkomen of verminderd.

De emanciperend maatschappelijk werker zal trachten een positie in te nemen die de politieke kracht van de hulpverlening ondersteunt.

### **Wat moet een emanciperend hulpverlener weten en kennen?**

Hierbij komen o.a. de volgende onderwerpen aan bod:

- Structuren en posities.
- Cultuur.
- Normen en waarden en socialisatie.
- Taal.
- Problemen.
- De positie van de hulpverlener.
- Bewustwording en bewustzijn.
- Onmacht en macht.
- Verantwoordelijkheid; productgericht of procesgericht zijn.
- Bewustwording als leerproces.
- Keuzen maken.
- Emancipatie.
- Emanciperende hulpverlening en systeemdenken.
- Emanciperende hulpverlening en de relatie.
- Emanciperende hulpverlening en de diagnose
- Ethische vragen

### **Wat moet een emanciperend hulpverlener kunnen?**

De auteurs gaan bij deze vraag in op de volgende onderwerpen:

- Bewustwording van de hulpverlener.
- Gebruikmaken van je positie als hulpverlener.
- Organisatie.
- Problemen van hulpvragers leren zien in relatie met hun positie en daaraan werken.
- Kunnen omgaan met je eigen deskundigheid.
- Problematiseren.

### **Wat leren hulpvragers nu in de emanciperende hulpverlening en wat leren de hulpverleners?**

De auteurs vatten kort samen wat hulpvragers via de emanciperende hulpverlening leren:

- Zij leren om niet over hun probleem, maar over hun positie en opstelling met betrekking tot dat probleem na te denken.
- Zij leren nadenken of zij die positie zo willen houden.
- Zij leren kosten-batenanalyses te maken, zodat zij tot een keuze kunnen komen.
- Zij leren gedrag zoeken bij hun keuze en antwoord geven op de vraag of ze alleen of met anderen verder moeten gaan.
- Dit alles is samen te vatten in: zij leren emanciperen ten aanzien van hun onmacht, de hulpverlener en hun situatie.

Maar ook hulpverleners leren in de emanciperende hulpverlening en wel het volgende:

- Zij leren nadenken over de positie die zij innemen in de hulpverlening en tegenover de hulpvragers.
- Door hierover na te denken komen zij tot de vraag of zij die positie zo willen houden.
- Met behulp van een kosten-batenanalyse kunnen zij kiezen voor een bepaald (veranderend) beleid.
- Zij leren gedrag zoeken bij dat beleid en nagaan, of zij daar anderen bij nodig hebben.

Het belangrijkste wat zij leren is emanciperen ten aanzien van hun onmacht, hun deskundigheid en de kaders die hen vasthielden.

## Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk

### Een eclectisch-integratieve aanpak

B. Snellen

Coutinho, Bussum (2000)

### Het kader van een kritische reflectie

Elke concrete visie op maatschappelijk werkhulpverlening houdt een bepaalde concreet-specifieke invulling

in van de volgende vier lagen.

### Kader van kritische reflectie

#### 1. Perspectief

*Individueel perspectief*

*situationeel perspectief*

*maatschappelijk perspectief*

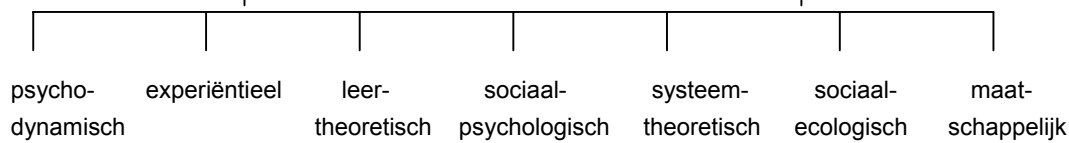
#### 2. Wetenschappelijke theorie/referentiekader

*psychologische theorieën*

*sociologische theorieën*

+

*theorieën m.b.t. wetgeving,  
politiek, sociaal beleid*



#### 3. Praktijktheorie/benadering/methodiek

Social  
Casework

psychosociale  
therapie

taakgerichte  
benadering

cognitieve  
gedrags  
Benadering

gezins  
benadering

netwerk-  
benadering-

emancipa  
torische  
benadering

#### 4. Waardenkaders

Persoonsopvatting

maatschappij-opvatting

professie-opvatting

### Eclectisch-integratief werken

Een eclectische benadering is een kiezende benadering. In het kader van de hulpverlening betekent dit: men beperkt zich niet tot één richting, stroming, theorie of methodiek, maar kiest elke keer opnieuw uit verschillende stromingen ofwel benaderingen; men stelt dus als het ware telkens opnieuw – al kiezend – zijn werkpakket samen. Dit kiezend samenstellen moet echter wel op een systematische en samenhangende manier gebeuren.

Snellen beschrijft een aantal achtergronden voor de ontwikkeling dat hulpverleners in toenemende mate afstand hebben genomen van de één methodiekbenadering (p 111 – 113). Eén daarvan luidt: 'Onderzoek naar resultaten van therapieën bracht aan het licht dat de ene therapie niet duidelijk beter

was (meer succes had) dan de andere; deze conclusie lijkt ook op te gaan voor het maatschappelijk werk.'

Snellen haalt Van Dyck/Emmelkamp (Van der Velden 1989, p. 28 e.v.) aan. Zij noemen een drietal argumenten aan ten faveure van een eclecticisch-integratieve benadering. Zij maken het volgende onderscheid:

- een *pragmatische* argumentatie: men moet zijn activiteiten als hulpverlener niet beperken tot technieken uit één bepaalde richting, want dat zou wel eens ten nadele van de cliënt kunnen zijn;
- een *theoretische* argumentatie: alle bestaande theorieën schieten tekort om elk apart het menselijk gedrag geheel te kunnen verklaren; men moet dus noties uit verschillende theorieën met elkaar kunnen verbinden;
- een *cognitieve* argumentatie: geen enkele hulpverlener is in staat om in één keer een totaaldiagnose (probleemanalyse) te maken: je moet dus achtereenvolgens verschillende referentiekaders in de probleemanalyse betrekken en daarna een keuze maken voor de meest kansrijke invalshoek(en).

#### *Varianten van een eclecticisch-integratieve benadering*

Snellen beschrijft drie varianten van een eclecticisch-integratieve benadering:

- *Technisch eclecticisme*. Het technisch eclecticisme beweegt zich op het niveau van de afzonderlijke interventies / technieken.
- *Gemeenschappelijke factorenbenadering*. Men is op zoek naar die werkzame factoren die gemeenschappelijk zijn in alle therapieën respectievelijk hulpverleningsvormen.
- De derde variant van eclecticisme is die van de theoretische integratie. Binnen deze variant streeft men naar de integratie van (delen van) theorieën die ten grondslag liggen aan verschillende benaderingen. Het gaat hier vooral om het creëren van een nieuwe theorie, die meer is dan de som van de oorspronkelijke delen. Ook binnen het maatschappelijk werk zijn voorbeelden aan te wijzen van auteurs die geprobeerd hebben noties uit verschillende theoretische kaders te integreren. Snellen noemt in dit verband Perlman, Bouwkamp/de Vries en Reid.

## **Fasegericht werken**

<b>fase</b>	<b>proces</b>	<b>ontwikkeling in de interactie</b>	<b>ontwikkeling bij de cliënt</b>	<b>ontwikkeling in de probleemoplossing</b>
<b>intake</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- contactlegging</li> <li>- opbouw van een werkrelatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoek en zo nodig vergroting van bereidheid en mogelijkheid om hulp te ontvangen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoek van hulpvraag</li> <li>- eerste formulering van het probleem (rationale)</li> <li>- aanbod van een procedure</li> <li>- definiëring van het</li> </ul>
<b>probleemanalyse</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- aandacht voor de werkrelatie</li> <li>- binding/stabilisatie</li> <li>- hulpverlenerssturing (evt. substituerend)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoek en evt. vergroting van inzicht en acceptatie bij de cliënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- exploratie en specificatie van het probleem</li> <li>- maken van afspraken evt. taken</li> </ul>
<b>doelformulering</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- aandacht voor de werkrelatie</li> <li>- hulpverlenerssturing (activerend)</li> <li>- binding/stabilisatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderzoek en verbetering van mogelijkheden en motivatie van cliënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formulering van hulpverleningsdoelen</li> <li>- maken van afspraken (evt. taken) (evt. contract)</li> </ul>
<b>strategiebepaling</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- aandacht voor de werkrelatie (toename zelfsturing)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- werken aan mogelijkheden en motivatie van de cliënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opstellen van een plan van aanpak</li> <li>- maken van afspraken (evt. taken)</li> <li>- aandacht voor</li> </ul>
<b>uitvoering middels probleemspecifieke interventies</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- aandacht voor de werkrelatie (grote mate van zelfsturing)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hulp aan cliënt bij uitvoering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inzet probleemspecifieke interventies (taken)</li> </ul>
<b>afsluiting</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- formulering van bevindingen m.b.t. samenwerking</li> <li>- afbouw van de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formulering van bevindingen m.b.t. cliëntontwikkeling</li> <li>- oriëntatie op 'zelf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formulering van bevindingen m.b.t. probleemafwikkeling</li> </ul>



## \* **Kwaliteitsbeleid**

*Organisaties Algemeen Maatschappelijk Werk*

*Certificeringsschema versie 2002*

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (2002)

De sector AMW heeft een groot aantal jaren ervaring met kwaliteitsontwikkeling. Na de eerste Leidschendamconferentie in 1990 is het project 'Kwaliteitszorg AMW' van start gegaan. Het doel van dit project was het ontwikkelen en vaststellen van kwaliteitsnormen door de sectieraad van de VOG-sectie AMW vastgesteld. Na de totstandkoming van de normen volgde een project 'Implementatie kwaliteitszorg AMW'. In het werkveld bleek behoefte aan inter-institutionele toetsing en op termijn aan certificering.

### **De organisatie van het Algemeen Maatschappelijk Werk**

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) is een algemene eerstelijnsvoorziening voor hulpverlening bij problemen op het gebied van het persoonlijk en/of maatschappelijk functioneren. Deze hulpverlening is zonder verwijzing beschikbaar voor alle bevolkingsgroepen en gemakkelijk en rechtstreeks toegankelijk voor de gebruiker. Dat wil dus zeggen: kosteloos, laagdrempelig, toegankelijk zonder verwijzing, onafhankelijk en lokaal gericht. Het AMW valt onder de Welzijnswet en is daarmee volledig gedecentraliseerd. Het wordt vooral gefinancierd door de gemeente. Het AMW bevindt zich op het snijvlak van zorg en welzijn. Er zijn verschillende ketenpartners uit verschillende sectoren: in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn dat de huisarts en de eerstelijnspsycholoog, in het lokaal sociaal beleid zijn dat het onderwijs en het lokaal welzijnswerk en binnen de maatschappelijke dienstverlening het raadsliedenwerk, de schuldhulpverlening, het ouderenadvieswerk en de maatschappelijke opvang.

De hulpverlening aan cliënten wordt uitgevoerd door de discipline maatschappelijk werk. Een maatschappelijk werker heeft een erkende opleiding gevolgd op hbo-niveau. In de praktijk vindt veelal bijscholing plaats op specifieke deskundigheidsgebieden.

Er zijn (in 2002) 155 organisaties voor Algemeen Maatschappelijk Werk in Nederland. Eenderde van deze organisaties is zelfstandig en levert de functie Algemeen Maatschappelijk Werk, vaak in combinatie met dienstverlening door sociaal raadslieden. Eenderde maakt deel uit van een organisatie voor lokaal welzijn en eenderde van deze organisaties is georganiseerd met de thuiszorg. Over het gehele land komen jaarlijks zo'n 515.000 cliënten met een of meer hulpvragen bij het AMW.

### **De functie van het Algemeen Maatschappelijk Werk**

In het 'Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker' wordt de functie van het maatschappelijk werk als volgt omschreven: 'De maatschappelijk werker beoogt met zijn hulpverlening het sociaal functioneren van personen of de wisselwerking tussen personen en hun sociale omgeving te verbeteren. De realisering van dit doel vormt een gezamenlijke activiteit van de maatschappelijk werker en de betrokkene(n).'

Karakteristiek voor de maatschappelijk werker in het AMW is dat hij integrale of gecombineerde hulp biedt bij de materiële en immateriële problemen, die vaak nauw met elkaar samenhangen. Het beroep van maatschappelijk werker wordt gekenmerkt door een evenwichtige opbouw van theoretische kennis en beroepsmatige ervaring. Kennis, visie, attitude en handelingsvaardigheid vormen daarbij de componenten. Een regelmatige theoretische toetsing van het praktisch handelen waarborgt de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar. Het AMW wordt in de 'Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg' van minister Borst (1998) gepositioneerd als voorziening op het gebied van de

eerstelijns GGZ, maar het is geen gezondheidszorgdiscipline. Op diagnostisch gebied werkt een maatschappelijk werker niet vanuit een medisch model maar vanuit een (psycho)sociaal model. De essentie van het Algemeen Maatschappelijk Werk is de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener. Het onderwerp van deze interactie is de psychosociale problematiek van de hulpvrager. De competentie van de hulpverlener is het vermogen om de zelfredzaamheid van de hulpvrager in die problematiek te helpen verbeteren. Daarbij kunnen vier kerntaken worden onderscheiden, die in samenhang met elkaar worden uitgevoerd:

- psychosociale hulpverlening
- concrete en informatieve hulpverlening
- onderzoek en rapportage
- signalering, belangenbehartiging en preventie.

Ondernemingen voor AMW organiseren de beschikbaarheid van dit type hulpverleners in de woonomgeving van de burgers. In die zin is AMW een flexibel inzetbare voorziening die in de woonomgeving zorgt voor de beschikbaarheid van maatschappelijk werkers bij psychosociale problemen.

hulp- en dienstverlening		zakelijke dienstverlening	overige activiteiten
<i>direct cliëntgericht</i>	<i>indirect cliëntgericht</i>		
> aanmelding	> intakebespreking	> consultatie	> teamvergadering
> intakegesprek	> voortgangsbepreking c.q. werkbegeleiding	> voorlichting	> caseloadbespreking
> hulpverleningscontact in het kader van een hulpverleningstraject	> contact met derde over cliënt	> signalering	> deskundigheidsbevorderi ng
> informatie en advies	> dossiervorming	> preventie	> interne beleidsontwikkeling
> concrete dienstverlening	> overige cliëntgerichte administratie	> begeleiding van niet- professionele derden	> organisatiebeheer
		> deelname aan extern overleg	> niet-clientgerichte administratie
		> projecten	> sociale verplichtingen
		> overige dienstverlening	> verlof en ziekte
			> overige activiteiten

Het cliëntgericht werk is gedefinieerd als 'het geheel van activiteiten, gericht op het verbeteren van het persoonlijk en sociaal functioneren van de cliënt, op de vaardigheid van de cliënt om relaties aan te gaan en op het toeleiden naar en het realiseren van voorzieningen'. Onder direct cliëntgericht werk vallen alle contacten met de cliënt. Onder indirect cliëntgericht werk vallen alle overige werkzaamheden die met de hulpverlening aan een cliënt samenhangen.

Niet-clientgericht werk wordt gedefinieerd als 'alle niet-clientgerichte activiteiten, verricht door uitvoerend algemeen maatschappelijk werkers binnen een organisatie voor maatschappelijk werk'. In het Informatiemodel AMW 2000 wordt binnen de niet-clientgerichte activiteiten een onderscheid gemaakt tussen zakelijke dienstverlening en overige activiteiten.

## **Betrokken landelijke organisaties**

Bij de totstandkoming van het certificatieschema Organisaties voor Algemeen Maatschappelijk Werk zijn verschillende landelijk georganiseerde disciplines en organisaties betrokken. De Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep) vertegenwoordigt zijn leden op politiek en maatschappelijk gebied en biedt daarnaast ondersteuning bij de bedrijfsvoering. De beroepsorganisatie Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) is betrokken als 'houder' van de beroepsdocumenten, zoals de 'Beroepscode voor de maatschappelijk werker', het 'Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker' en het 'Professioneel statuut maatschappelijk werk'. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is betrokken als vertegenwoordiger van de hulpvragers.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten is betrokken als vertegenwoordiger van de gemeenten, de belangrijkste financier van het AMW.

Daarnaast is een aantal landelijke vertegenwoordigers van de ketenpartners betrokken: de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) als meezeer, de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG), de landelijke Vereniging van instellingen voor Maatschappelijke Dienstverlening aan Mensen met een Handicap (SOMMA) als meezeer en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) is als adviseur betrokken vanwege de werkontwikkelingsfunctie die deze organisatie vervult ten behoeve van het AMW.

De auteurs geven een overzicht van wetgeving en documenten die algemeen geaccepteerde landelijke normen en eisen ten aanzien van kwaliteit van de hulp- en dienstverlening bevatten. Deze documenten zijn gebruikt bij het formuleren van de HKZ-normen. Daarnaast worden landelijk gedragen beleidsdocumenten genoemd die richtinggevend zijn voor de sector. De auteurs vermelden daarbij dat het overzicht niet uitputtend is.

## **1. Wettelijke bepalingen**

### *Welzijnswet*

In de Welzijnswet van 1 juni 1994 zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van het welzijnsbeleid omschreven. De wet legt het regelen van de kwaliteit primair bij de organisatie zelf. De subsidiërende overheid mag pas optreden als een verantwoord kwaliteitsniveau niet gewaarborgd blijkt te zijn.

### *Wet klachtrecht cliënten zorgsector*

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector is in werking getreden op 1 augustus 1995. Deze wet bepaalt dat iedere zorgaanbieder een regeling voor de behandeling van klachten dient te hebben.

### *Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)*

Op 1 juni 1996 is de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen in werking getreden. De wet regelt de medezeggenschap van patiënten en cliënten van een organisatie via het bestuur en via een cliëntenraad. De wet regelt onder meer de oprichting van een cliëntenraad in organisaties en de openbaarheid voor cliënten van relevante stukken zoals jaarverslag en klachtenreglement.

### *Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)*

De Wet bescherming persoonsgegevens is op 1 september 2001 in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet persoonsregistraties (WPR). De WBP geeft aan wat de rechten zijn van iemand van wie gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van de instanties of bedrijven die gegevens gebruiken. Een aantal bepalingen in de WBP is nader uitgewerkt in besluiten.

### *Arbeidsomstandighedenwet (Arbo-wet)*

De Arbo-wet dateert van 1999. Deze wet geeft bepalingen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden en kent het toepassingsgebied van werkgever en werknemer. De werkgever dient een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid te voeren.

### *Wet verbetering poortwachter*

De Wet verbetering poortwachter is op 1 april 2002 in werking getreden en bevat een complex van maatregelen om de werknemer die na 1 april 2002 uitvalt eerder en effectiever te begeleiden naar werk. Zowel de werkgever als de werknemer dienen daartoe meer activiteiten te ontplooiën dan voorheen. De activiteiten worden getoetst door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). De werkgever dient zich voor meer zaken verplicht te laten ondersteunen door de Arbo-dienst. De invoering van de Wet verbetering poortwachter moet dus tot een aanpassing van de contracten met de Arbodiensten leiden.

### *CAO Welzijn*

Voor het Algemeen Maatschappelijk Werk is de CAO Welzijn van toepassing. In de CAO staan afspraken over: medezeggenschap, beoordelingsregeling en opleidingseisen/-indicaties.

### *Wet op de ondernemingsraden*

Medezeggenschap van personeel is geregeld in de Wet op de ondernemingsraden en in artikel 24 van de CAO. De samenstelling, de wijze van instellen en de bevoegdheden van een ondernemingsraad zijn hierin geregeld.

### *Wet SAMEN*

De gewijzigde Wet stimulering arbeidsdeelname minderheden (Wet SAMEN) is op 1 januari 1998 in werking getreden. De Wet SAMEN is bedoeld als ondersteunend instrument op het niveau van individuele ondernemingen bij het voeren van multicultureel personeelsbeleid en dient een bijdrage te leveren aan het bereiken van een evenredige arbeidsmarktpositie van etnische minderheden.

## **2. Kwaliteitsbepalingen vanuit het perspectief van de financier**

### *De Welzijnswet*

De organisaties voor AMW worden gefinancierd volgens richtlijnen uit de Welzijnswet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het beleid inzake het uitvoerend werk.

## **3. Kwaliteitsbepalingen vanuit het perspectief van de cliënt/ consument**

In 'De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief' (herdruk 2000) staan de algemene kwaliteitscriteria van de NPCF die van toepassing zijn op alle zorgvoorzieningen. De criteria in de brochure zijn geordend aan de hand van de hoofdstukken Vakbekwaamheid, Informatie, Bejegening, Steun, Zelfstandigheid, Organisatie, Accommodatie en Evaluatie. Na een inleidende tekst over het onderwerp volgt een opsomming van de desbetreffende kwaliteitscriteria.

## **4. Kwaliteitsbepalingen vanuit het perspectief van de koepelorganisatie**

Kwaliteitseisen en richtlijnen ten aanzien van de kwaliteitssystemen voor het AMW, verwoord in protocollen, richtlijnen en standaarden voor professioneel handelen.

*Afgewogen, kwaliteitsnormen voor de organisatie van hulpverlening bij organisaties voor maatschappelijk werk (1995)* In deze publicatie staan kwaliteitsnormen in de vorm van toetsbare kwaliteitscriteria verdeeld over de rubrieken organisatie, medewerkers, materiele ondersteuning en

hulpverlening. Het is bedoeld voor een structurele en systematische ontwikkeling van kwaliteitszorg binnen organisaties.

*Aangeboden: diensten van het maatschappelijk werk (1997)*

Deze publicatie geeft een praktische productformulering en is een bruikbaar instrument voor de contacten met financiers over financieringswijze, kostprijzen en inhoud van het hulp- en dienstverleningspakket. De publicatie bevat tevens een modelofferte en een modelovereenkomst.

*Afgesproken: protocollen voor kwaliteitszorg in het maatschappelijk werk (1998)*

Dit 'voorbeeldprotocollenboek' geeft informatie over protocollen en protocolgebruik. In het boek zijn een handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en drie basisprotocollen opgenomen.

*Klachtrechtreglement AMW (juli 1997)*

Het klachtrechtreglement sectie Algemeen Maatschappelijk Werk voldoet aan de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, waaronder het AMW valt.

*Informatiemodel AMW (2000)*

Het Informatiemodel AMW uit 1993 is bijgesteld en uitgegeven in januari 2000. De structuur van het algemeen maatschappelijk werk is vertaald in een systematiek van informatievoorziening in en over het AMW.

*Gegevenswoordenboek AMW, cliënt en hulpverlening (2000)*

Het Gegevenswoordenboek maakt deel uit van het Informatiemodel AMW.

## **5. Kwaliteitsbepalingen vanuit de beroepsorganisatie**

De Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) is houder van diverse beroepsdocumenten, waarvan de volgende (ook) van toepassing zijn op het AMW.

*Beroepsregister van maatschappelijk werkers (2001)*

De Stichting Beroepsregister van Maatschappelijk Werkers, opgericht in 1990, streeft naar het waarborgen van de beroepskwalificaties van maatschappelijk werkers. Met het beroepsregister van maatschappelijk werkers toetst en stimuleert de NVMW de professionele kwaliteit van de maatschappelijk werkers. De uitgave geeft een toelichting op de achtergrond en de werking van de systematiek van het beroepsregister van maatschappelijk werkers.

*Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker (10e herziene druk, 1999)*

In het beroepsprofiel worden de kwalificaties van maatschappelijk werkers uiteengezet. Naast de plaatsbepaling is er aandacht voor taken en methoden, voor de bekwaamheid van de maatschappelijk werker en voor het werkveld en de organisatie.

*Beroepscode voor de maatschappelijk werker (1999)*

In de beroepscode zijn professionele waarden en normen vastgelegd waaraan de uitoefening van het beroep gebonden is.

*Het HKZ Harmonisatiemodel*

In de rubricering van het HKZ Harmonisatiemodel is onderscheid gemaakt tussen het primaire proces (rubrieken 1, 2, en 3) en de secundaire (ondersteunende) processen (rubrieken 4 t/m 9). Het primaire proces loopt van de vraag van de cliënt, via uitvoering (daadwerkelijke verlening van de zorg) tot en met evaluatie en nazorg. Voor het effectieve verloop van het primaire proces is ondersteuning nodig van de secundaire processen zoals beschreven in de rubrieken 4 t/m 9.

### *Primair proces staat centraal*

Specifieke kenmerken van zorg- en welzijnssectoren zijn:

- de individuele relatie tussen aanbieder en cliënt;
- de betrokkenheid van de cliënt bij de totstandkoming van de hulp- of dienstverlening;
- de afhankelijkheidspositie waarin de cliënt verkeert ten opzichte van de aanbieder;
- de bijzondere relatie tussen het proces van behandeling en het resultaat bij de cliënt en het feit dat deze relatie wordt bepaald door de behoefte van de cliënt meer dan door de vraag;
- de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener in de zorg- en dienstverlening.

Het bovenstaande verklaart de bijzondere aandacht die het HKZ Harmonisatiemodel schenkt aan het primaire proces. Dat proces heeft een cyclisch karakter en kan zich steeds, geheel of gedeeltelijk, herhalen. Dit houdt in dat feedback op het interne kwaliteitsmanagementsysteem gewaarborgd moet zijn. Enerzijds dienen gedurende het primaire proces corrigerende maatregelen te worden genomen, anderzijds dient het mogelijk te zijn om op basis van nieuwe inzichten preventieve maatregelen toe te passen. Het doel is verbetering van de hulp- en dienstverlening aan individuele cliënten.

Daarnaast wordt binnen het primaire proces het waarborgen van drie aspecten in het bijzonder van belang geacht:

- de professionele verantwoordelijkheid, het professioneel handelen: deze aspecten komen tot uiting in het werken op basis van protocollen, richtlijnen, e.d. conform de stand der wetenschap, en moeten gedurende het gehele primaire proces worden bewaakt;
- communicatie: hulp- en dienstverlening is bij uitstek mensenwerk; een goede aansturing en motivering van het personeel is essentieel en vereist een voortdurende en gestructureerde communicatie, zowel tussen de hulpverleners onderling als tussen hulpverleners en cliënten;
- registratie/rapportage: gedurende het primaire proces is het van wezenlijk belang dat de verleende hulp/dienst voortdurend kan worden geëvalueerd en bijgesteld; dit vereist een voortdurende registratie/rapportage van het handelen en van de resultaten hiervan.

De rubrieken van het primaire proces (1 t/m 3) omvatten deze drie aandachtsgebieden. De thema's in deze rubrieken hebben betrekking op de directe interactie tussen dienstverlener en cliënt (bijv. intakegesprek, informatie aan de cliënt, dienstverlening en behandeling van individuele klachten). De thema's in de overige rubrieken (4 t/m 9) zijn alle thema's die ten dienste staan van de uitvoering van het primaire proces. Dat wil zeggen dat het voldoen aan de normen in deze rubrieken een aangelegenheid op organisatieniveau is. Deze zaken moeten als het ware op orde zijn voordat een individuele cliënt zich aandient (voorbeelden: visie op hulp- en dienstverlening, aanbod van producten, deskundig personeel, klachtenreglement, apparatuur in orde, materialen ingekocht, de administratieve processen ingericht en operationeel, etc.).

### **Samenvatting van de rubrieken in het certificatieschema**

#### *rubriek 1*

In deze rubriek staan de eisen met betrekking tot de aanmelding/intake, indicatie en diagnosestelling. Bijvoorbeeld de informatieverstrekking aan de cliënt, het bepalen en afstemmen van de hulpvraag, het eventueel verwijzen naar een andere instelling. De essentie is het verzamelen van gegevens en het maken van afspraken, opdat een goede start van de hulp- en dienstverlening mogelijk is.

#### *rubriek 2*

Deze rubriek omvat de uitvoering van de hulp- en dienstverlening inclusief de tussentijdse evaluatie van het begeleidingsplan. Hierbij worden eisen gesteld aan het methodisch, systematisch en professioneel handelen, het handelen volgens privacyrichtlijnen, richtlijnen voor hygiëne, etc.

### *rubriek 3*

In rubriek 3 staan de eisen voor het evalueren en bijstellen van de hulp (zoals vastgelegd in het begeleidingsplan), maar ook de klachtenbehandeling en het signaleren van afwijkingen in de hulp- en dienstverlening. De essentie van deze rubriek is het verzamelen van feedback en gegevens zodat de hulp- en dienstverlening aan de cliënt bijgesteld kan worden.

De rubrieken 1, 2 en 3 vormen tezamen het primaire proces. Een cyclisch proces dat niet eenmaal, maar verscheidene malen doorlopen kan worden. Binnen het primaire proces staat steeds een individuele cliënt centraal. Wanneer in rubriek 3 bijvoorbeeld staat dat klachten worden afgehandeld volgens de richtlijnen, moet aangetoond kunnen worden dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Dat er een klachtenregeling is die voor alle cliënten geldig en toegankelijk is en die bekend is bij de medewerkers, is een verantwoordelijkheid van het management. Daarom is het onderwerp 'klachten' ook terug te vinden in rubriek 4 (beleid en organisatie).

### *rubriek 4*

In deze rubriek wordt het kwaliteitsmanagementsysteem zichtbaar. Hier staan alle eisen die worden gesteld aan het beschrijven van de organisatie in structuren, functies en processen. Aan de orde komen: beleid, doelstellingen, planning, uitvoeren van het plan, bewaken en meten, analyseren van de gegevens en gebruik van deze analyses om de hulp- en dienstverlening te verbeteren. Tevens zijn vereiste regelingen zoals het klachtenreglement en het privacyreglement opgenomen.

### *rubriek 5*

Personeel is binnen de hulp- en dienstverlening een kritische factor. Kwaliteit van de hulp- en dienstverlening staat of valt met de kwaliteit (en de kwantiteit) van de uitvoerenden. In deze rubriek zijn de eisen geformuleerd waar de organisatie aan moet voldoen ten aanzien van personeelsbeleid, werving en selectie, het formuleren van benodigde bekwaamheden, het voorzien in de benodigde deskundigheidsbevordering, etc.

### *rubriek 6*

Iedere organisatie heeft te maken met veranderingen. Maatschappelijke veranderingen, maar ook veranderingen door wijziging van wet- en regelgeving, of technisch-inhoudelijke ontwikkelingen. Op basis van deze ontwikkelingen, op basis van eigen of door derden uitgevoerd onderzoek, op basis van ideeën om de hulp- en dienstverlening te verbeteren of op basis van nieuwe inzichten verandert de hulp- en dienstverlening. In deze rubriek zijn eisen geformuleerd die worden gesteld aan de organisatie om 'bij te blijven'. Wanneer er verbeteringen worden aangebracht in de hulp (wanneer het hulpverleningsproces verandert) moet dit beheerst plaatsvinden. Eisen die hieraan gesteld worden, zijn ook in deze rubriek terug te vinden. Ten slotte zijn eisen geformuleerd die aan het ontwerpen en ontwikkelen van geheel nieuwe producten of diensten worden gesteld. Het gaat hier bijvoorbeeld om nieuwe, experimentele behandelingen of zorgvormen.

### *rubriek 7*

In rubriek 4 wordt als eis gesteld dat het management middelen beschikbaar stelt. In rubriek 7 wordt dit verder uitgewerkt. Eisen voor het onderhoud van gebouwen, apparatuur en materialen, maar ook de opslag van hulpverleningsplannen, de toegankelijkheid van privacygevoelige gegevens, het omgaan met eigendom van de cliënten, distributie en eventuele kalibratie van de meetapparatuur staan hier beschreven.

### *rubriek 8*

Een organisatie kan niet volledig selfsupporting zijn. Zij heeft andere bedrijven en instellingen nodig. Bijvoorbeeld om producten, diensten of personeel van te betrekken. De keuze van deze producten, diensten of medewerkers kan direct van invloed zijn op de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening. Het is dus zaak om dit goed te beheersen. In rubriek 8 staan hiervoor de eisen geformuleerd. Bijvoorbeeld: leveranciers moeten worden geselecteerd en beoordeeld: kunnen zij datgene leveren wat u als klant wilt? Ook moeten de eisen die aan de producten/diensten of het personeel worden gesteld, worden omschreven en bij levering worden gecontroleerd.

### *rubriek 9*

Uiteindelijk omvat een totaal kwaliteitsmanagementsysteem vele afspraken, die worden vastgelegd in procedures, richtlijnen, protocollen, werkinstructies en allerhande andere documenten. Ook worden er allerlei registraties bijgehouden. Wanneer deze vastlegging ontbreekt, zal het systeem alleen in de hoofden van een (beperkt) aantal medewerkers bestaan. Dit werkt transparantie, eenduidigheid en overdraagbaarheid tegen. Hoe groter de organisatie, hoe meer behoefte er is om afspraken vast te leggen opdat zij eenduidig kunnen worden gehanteerd. De wijze waarop deze afspraken worden vastgelegd (in een procedure, notulen van vergaderingen, memo's, etc.), bepaalt de organisatie voor het grootste deel zelf. Slechts op een beperkt aantal plaatsen in de norm wordt specifiek om een procedure gevraagd. In rubriek 9 staan de eisen die aan de documentatie van het systeem worden gesteld.

In het rapport wordt uitgebreid ingegaan op de relatie van HKZ met ISO9001. Daarbij wordt onder andere door de auteurs opgemerkt dat HKZ-certificatieschema's compatibel zijn met de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen: ISO 9001. Dat wil zeggen dat in de HKZ-schema's alle normen uit de ISO 9001 zijn opgenomen, waar mogelijk in een formulering die aansluit bij de sector.



*Op weg naar certificering.....*

*Taken en beroepskwalificaties van de psychiatisch maatschappelijk werker*

H. Oosterik, E. Bosmans, S. Timmer

NVMW, Utrecht (1997)

Ten behoeve van het onderzoek is de doelstelling als volgt geformuleerd:

'De formulering van een specifiek kwalificatieprofiel voor de psychiatisch maatschappelijk werker'

Dit profiel bevat de beroepskwalificaties voor de psychiatisch maatschappelijk werker.

Aan deze doelstelling zijn door de auteurs de volgende onderzoeksvragen verbonden:

- Wat zijn de specifieke taakgebieden voor het psychiatisch maatschappelijk werk?
- Welke deeltaken zijn per taakgebied te onderscheiden?
- Welke methodische competenties moet een psychiatisch maatschappelijk werker bezitten om de taken te kunnen verrichten?
- Welke beroepskwalificaties moet men aan psychiatisch maatschappelijk werkers verbinden, uitgaande van het takenprofiel?

### **Resultaten uit het vooronderzoek**

Het vooronderzoek heeft zich voornamelijk toegespitst op projecten die zich richten op de profilering van het maatschappelijk werk. In het bijzonder ging de aandacht uit naar verschillende categorisering van taakgebieden binnen het maatschappelijk werk, omdat deze taakgebieden als vertrekpunt genomen zouden worden voor het opstellen van het kwalificatieprofiel. Hierbij is door de onderzoekers achtereenvolgens nagegaan welke categorisering gehanteerd werden in het Beroepsprofiel van de Maatschappelijk Werker, in het door de Stuurgroep Beroepenstructuur geschreven beroependomeinprofiel voor de maatschappelijke dienstverlening (Hens, 1996) en het Landelijk Studierichtingsoverleg MWD kwalificaties voor de beginnende maatschappelijk werker. Een laatste voorbeeld dat zij aanhalen betreft een indeling in taakgebieden gevonden bij de kwaliteitsstandaarden voor de procesmatige-begeleiding in het AMW. Deze zijn ontwikkeld ten behoeve van instellingsgebonden intercollegiale toetsing (Oostrik, 1994).

Als conclusie uit het vooronderzoek is ten behoeve van de tweede onderzoeksronde gekozen voor een enquête, waarin met betrekking tot het categoriseren van de taken is uitgegaan van het proces van de hulpverlening met een aantal daarin te onderscheiden fasen. Deze keuze kwam tot stand op grond van de overweging dat het kwalificatieniveau van mensen die uitstromen uit het HBO-MWD tot nu toe geïndiceerd wordt door bekwaamheden die verbonden zijn met taken in de verschillende fasen van het hulpverleningsproces. Hierbij aansluitend is vervolgens gevraagd naar de kwalificaties die nodig zijn om als psychiatisch maatschappelijk werker te functioneren.

### **Resultaten uit de enquête**

Specifiek voor het psychiatisch maatschappelijk werk werd in het panel van maatschappelijk werkers vooral de nadruk gelegd op het sociaal maatschappelijke model. Daaronder wordt verstaan:

- de aandacht voor de sociale context van de problematiek;
- het betrekken van het sociale netwerk bij de hulpverlening;
- het vervullen van een brugfunctie tussen familie c.q. systeem en de cliënt.

Het panel van de werkgevers benadrukte dat de psychiatisch maatschappelijk werker weliswaar bij de behandeling betrokken dient te zijn, maar altijd 'onder eindverantwoordelijkheid van een medicus'. Daarin moet de psychiatisch maatschappelijk werker vooral zorgen voor de wisselwerking tussen cliënt en de relevante omgeving. Ook zou meer aandacht voor de kerntaak 'signalering' moeten zijn. Uit het verzamelde materiaal van de enquête zijn conclusies getrokken met betrekking tot een zevental clusters die voor dat moment als voorlopige taakgebieden werden aangeduid:

### *1. Onderzoek van de cliëntsituatie*

Onder de maatschappelijk werkers blijkt met betrekking tot onderzoek en diagnosestelling een grote eensgezindheid te bestaan over de nadruk die de psychiatisch maatschappelijk werker moet leggen op de sociale context van de problematiek. Als methoden van onderzoek noemden de panels: milieu-onderzoek, een schets van de psychosociale situatie met de sterke en zwakke kanten van zowel individu als omgeving, sociale netwerkanalyse, sociale diagnostiek.

### *1. Organisatie van de hulpverlening*

Door sommige maatschappelijk werkers werd de psychiatisch maatschappelijk werker een taak toegedicht bij de organisatie van het hulpverleningsnetwerk. In dat verband wordt ook gesproken van 'casemanagement'. Voor anderen, met name werkgevers, is dit niet zo belangrijk of zelfs geen taak voor het psychiatisch maatschappelijk werk. De discussie over de beoordeling of het een functie betreft of een methode (of allebei) leidde niet tot éénstemmigheid. In verband met het organiseren van de hulpverlening wordt het samenwerken in een multi-disciplinair team door alle respondenten als een grote vanzelfsprekendheid ervaren.

### *2. Veranderingsgerichte interventies in de hulpverlening*

De panels spreken in dit verband bij voorkeur over 'behandeling', waarbij ook hier de nadruk valt op een 'sociaal-maatschappelijk model' voor de behandeling.

### *3. Ondersteunende interventies in de hulpverlening*

In dit geval spreken de panels bij voorkeur over 'begeleiden'. Daarbij denkt men aan het onderhoud van sociale netwerken en aan psycho-educatie.

### *4. Bejegening van het cliëntsysteem*

Als specifiek voor de houding van psychiatisch maatschappelijk werkers benadrukt men vooral dat maatschappelijk werkers de problemen voortdurend in een maatschappelijke context plaatsen en dat zij emancipatoir werken.

### *5. Afsluiting van de hulpverlening*

In dit verband besteden de panels aandacht aan een aparte taak voor de psychiatisch maatschappelijk werker betreffende de nazorg. Uit de antwoorden blijkt dat men hier verschillend over denkt. Enkelen zijn daar uitdrukkelijk vóór. Anderen achten het niet de taak van het psychiatisch maatschappelijk werk.

### *6. Signalering*

Alle respondenten zijn het erover eens dat er specifieke signalen bestaan waar psychiatisch maatschappelijk werkers aandacht aan moeten besteden. Bovendien is men van mening dat signalering meer en beter dient te gebeuren.

Ten behoeve van de groepsgesprekken met de panels van maatschappelijk werkers en werkgevers in de GGZ in de derde onderzoeksrunde zijn bij de aldus onderscheiden taakgebieden discussiepunten geformuleerd.

## **Resultaten uit de derde ronde**

### *Maatschappelijk werkers*

Met betrekking tot de taak 'onderzoek van de cliëntsituatie' werd verwezen naar de methode-Baars, de sociale netwerkanalyse (Baars c.s., 1990). Dit bleek een belangrijke methode om de sociale context van cliënt en problematiek in beeld te brengen. Van een aantal levensgebieden worden daarbij zowel de materiële als de immateriële aspecten aan de problematiek benoemd.

In het gesprek is vervolgens enige aandacht besteed aan de methode van het vraaggesprek en de gespreksvoering van de maatschappelijk werker. Naast het doorvragen met betrekking tot problemen (achtergronden, levensloop), gaat het daarbij om het kunnen re-labelen of heretiketteren, de ervaringen in een ander denkkader kunnen plaatsen. De bedoeling daarvan is niet alleen dat men in de hulpverlening een andere kijk op de situatie verwerft, maar ook dat men als hulpverlener kan ontdekken wat iemands draagkracht en draaglast is. De kracht van het maatschappelijk werk in gesprekken is dat men kan 'counselen'. Hiermee wordt vooral bedoeld dat men in het gesprek steeds aansluiting zoekt bij wat een cliënt wil zeggen, dat men de gelijkwaardigheid in het gesprek blijft benoemen en de cliënt laat bepalen wat hij/zij aan de orde wil stellen en wat niet. Wat het psychiatrisch maatschappelijk werk onderscheidt van andere disciplines is volgens de maatschappelijk werkers zelf vooral de materiële hulpverlening. Materiële hulpverlening specifiek aan cliënten, die meestal in complexe sociale situaties leven en dikwijls niet gemotiveerd zijn voor de hulpverlening. Benadrukt wordt dat deze materiële hulpverlening niet alleen bestaat uit het oplossen van bijvoorbeeld financiële problemen. Deze vorm van hulpverlening bestaat voornamelijk uit het helpen en ondersteunen van cliënten om hen te leren zelf hun financiën adequaat te beheren. De psychiatrisch maatschappelijk werker sluit daarbij vooral aan bij actuele problematiek. Juist als klachten ingrijpend zijn, moet eerst in de dagelijkse situatie van de cliënt ruimte geschapen worden om tot een therapeutische behandeling te kunnen overgaan. Deze vorm van hulpverlening bestaat uit de ondersteuning en begeleiding die geleverd worden, opdat de cliënt en zijn/haar omgeving min of meer met de ontstane problematiek om kunnen gaan. Dergelijke hulpverlening omvat drie elementen. Allereerst maakt men een inschatting van de ernst van de zaak en beoordeelt wat prioriteit heeft. In de tweede plaats helpt men bij het ontrafelen van de problematiek ('lucht verschaffen') en de zaken op een rij zetten. En tenslotte ondersteunt men door het dagelijks leven van de cliënt en zijn omgeving te structureren. Met betrekking tot de bijpassende hulpverleningsmethodiek beschouwt de maatschappelijk werker zich als een generalist. Iemand die in het bezit is van een gereedschapskoffertje, waarin hij verschillende 'tools' heeft om in de complexe situatie adequaat te kunnen handelen. Wat de bejegening van cliënten betreft leggen maatschappelijk werkers vooral het accent op het belang van een seksespecifieke kijk op mensen en hun problemen. Tevens benadrukken zij het belang van hun manier van onderhandelen: uitleggen wat je doet, mogelijke alternatieven uitleggen en afspraken maken. Signalering, het opvangen van signalen op zowel micro-, meso- als macroniveau, wordt als zeer belangrijk gezien. Men heeft echter bedenkingen bij het effectief maken ervan. Daarvoor lijken nog nauwelijks goed functionerende systemen te bestaan.

### *Werkgevers*

Opvallend in het panelgesprek van de werkgevers is de sterke nadruk die gelegd werd op de materiële hulpverlening en de sociale dienstverlening. Keer op keer werd benadrukt dat juist dit vooral de taak van het psychiatrisch maatschappelijk werk diende te zijn. Men zag daarbinnen ook wel immateriële kanten, maar die zouden vooral de storingen betreffen die door de psychische ziekte konden optreden. De tijd dat het psychiatrisch maatschappelijk werk ook min of meer als psychotherapeut kon werken diende voorbij te zijn, zo werd uitdrukkelijk gesteld. Volgens het panel van werkgevers is therapeutische behandeling de taak en verantwoordelijkheid van medici en psychotherapeuten. Het werken in een multidisciplinair team werd in dit verband ook als belangrijk genoemd. Want alleen vanuit van een multidisciplinair team en onder verantwoordelijkheid van de behandelaar, mag de psychiatrisch maatschappelijk werker volgens dit panel ook veranderingsgericht werken. En daarbij hoeft zelfs niet altijd materiële problematiek het enige te zijn. Daarbij vonden zij, dat het psychiatrisch maatschappelijk werk ook altijd moet letten op de sociale aspecten aan psychiatrische en psychische problematiek. Wat men in het werkgeverspanel ook belangrijk achtte is dat psychiatrisch maatschappelijk werkers meer dan de andere disciplines hebben geleerd te counsellen, gezinsgesprekken voeren en aan psycho-educatie doen. "Maar het mag onder geen beding als therapie verstaan worden!"

Casemanagement of zorgcoördinatie, in de zin dat men verantwoordelijk is voor het afstemmen van de verschillende behandelvormen, werd door de werkgevers eerder als een taak voor verpleegkundigen ervaren. Het zou wel kunnen passen bij het psychiatrisch maatschappelijk werk, mits het niet als functie maar als methode zou worden gezien. Volgens het werkgeverspanel moet het maatschappelijk werk, juist vanuit hun sociaal-maatschappelijke optiek, ook een functie hebben bij de toekomstige onafhankelijke indicatiestelling. Ook signalering werd belangrijk gevonden. "Juist dat politiseren, dat maatschappelijk uitdagen, de wantoestanden aan de orde stellen, dat is heel belangrijk." Signalering moet de aansluiting zoeken tussen de hulpverlening aan individuele cliënten en de sociale politiek. Het moet een manier zijn, zoals een panellid het formuleerde, "...waarmee men de machtigen voor de onmachtigen interesseert...".

### **Resultaten uit de vierde ronde**

Doel van het tweede groeps gesprek (de vierde ronde), waarvoor zowel maatschappelijk werkers als werkgevers werden uitgenodigd, was het bereiken van de hoogst mogelijke consensus over het conceptprofiel van het psychiatrisch maatschappelijk werk. Als aanzet tot de discussie werd gebruik gemaakt van een ruwe versie van het profiel dat op basis van het materiaal tot dan toe was ontworpen. Over het geheel genomen konden de panelleden zich goed vinden in het voorgelegde conceptprofiel. Het weersprak niet wat in de voorafgaande gespreksrondes aan de orde was geweest. Tevens gaf het duidelijk weer waar het psychiatrisch maatschappelijk werk voor staat, vooral wat betreft de taakgebieden en methodische aspecten. Veel discussie werd gewijd aan de vraag of een psychiatrisch maatschappelijk werker in de praktijk ook (therapeutisch) behandelt of dat dit geheel en al voorbehouden is aan erkende therapeuten. Veel maatschappelijk werkers vonden dat zij (ook) behandelen, terwijl de werkgevers van mening waren dat dit niet het geval mag zijn en dat zij zich dienen te beperken tot begeleiding. De begrippen 'behandeling' en 'begeleiding' bleken in de discussie niet altijd even helder gebruikt te worden. Bovendien vond men het, zoals een deelnemer het uitdrukte, "...minder een inhoudelijke maar vooral een 'politieke' discussie over wie de macht en de verantwoordelijkheid heeft in de hulpverlening.". Een conclusie uit dit gesprek was om bij het uiteindelijke profiel een toelichting of preambule op te nemen met betrekking tot de achtergronden bij de discussie over 'behandelen' en 'begeleiden' en daar uit te leggen waarom het beter is om deze termen niet in het profiel te gebruiken. Hetzelfde gold voor een andere conclusie, namelijk dat het beter is geen scheiding aan te brengen tussen materiële en immateriële hulpverlening, maar om juist de samenhang te benadrukken. Vanuit de optiek van het psychiatrisch maatschappelijk werk gaat het er juist om dat de cliënten en hun omgeving leren omgaan, met zowel bijvoorbeeld problemen als een trauma als met financiële problematiek. Alle hulpverlening door maatschappelijk werkers, of het nu gaat om psychische, psychosociale of materiële problematiek, is gericht op de versterking van iemands sociale competenties. Dit betekent dat iemand geholpen wordt om in zijn dagelijkse leven min of meer zelfstandig te kunnen functioneren. De panels waren van mening dat de taakgebieden van het psychiatrisch maatschappelijk werk zich niet perse hoeven te onderscheiden van maatschappelijk werk in andere werksettings. De taakgebieden van de psychiatrisch maatschappelijk werker moeten wel te onderscheiden zijn van die van andere disciplines in de GGZ. De beroepskwalificaties die in dit kwalificatieprofiel genoemd worden moeten wél onderscheidend zijn van maatschappelijk werkers in andere werksettings. Ze hoeven niet te onderscheiden zijn van kwalificaties van andere disciplines in de GGZ. De psychiatrisch maatschappelijk werker moet zich vooral door specifieke bekwaamheden onderscheiden van maatschappelijk werkers in andere werksectoren. Juist met betrekking tot dit laatste gedeelte behoefde het profiel nog de nodige aanvullingen. Daarom werd het laatste gedeelte van dit panelgesprek besteed aan het gezamenlijk opsommen van juist deze specifieke bekwaamheden.

## **Resultaten uit de vijfde ronde**

In de vijfde onderzoeksrunde, waar wederom het panel van werkgevers en maatschappelijk werkers voor werd uitgenodigd, is een 'definitief' concept van een kwalificatieprofiel voorgelegd. Over het concept bestond in beide panels algemene instemming en grote waardering. Naast dit enthousiasme werden nog enkele kanttekeningen gemaakt bij de kenmerken van de arbeidsomgeving van het psychiatrisch maatschappelijk werk. Met name benadrukte men dat het profiel niet alleen onderscheidend moest zijn ten opzichte van het beroep van psychotherapeut, maar ook ten opzichte van het beroep sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

## **Conclusies met betrekking tot de te gebruiken begrippen**

Met betrekking tot de positie van het psychiatrisch maatschappelijk werk spelen enkele discussies een dominante rol. De belangrijkste komen hier aan de orde en daaruit worden conclusies getrokken over hoe men in het ontworpen kwalificatieprofiel met dergelijke vraagstukken dient om te gaan.

## **Behandelen en begeleiden**

In de discussie over de positie van het psychiatrisch maatschappelijk werk gaat het dikwijls om de vraag of en in hoeverre deze enkel begeleidt of ook behandelt. In eerste instantie lijkt het bij de begrippen 'behandelen' en 'begeleiden' te gaan om een neutraal onderscheid in methodisch handelen. In de discussie over de definiëring van begeleiding en behandeling is echter meer aan de hand. Het is namelijk tevens een discussie tussen verschillende belangen: over wie de behandelaar is en wie bijgevolg de uiteindelijke verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid heeft ten aanzien van de hulpverlening. Daardoor lijkt het behandelen, hoe het verder ook wordt ingevuld, een hogere status te krijgen dan het begeleiden. Hulpverleners, zoals de psychiatrisch maatschappelijk werkers, die in hun methodisch handelen wel degelijk veranderingsgericht werken (zoals men het behandelen veelal definieert), reageren daarop defensief. Zij ervaren een definitie van hun functie in termen van begeleiding als een diskwalificatie van hun werk. Op deze manier ontstaat er vaak, zoals een van de panelleden in het onderzoek het uitdrukte, "...een semantische discussie over definities, die inhoudelijk absoluut niet interessant is". Veel hangt af van de wijze waarop een multidisciplinair behandelteam in de praktijk werkt. Het lijkt per definitie mis te gaan, wanneer men de juridische positie van eindverantwoordelijk behandelaar ervaart als 'in opdracht van de psychiater' werken. Maar in een behandelteam van professionals zal ieder een relatieve autonomie bezitten, zeker als men duidelijk is over de mogelijkheden en grenzen van de eigen bijdrage. Om deze redenen vermijdt dit profiel de begrippen 'behandeling' en 'begeleiding'.

## **Materiële en immateriële hulpverlening**

Veel psychiatrisch maatschappelijk werkers hebben zich ontwikkeld tot hulpverleners die zich vooral richten op de immateriële kant van problemen. Daarmee lijkt de onlosmakelijke samenhang tussen materiële en immateriële aspecten van de problematiek, een traditioneel belangrijk uitgangspunt van het social casework, in de praktijk losgelaten. Nu men van verschillende kanten, niet in het minst door de ontwikkelingen in de samenleving zelf, de nadruk weer legt op de materiële aspecten van de problematiek, neigen veel maatschappelijk werkers dat als een diskwalificatie te ervaren. Dit gaat voorbij aan de kans om beide aspecten weer met elkaar in evenwicht te brengen. Dit is een belangrijke reden waarom dit kwalificatieprofiel niet het onderscheid gebruikt tussen materiële hulpverlening en immateriële hulpverlening. Juist de samenhang tussen beide wordt benadrukt.

## **Werken met de individuele cliënt en de omgeving**

Ook in het werken met cliënten speelt een vergelijkbare ontwikkeling. De samenhang tussen individuele hulpverlening en maatschappelijke verandering was een van de uitgangspunten van het klassieke social casework. Maatschappelijk werkers hebben zich in veel gevallen ontwikkeld tot een hulpverlener die vooral oog heeft voor eigenschappen en de persoon van de individuele cliënt. De

aandacht in de hulpverlening voor de maatschappelijke situatie van cliënten en voor de mogelijkheden van maatschappelijke verandering lijkt daarmee minder te worden. Hoewel direct vermeld moet worden dat in de psychiatrie altijd al veel aandacht is geschonken aan bij voorbeeld milieu-onderzoek. Ook de systemische benadering van het methodisch handelen in de hulpverlening heeft er veel weerklank gevonden. Deze benadering biedt aanknopingspunten om, uitgaande van het cliëntensysteem, de onderlinge samenhang van individuele draagkracht en draaglast en de mogelijkheden die in de directe relevante omgeving van een cliënt aanwezig zijn te bewaren en te benutten. Het kwalificatieprofiel probeert de samenhang tussen de individuele en de sociaal-maatschappelijke kanten aan de problematiek te bewaren en de methodiek van het maatschappelijk werk te beschrijven als eenheid van individuele hulp en vertaling naar maatschappelijke structuren.

In hoofdstuk 5 van het rapport wordt door de auteurs eerst nagegaan wat het domein, de uitgangspunten, de doelen en de taakgebieden van psychiatrisch maatschappelijk werk zijn, en welke vier verschillende wijzen waarop PMW'ers de hulp- en dienstverlening realiseren

### **Domein**

Psychiatrisch maatschappelijk werk betreft zowel de ambulante als de residentiële setting. Dit kwalificatieprofiel beschrijft het psychiatrisch maatschappelijk werk in de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), de verslavingszorg, de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ). Met betrekking tot de discipline maatschappelijk werk doen zich binnen het GGZ-domein ingrijpende veranderingen voor. Het samenwerken van de verschillende instellingen binnen multifunctionele eenheden (MFE's) en het daarbij gebruik maken van zorgprogramma's doet wellicht de verschillen tussen het psychiatrisch maatschappelijk werk in de ambulante en in de residentiële setting in de toekomst verdwijnen. Ten aanzien van het maatschappelijk werk als specifieke discipline binnen de RIAGG bestaan nu reeds tekenen dat het aan het verdwijnen is. Een laatste kanttekening tenslotte is dat het psychiatrisch maatschappelijk werk in de verslavingszorg verschilt van die in andere GGZ-instellingen. Hoewel geen eindverantwoordelijk behandelaar treedt de maatschappelijk werker in de verslavingszorg wel voornamelijk als primaire behandelaar op.

### **Uitgangspunten**

Uitgangspunten voor het psychiatrisch maatschappelijk werk zijn de sociale en maatschappelijke kanten van de psychiatrie, zoals:

- Het sociale isolement en het proces van isolering waarin psychiatrisch zieken dikwijls terecht komen door erosie van relaties.
- De onmacht bij cliënten om het dagelijkse leven adequaat voor zichzelf te organiseren.
- De visie dat ziekte, verslaving, schulden maken, en dergelijke ook beschouwd kunnen worden als een manier van leven, als een sociale techniek.
- De complexe, meervoudige problematiek, ofwel de verwevenheid van materiële met immateriële problemen in de sociale situatie van de cliënt.

### **Doelen**

In het kader van het streven naar rehabilitatie, een maximale participatie en, herintegratie van de doelgroep in de samenleving beoogt het maatschappelijk werk:

A) Versterking van de sociale competentie, de zelfredzaamheid van de cliënt.

B) Versterking van het sociale netwerk van de cliënt.

C) Een verbinding te vormen tussen de cliënt en het cliëntensysteem en tussen het cliëntensysteem en het professioneel netwerk.

## **Taakgebieden**

Het concrete hulpverleningsaanbod van psychiatrisch maatschappelijk werkers bestaat uit zes taakgebieden.

### *1. Onderzoek van de sociale situatie*

De psychiatrisch maatschappelijk werker verricht een netwerkanalyse of een milieu-onderzoek, dat de draagkracht en draaglast van de cliënt en zijn relevante omgeving vaststelt (assessment).

De complexe, meervoudige problematiek, ofwel de verwevenheid van materiële met immateriële problemen in de sociale situatie van de cliënt.

### *2. Concrete hulpverlening*

De psychiatrisch maatschappelijk werker verlet diensten met betrekking tot de diverse levensgebieden van de cliënt, zoals het wonen, het werk en financiën. De dienstverlening is gericht op ondersteuning bij de organisatie en structurering van dagelijks leven van de cliënt. Dit wordt ook wel 'stut- en steunfunctie' van het maatschappelijk werk genoemd.

### *3. Begeleiden van (de interacties binnen) het cliëntstelsel*

De psychiatrisch maatschappelijk werker bevordert het gesprek tussen de cliënt en leden van zijn of haar relevante sociale netwerk en tussen leden van het sociale netwerk onderling. Een belangrijk onderdeel daarbij is het leggen van een relatie tussen cliënt en de thuissituatie. Men spreekt in dit verband wel van de 'brugfunctie van het maatschappelijk werk.

### *4. Samenwerken met andere dienstverlenende instanties*

Uitgaande van een grondige kennis van de sociale kaart overlegt de psychiatrisch maatschappelijk werker met (of verwijst naar) andere voorzieningen. Ook bemiddeling ten behoeve van de cliënt behoort tot dit taakgebied van de psychiatrisch maatschappelijk werker.

### *5. Adviseren en informeren*

De psychiatrisch maatschappelijk werker geeft advies en informatie aan zowel de cliënt als het cliëntstelsel met betrekking tot ziekte, handicap, medicatie en mogelijke bijwerkingen, preventie en overige behandelingen (psycho-educatie).

### *6. Signaleren en informeren*

De psychiatrisch maatschappelijk werker is alert op de consequenties van het sociale beleid van de hulpverlening. Hij/zij koppelt deze signalen terug naar het relevante beleidsniveau, te weten:

- het behandelteam met betrekking tot veranderingen in het behandelplan;
- de instelling met betrekking tot het instellingsbeleid van de eigen en van andere instellingen;
- de verantwoordelijke overheden met betrekking tot het overheidsbeleid.

Essentieel bij het gemaakte onderscheid in taken is dat deze alleen goed kunnen worden uitgevoerd in hun onderlinge samenhang. De taakgebieden moeten gezien worden als even zovele aspecten aan de procesmatige begeleiding door de maatschappelijk werker. Dit is steeds gericht op het vergroten van competenties en zelfredzaamheid bij de cliënt, of het daarbij nu gaat om materiële of om immateriële problematiek. In deze zin kan men in alle gevallen spreken van maatschappelijk werk als psychosociale hulpverlening. Dit is een belangrijke reden waarom in de bovenstaande opsomming 'psychosociale hulpverlening' niet als apart taakgebied wordt genoemd.

## **Methodisch handelen**

De komende paragraaf geeft de vier verschillende wijzen waarop psychiatrisch maatschappelijk werkers (de hulp- en dienstverlening) realiseren.

#### *A) Integratieve hulpverlening*

De maatschappelijk werker werkt als generalist. Zij/hij is in staat om in de procesmatige begeleiding verschillende methodische referentiekaders te combineren en deze op de maat van een specifieke cliënt toe te passen. Dit is van oudsher de kern van het social casework. De integratie van methodische werkwijzen in de hulpverlening komt tot stand door in alle situaties zowel vraaggericht, taakgericht als resultaatgericht te werken.

#### *B) Strategische gespreksvoering*

De maatschappelijk werker voert individuele gesprekken, zoals met de cliënt of met instanties, en groepsgesprekken, zoals gezinsgesprekken of met een cliëntengroep. De gesprekken zijn gericht op:

- het ontrafelen van complexe problematiek;
- het 'heretiketteren' van de problematiek;
- het versterken van de sociale competentie (wat kan de cliënt zelf en wat moet er voor hem, door wie gedaan worden?).

#### *C) Groepstraining*

De maatschappelijk werker traint cliënten in groepsverband. Deze trainingen zijn voornamelijk gericht op het aanleren van noodzakelijke sociale vaardigheden.

#### *D) Methodische basishouding*

In het contact met de cliënten kenmerkt de houding van de maatschappelijk werker zich door:

- een 'van-buiten-naar-binnen-kijk' die de individuele problematiek plaatst in een sociale en maatschappelijke context en structurele samenlevingsinvloeden relateert aan de individuele problematiek;
- het benoemen van de gelijkwaardigheid en eigen autonomie van de cliënt;
- een seksespecifieke kijk op het cliëntensysteem;
- een gerichtheid op onderhandelen en afspraken maken met en namens het cliëntensysteem

Vervolgens is een kwalificatieprofiel van de psychiatrisch maatschappelijk werker uitgewerkt. Er volgt een uitwerking van beroepskwalificaties. Daaronder vallen vakinhoudelijke kwalificaties, methodische kwalificaties, organisatorische kwalificaties en sociale kwalificaties (p. 60 – 68)



## \* Literatuur over methodieken en instrumenten

*Handboek Psychosociale Therapie*

*Theorie en praktijk*

R. Bouwkamp, S. de Vries

Academische Uitgeverij Amersfoort (1992)

De auteurs van dit handboek zijn principieel van mening dat iedereen in aanmerking moet kunnen komen voor psychosociale therapie, aangeboden zowel door maatschappelijk werkenden als door psychotherapeuten. Zij hebben daartoe een koppeling aangebracht tussen de expertise uit beide disciplines. Tegelijkertijd proberen zij de 'klassieke' controversen tussen gezinsbehandeling en individuele therapie uit de wereld te helpen. Vanuit een grondhouding die zij omschrijven als 'betrokken rechtstreekse communicatie' ontwikkelen de auteurs een eclecticische, maar minutieus verantwoorde werkwijze, met relatief veel invloeden vanuit het casework, de ervaringsgerichte therapie en de gezinstherapie.

De gepresenteerde basismethodiek is zo generalistisch dat zij bruikbaar is in de eerste, tweede en derde lijn, met name voor het maatschappelijk werk, in de jeugdhulpverlening, de verslavingszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

### **Opbouw van de publicatie:**

#### *Deel I Theorie*

1. Psychosociale problemen
2. Doelen, functie, waarden en taak
3. De individuele behandelstrategie
4. De systeemstrategie
5. Psychosociale therapie
6. Relationele patronen
7. De therapeutische relatie
8. De therapeut

#### *Deel II Praktijk*

9. Aanvangsproblemen
  10. Het hulpverleningsproces
  11. Aanmelding, intake, eerste gesprek
  12. Probleembepaling, probleembespreking
  13. Probleemoplossing
  14. Probleembehandeling
- Vastzitten, afhaken en afsluiten

*Groepswork in het maatschappelijk werk*

Nora van Riet

Van Gorcum/Dekker & van de Vegt, Assen (1997)

Waarden achter het werken met groepen.

Van Riet geeft aan dat het groepswork:

- mensen met soortgelijke moeilijkheden bijeen brengen en hen de mogelijkheid biedt te ontdekken dat anderen aan dezelfde omstandigheden hun moeilijkheden ontlennen;
- biedt een mogelijkheid mensen op meer dan hun cliënt-zijn aan te spreken;
- biedt de deelnemers een mogelijkheid een mogelijkheid om van elkaar te leren.

In het boek zijn de theoretische achtergronden over de groep en over met elkaar omgaan in de groep beschreven. Ten aanzien van het eerste onderwerp wordt o.a. aandacht besteed aan overdracht en projectie, cohesie en groeps cultuur. Ten aanzien van het tweede onderwerp wordt diep ingegaan op communicatie (o.a. pathologische, paradoxale, interculturele, verbale en non-verbale communicatie). Ook wordt stil gestaan bij interactie(structuren) en waarneming van zichzelf en anderen.

Vervolgens gaat Van Riet in op de verschillende rollen van groeps lid en groepswerker, en op het voorbereiden op het werken met groepen.

In het boek worden de verschillende fasen beschreven in groepsontwikkeling:

1. voorstadium van groep-zijn
2. groepsvorming
3. integratie, desintegratie en conflict, herintegratie;
4. bestaan en voortbestaan;
5. afsluitingsfase

Tevens zijn door Van Riet een aantal interventies beschreven.

Allereerst komen een aantal technieken aan de orde: rollenspel, rolomkering of rolwisseling, alter ego of dubbelen. Daarnaast komen het werken met non-verbaal gedrag en non-verbale oefeningen, werken met materiaal (tekenenvoorwerpen), evalueren en tenslotte het geven van feedback aan de orde.

### *Opgelet! Systematisch signaleren in het maatschappelijk werk*

M. Scholte, P. van Splunteren

NIZW, Utrecht (1996)

Signaleren is:

➤ **opvangen en betekenis toekennen**

Signaleren is het opvangen van en betekenis toekennen aan gebeurtenissen binnen en buiten de beroepspraktijk, die de sociale omstandigheden van (potentiële) cliënten negatief kunnen beïnvloeden.

➤ **Gericht op verbetering**

Signaleren is direct dan wel indirect gericht op verbetering van de situatie van (potentiële cliënten).

➤ **Een systematisch proces**

Signaleren is een cyclisch proces dat systematisch uitgevoerd wordt in een aantal stappen:

Stap 1: waarnemen

Stap 2: beslissen

Stap 3: analyseren

Stap 4: beslissen

Stap 5: actie uitvoeren

Stap 6: evalueren

### **Stap 1 verzamelen van signalen**

Signalen zijn gebeurtenissen waarvan u denkt: dat is meer dan een individueel probleem, dat is een structurele tekortkoming van... vul maar in. Zowel binnen als buiten de instelling vangt u signalen op; in samenwerkingsverbanden en overleggen, maar ook via media als televisie, krant en dergelijke.

Is er een signaleringsformulier, of is er een overleg waar u uw signaleringen deponereert, misschien een stafmedewerker die een taak heeft op dit gebied? Nadat u het signaal op de juiste plaats gedeponereerd hebt, is uw taak voorlopig afgerond, tenzij u nadrukkelijk de opdracht krijgt om actie te ondernemen of om de informatie verder te analyseren of om verder te verzamelen. Wanneer er (nog) niets met uw signalering gebeurt, vraag dan naar de argumenten hiervoor. Dat helpt u om in het vervolg gericht te signaleren.

### **Stap 2 beslissen: is verdere analyse noodzakelijk?**

De hiervoor verantwoordelijke persoon in de instelling neemt de beslissing om ten signaal al dan niet verder te onderzoeken. Criteria die hierbij gehanteerd worden zijn:

- In hoeverre raakt dit signaal de kern van het gevoerde beleid?
- Is de frequentie waarmee het signaal opgemerkt wordt reden om het signaal verder te onderzoeken of aan te pakken? Is het signaal dusdanig ernstig of belangrijk dat het op korte termijn aandacht verdient?
- Is het signaal zo concreet dat er meteen actie ondernomen kan worden?
- Is het signaal gemakkelijk te analyseren?

In veel gevallen is het niet nodig om een signaal uitgebreid te analyseren. De actie vloeit logisch voort uit het signaal. In deze gevallen geldt de verkorte procedure: stap 3 vervalt en stap 2 en 4 vallen samen.

### **Stap 3 signalen analyseren**

Er is besloten dat het signaal nog niet helder genoeg is om actie te kunnen ondernemen. Een nader onderzoek van het signaal moet informatie opleveren om het signaal beter in beeld te brengen. Er moet antwoord gevonden worden op verschillende vragen, zoals:

- Wat is het probleem?
- Voor wie is het een probleem?
- Wat is eraan te doen?

Een onderzoek naar signalen vergt onderzoeksvaardigheden. De instelling kan hiervoor hulp van buiten inroepen. Als u betrokken wordt bij het onderzoek zorg dan dat u goed op de hoogte bent wat er van u verwacht wordt.

#### **Stap 4 beslissen: is actie wenselijk en haalbaar?**

Als de analyse geslaagd is, dan is nu helder wat er aan de hand is en moet er beslist worden of er actie nodig is. Binnen de instelling moet hierover op het bevoegde niveau beslist worden. Hiervoor gelden wederom de criteria uit stap 2 aangevuld met de volgende:

- Wat zijn de verandermogelijkheden?
- Hoe zit het met de deskundigheid en affiniteit van medewerkers en samenwerkingspartners?
- Wegen de kosten: tijdsinvestering, geld, negatieve bijeffecten, op tegen de baten: aansluiting op de behoefte, te verwachten effect, maatschappelijk bereik, positieve neveneffecten?

#### **Stap 5 actie uitvoeren**

Vaak zal bij stap 4 al besloten zijn welk type actie geschikt is. Een actie kan bestaan uit het onder de aandacht brengen van het signaal bij derden, het bemiddelen bij of het bekritisieren van gebreken of tekorten, maar het kan ook bestaan uit het starten van een project (al dan niet met samenwerkingspartners), het aanpassen van het aanbod van de instelling, het bijscholen van medewerkers of het lobbyen bij de plaatselijke politiek of de nationale ombudsman, etc.

Voor de voorbereiding en uitvoering van de actie moeten tijd en middelen beschikbaar gesteld worden. Zorg dat er van tevoren goede afspraken over uw aandeel in het geheel gemaakt worden.

#### **Stap 6 evalueren**

Om te kunnen besluiten of een ondernomen actie succesvol is ( geweest ), zal deze geëvalueerd moeten worden. Het is verstandig om voor het uitvoeren van de actie al te bedenken welke vragen beantwoord moeten worden, door wie en hoe. Verschillende vragen zijn hiervoor relevant:

- Heeft de actie het gewenste resultaat gehad?
- Wegen de kosten tegen de baten op?
- Was het de moeite waard?
- Wat waren bevorderende factoren voor de actie?
- Wat heeft belemmerend gewerkt in de actie?'
- Wat kan beter in de hulp- en dienstverlening?
- Wat kan beter in de samenwerking met andere instellingen?
- Hoe was de inzet van de medewerkers?
- Dient de procedure van signaleren aangepast te worden?

In de bijlagen van de publicatie o.a.

Signaleringsformulieren

Checklist organisatie voorafgaand aan stap 1

Checklist beslissingscriteria bij stap 2

Checklist uitgebreide analyse te gebruiken bij stap 3

Checklist beslissingscriteria bij stap 4

Checklist uitvoeren actie te gebruiken bij stap 5

Checklist te gebruiken bij stap 6

### *Hulpverlening in beeld*

#### *Handleiding NIZW Volgstelsel voor het algemeen maatschappelijk werk*

M. Scholte

NIZW, Utrecht (1999)

Het volgstelsel is het vervolg op het intake-instrument dat eerder door het NIZW ontwikkeld is. In deze handleiding wordt allereerst de theorie waarop het volgstelsel gebaseerd is, behandeld. Vervolgens zijn de formulieren van het volgstelsel weergegeven, waarna uitleg volgt over de toepassing van het stelsel. In het laatste hoofdstuk is een casus uitgewerkt met behulp van het volgstelsel.

De Formulierenreeks van het intake-instrument en het volgstelsel bestaat uit:

- Intakegesprek
- Probleemanalyse door de maatschappelijk werker
- Hulpverleningsplan
- Voortgangsrapportage
- Notities
- Kladblok
- Tussentijdse evaluatie met cliënt(en)
- Voortgangsbespreking met team/werkbegeleider
- Eindevaluatie van de hulpverlening (kort)
- Eindevaluatie van de hulpverlening (uitgebreid)

### *Seksespecifieke hulpverlening voor maatschappelijk werkers*

N. van Oosten, I. van der Vlugt

Coutinho, Bussum (2002)

Studieboek voor maatschappelijk werkers in opleiding, en voor andere geïnteresseerden die zich willen scholen in seksexspecifiek werken met het oog op de beroepspraktijk.

Het boek is als volgt opgebouwd:

#### **Deel I Theoretische beschouwing**

Allereerst wordt een inleiding gegeven over seksexspecifieke hulpverlening. Vervolgens worden de theoretische achtergronden van seksexspecifieke hulpverlening beschreven, waarna de methodische aspecten van seksexspecifieke hulpverlening behandeld worden.

#### **Deel II Methodisch handelen in de praktijk**

In dit deel wordt aandacht besteed aan de aanmelding en intake vanuit een sekseperspectief alsmede seksexspecifieke aandachtspunten in het individuele, groepsgerichte en systeemgerichte contact. Ook problemen en hulpvragen van mannen en vrouwen komen aan de orde. Tenslotte staan de auteurs stil bij het ontwikkelen en inbedden van seksexspecifieke hulpverlening in de instelling.

## \* Werkvelden

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman  
Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

### *Het Algemeen Maatschappelijk Werk*

T. van den Belt, G. van Waversveld

N.B: functie, positionering en missie van het AMW – zie samenvatting visiedocument MOgroep 'Aan beide zijden van de voordeur'

Voor welke soorten problemen komen mensen bij het AMW? De auteurs sommen er een aantal op:

- psychosociale problemen die voorkomen in de interactie tussen persoon en omgeving;
- relationele problemen tussen cliënt en zijn sociale omgeving, zoals partner, gezin, familie en burens; bij deze problemen kunnen zich ook allerlei psychosomatische klachten voordoen;
- vragen over opvoeding en identiteitsvragen;
- problemen tijdens echtscheidingsprocedures, herstructurering van ouderschap;
- problemen met verwerking van verlies, rouw, eenzaamheid, en van ingrijpende gebeurtenissen, zoals incest en geweld;
- problemen in de arbeidssituatie;
- problemen als gevolg van werkloosheid, ziekte of arbeidsongeschiktheid;
- problemen met of van ouderen die moeten verhuizen naar een verzorgingshuis of verpleeginrichting;
- financiële problemen als gevolg van kortingen op uitkeringen of door het moeten terugvallen op een uitkering;
- problemen met woonlasten en schulden;
- acute crisissituaties waarbij de werker betrokken is (bijvoorbeeld het plotseling uit huis gezet worden, of een kind dat een ruzie thuis niet meer aankan).

### **Schuldhelpverlening**

Binnen de taken van het AMW neemt de schuldhelpverlening volgens van den Belt en van Waversveld een steeds belangrijker plaats in. In 2001 worden ongeveer 640.000 huishoudens geconfronteerd met armoede.

Er zijn verschillende vormen van schuldhelpverlening. Steeds wordt echter uitgegaan van de mogelijkheden die de cliënt heeft en van zijn eigen verantwoordelijkheid in het oplossen van het probleem. De maatschappelijk werker vervult naar de schuldeisers vaak een intermediaire (bemiddelende) rol. Naast de financieel-technische hulp die de maatschappelijk werker geeft, is de psychosociale begeleiding van wezenlijk belang om te voorkomen dat de situatie zich zal herhalen. Afhankelijk van de situatie zal gekozen worden voor een van de volgende vormen of voor een combinatie daarvan:

- a. budgetteren;
- b. bemiddelen;
- c. saneren
- d. aanwijzen van een bewindvoerder.

## Hulpverlening in de praktijk: methodiek

In het AMW wordt met verschillende methodieken gewerkt.

Twee methodieken beschrijven de auteurs in het kort, omdat deze in hun geheel of voor een groot deel gebruikt worden in het AMW.

### *Taakgerichte hulpverlening (TGH)*

Een zeer veelgebruikte methodische werkwijze in het maatschappelijk werk is die van het *taakgericht casework*. In het taakgericht casework staat niet de persoon van de cliënt centraal, maar het probleem waar de cliënt hulp bij vraagt. Het is een gestructureerde werkwijze waarin Jagt en Jagt (1996) de volgende fasen onderscheiden:

1. *Probleemexploratie*. Daarin brengt de cliënt het probleem of de problemen onder woorden. De maatschappelijk werker begeleidt dit proces en probeert door vragen te stellen de cliënt te helpen het probleem zowel naar inhoud als naar beleving te verhelderen. Deze probleemexploratie leidt tot de vaststelling of de cliënt met deze hulpvraag bij deze instelling aan het goede adres is. Dit kan betekenen dat contract wordt afgesloten of dat de cliënt wordt verwezen naar een andere instelling. Wanneer de cliënt aan het juiste adres is, volgt de tweede fase.
2. *Probleemafbakening*. In deze fase geeft de cliënt aan wat volgens hem/haar het meest urgente probleem is. Hierbij wordt ook gekeken welk probleem het best beïnvloed kan worden door de cliënt en de maatschappelijk werker, welk doel hierbij bereikt moet worden en wat in eerste instantie nodig is om dit doel te bereiken.
3. *Probleemspecificatie*. Als vastgesteld is aan welke probleem als eerste zal worden gewerkt, wordt dit als het ware onder een vergrootglas gelegd waarbij vooral gekeken wordt naar wie of wat betrokken zijn bij het probleem, naar de pogingen die de cliënt al ondernomen heeft om het op te lossen en welke factoren (in en buiten de cliënt) het probleem tot nu toe in stand hebben gehouden.
4. *Contractering*. Cliënt en maatschappelijk werker sluiten een contract waarin omschreven wordt aan welke problemen op welke wijze wordt gewerkt. Hierbij worden ook afspraken gemaakt over de rolverdeling tussen cliënt en werker, de te nemen stappen enzovoort. De taken worden dus voor het eerst in kaart gebracht.
5. *Taakselectie en taakvoorbereiding*. Deze stap is een nadere invulling van één gekozen taak. Bezien wordt wat de cliënt nodig heeft om de taak uit te voeren, wat de maatschappelijk werker eventueel zal moeten doen en op welke manier aan deze taak zal worden gewerkt.
6. *Taakuitvoering*. In deze fase werken cliënt en maatschappelijk ieder op zijn eigen manier volgens de gemaakte afspraken aan de gekozen taak.
7. *Taakrapportage en taakbespreking*. Dit is een evaluatieve fase waarin gekeken wordt of het gestelde doel is bereikt, of er belemmeringen waren die een goede uitvoering in de weg stonden en of er nieuwe taken moeten worden geformuleerd. Het is mogelijk dat er opnieuw een taak geselecteerd moet worden omdat het probleem nog niet (geheel) is opgelost of omdat zich tijdens het werken aan het probleem nieuwe problemen hebben voorgedaan die moeten worden opgelost. Is dit niet het geval, dan kan worden overgegaan tot de laatste fase.
8. *Afronding*. Dit is de evaluatie van de activiteiten die door cliënt en werker samen zijn verricht: wat is de opbrengst van beider inspanningen, wat heeft de cliënt geleerd van de activiteiten en wat kan de cliënt er in de toekomst mee doen als zich weer (soortgelijke) problemen voordoen?

Taakgerichte hulpverlening werkt concreet en gestructureerd het hulpverleningsproces voor de cliënt inzichtelijk is en blijft.

### *Rationeel-emotieve therapie (RET)*

Een tweede methode waarin in het AMW gewerkt kan worden, is de rationeel emotieve therapie (RET). Achterliggende gedachte van de RET is dat mensen het rationeel vermogen hebben om zowel

problemen te creëren alsook problemen op te lossen. In een eenvoudig schema wordt het verband tussen denken, voelen en gedrag gelegd. Dit is het zogenoemde *ABC-model*.

Volgens het ABC van de RET is iedere handeling of ieder gevoel te ontleden in:

- 1 er gebeurt iets (iets wat gehoord of gezien wordt) (A);
- 2 gevolgtrekking en evaluatie (B);
- 3 gevoelens en gedragingen (C).

Hierbij is (C) niet het resultaat van (A), maar het resultaat van de gedachte (B) over gebeurtenis (A). Wil men de RET toepassen, dan is het noodzakelijk dat het ABC wordt ingevuld om met deze gegevens verder te kunnen werken

Het is volgens de auteurs duidelijk dat, in tegenstelling tot het taakgerichte casework, niet alle cliënten van het maatschappelijk werk met de RET-benadering kan worden gewerkt. Immers, werken volgens deze methode vergt het vermogen en de bereidheid van de cliënt om rationeel over zijn gedrag te kunnen en willen denken. De maatschappelijk werker kan ervoor kiezen met het ABC-model te werken wanneer duidelijk wordt dat de oplossing van het door de cliënt ingebrachte probleem tegengehouden wordt door de wijze waarop de cliënt zijn probleem veroorzaakt of instandhoudt door irrationeel denken en dientengevolge van irrationeel gedrag.

#### *Maatschappelijk werk*

##### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman

Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

#### *Etniciteit, vluchtelingen en asielzoekers*

J. Helling

### **Doelgroep**

Het aantal vluchtelingen over de hele wereld bedraagt volgens cijfers van de United Nations Higher Commissioner of Refugees (UNHCR) begin 2002 20 miljoen mensen. Vluchtelingen zijn het resultaat van historische, politieke, economische, religieuze en ideologische machtsstrijd, hetgeen ertoe leidt dat mensen gedwongen worden hun huis en land te verlaten (Brandt, 1980; Khan, 1981).

De eerste zes maanden van het jaar 2001 waren er 17137 asiel aanvragen in Nederland. Tijdens de eerste zes maanden van het jaar 2002 vroegen 11135 personen asiel aan in Nederland. Dit is 35% minder dan het jaar daarvoor. Herkomstlanden van asielzoekers zijn onder andere: Somalië, Iran, Angola, Republiek Congo, Afghanistan, China, Syrië, voormalig Joegoslavië, Irak, Sri Lanka, en landen van de voormalige Sovjet Unie, zoals Kazachstan en Azerbeidzjan,

Het is de angst voor vervolging, mogelijke martelingen, gevangenneming of dood, die tot gevolg heeft dat individuen, families en groepen, tijdelijk of permanent, veiligheid zoeken in een vreemd land. Het is bijna onvermijdelijk dat de vluchteling in het nieuwe land anders is, geïsoleerd, in het algemeen erg arm en gewoonlijk niet in staat de taal van het gastland te spreken. Vluchtelingen worden gedomineerd door één gevoel, en dat is een pijnlijk, traumatisch en diep gevoel van verlies. Verlies van wat zichtbaar, tastbaar en uiterlijk is, zoals bezittingen, huis, werk, rol, status, levensstijl, taal, geliefde familieleden of andere nauwe relaties. Ook het verlies dat minder zichtbaar is, innerlijk en subjectief, zoals een verlies van vertrouwen in zichzelf en anderen, verlies van zelfrespect en persoonlijke identiteit. Het innerlijke en uiterlijke, het subjectieve en objectieve, het tastbare en ontastbare zijn onontwarbaar verbonden. De gecombineerde impact van deze verliezen resulteert in de vervreemding van de persoon.

Het is van belang om de verschillen tussen de situatie van een migrant en die van een vluchteling duidelijk te onderscheiden. Migranten hebben ervoor gekozen om hun huis en land te verlaten. Hun vertrek is gepland en in schema gezet en zij voelen zich aangetrokken tot een ander land door de kans op werk, geld, het klimaat en het perspectief op een hogere levensstandaard. Vluchtelingen



daarentegen verlaten hun land uit angst voor hun leven. Het is eerder angst dan hoop die hun denken domineert. Het 'relationship web' van Baker (1982) illustreert de positie van de vluchteling. De mens heeft in een normale situatie een plaats in zijn cultuur door middel van een aantal banden en verwantschappen met andere mensen, organisaties en sociale structuren. Dit relationship web vormt de persoon en voorziet hem van grenzen, structuur en ondersteuning. Een vluchteling is gewoonlijk op dramatische wijze uit dit web gehaald. Het gevolg hiervan is een aanzienlijke bedreiging van en een aanval op de individuele coping- en aanpassingsvermogens. Hulpverlening aan vluchtelingen zal onder andere gericht moeten zijn op het weer op verschillende manieren opbouwen van dit relationship web.

Naast een gevoel van verlies zijn er gevoelens van angst, en voor iemand die nog geen verblijfsvergunning heeft, ook van onzekerheid.

De maatschappelijk werker die hulp verleent aan vluchtelingen krijgt met praktisch alle problemen te maken die zich in het dagelijkse leven voordoen. Meestal komt de vluchteling in het eerste hulpverleningsgesprek met een praktische vraag of met een aantal lichamelijke klachten. Als er vertrouwen in de maatschappelijk werker ontstaat, komen er, na enig doorvragen, dieperliggende problemen ter sprake die te maken hebben met de ervaringen en de positie als vluchteling. Vluchtelingen kunnen vaak op bedekte wijze hierover iets loslaten; de maatschappelijk werker zal alert moeten zijn op dit soort signalen en zal geduld, invoelingsvermogen en een goede houding dringend nodig hebben om de man of vrouw te woord te staan en te begrijpen. Vluchtelingen hebben behoefte over allerlei zaken te praten, zoals:

- het besluit om te gaan vluchten;
- de risico's die eraan verbonden waren/zijn;
- de problemen met het land van herkomst;
- hoe ze gevluht zijn (het vluchtverhaal);
- de keuze die ze hebben moeten maken (alleen vluchten of met een gezin);
- het achterlaten van familieleden;
- de consequenties van het vluchten;
- dat ze opgepakt geweest zijn, gevangen gezet, geweld hebben ondergaan, gemarteld zijn;
- schuldgevoelens met betrekking tot kinderen die achtergebleven zijn;
- schuldgevoelens en gevoelens van lafheid en ontrouw ten opzichte van achtergebleven personen die nog doorstrijden of ten opzichte van gevangengenomen lotgenoten;
- het al of niet willen terugkeren naar het land van herkomst;
- slaapproblemen, angstdromen en nachtmerries;
- verveling, moeite hebben om de dagen door te komen;
- de vermissing van familieleden;
- het hier niet kunnen aarden (andere cultuur, ander klimaat);
- rouwen over familieleden en bekenden;
- zich eenzaam, alleen voelen;
- onzekerheid over de toekomst;
- het verlies van een of meer personen met wie ze een affectieve band hadden, bijvoorbeeld de partner, familieleden, vrienden;
- onverwerkte rouw.

Specifieke aandachtsgroepen binnen deze doelgroep zijn de vluchtelingenkinderen, suïcidale vluchtelingen en vluchtelingen(vrouwen) die verkracht zijn

### **Visies op hulpverlening**

Bij cross-culturele hulpverlening is in alle gevallen deskundigheid en vakbekwaamheid een voorwaarde.

De vereisten voor hulpverlening aan allochtonen zijn dezelfde als die aan autochtonen. Het gaat om algemene basisvaardigheden, houdingsaspecten en basiskennis van het maatschappelijk werker.

Hoffman en Ögünc-Serap (in Van der Stouw 1993) beschreven de algemene uitgangspunten als volgt:

*1. Het principe van de gelijkwaardigheid:* elk mens is gelijkwaardig ongeacht sekse, religie, etniciteit en validiteit. Dit betekent dat elke cliënt in de eerste plaats een cliënt met een hulpvraag is en niet een allochtoon met een hulpvraag. Dit principe heeft voor de cliënt ook consequenties waar het gaat om bijvoorbeeld het nakomen van de regelgeving van de instelling. Het moet niet verward worden met de benadering van 'gelijke monniken, gelijke kappen', 'iedereen is voor mij gelijk' of 'ieder over één kam scheren'; daar wordt in het volgende principe iets over gezegd.

*2 Het principe van de erkende ongelijkheid:* elk mens is verschillend en vraagt een eigen individuele benadering. Elke allochtone cliënt is een individu dat op zijn eigen individuele manier betekenis heeft gegeven en betekenis geeft aan zijn leefwereld. Dus geen culturele benadering waarin de cliënt gezien wordt als algemene vertegenwoordiger van een statische cultuur, maar een individuele benadering van de allochtone cliënt.

*3 Het principe van het inclusief denken:* niet het denken in termen van wij (autochtonen) en zij (allochtonen), maar een wij-denken inclusief 'de ander'. Dit betekent bijvoorbeeld dat de hulpverlening van een instelling gemakkelijk toegankelijk is voor alle categorieën cliënten (inclusief allochtonen). Het betekent ook dat de instelling (en haar subsidiegevers) binnen haar beleid voorwaarden creëert om hulpverlening aan elke categorie hulpvragers effectief te laten verlopen: voldoende formatieplaatsen, mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering, ruimte om met nieuwe methodieken te werken, enzovoort. De hulpverlener heeft vanuit dit principe maximale zorg voor de taaltechnische kant van de communicatie met zijn cliënten. Bij een cliënt die onvoldoende Nederlands spreekt, kan dit door inschakelen van persoonlijke tolken of de tolkentelefoon.

### **Kleber en Brom**

Kleber en Brom zijn van mening dat de verwerking van een schokkende ervaring in principe een zinvol verschijnsel is; ze heeft een functioneel karakter. Zij onderscheiden bij hulpverlening aan geweldsgetroffenen drie doeleinden:

1. bevordering van de verwerking;
2. vroegtijdige onderkenning van stoornissen;
3. psychotherapeutische behandeling van stoornissen.

De eerste en tweede doelstelling probeert men te realiseren in directe vormen van hulpverlening, namelijk door praktische hulp en door psychische ondersteuning en begeleiding. De informatie die de maatschappelijk werker geeft, kan ook betrekking hebben op psychische zaken. Hij maakt bijvoorbeeld duidelijk dat er na de schokkende ervaringen die een vluchteling vaak meegemaakt heeft, een verwerkingsproces volgt en dat dit gepaard kan gaan met uiteenlopende psychische en lichamelijke reacties. De vluchteling krijgt hierdoor de mogelijkheid om de reacties die hij bij zichzelf opmerkt in een kader te plaatsen. Psychologische ondersteuning en begeleiding worden onder meer geboden in kortdurende hulpverleningsprojecten. Een voorbeeld daarvan is de hulp aan slachtoffers van ernstige verkeersongevallen. Deze hulp bestaat uit enkele gesprekken met een maatschappelijk werker. In eerste instantie krijgt het slachtoffer de mogelijkheid zijn verhaal te doen. De houding van de maatschappelijk werker is begrijpend en steunend. Daarnaast wordt in tweede instantie de confrontatie met de gebeurtenis belangrijk. De maatschappelijk werker gaat in het gesprek met de cliënt als het ware terug naar het ongeval en bespreekt gedetailleerd wat de persoon heeft meegemaakt. Deze confrontatie en directieve benadering maakt het mogelijk dat vermijdingsgedrag wordt voorkomen en dat de gebeurtenis wordt geïntegreerd in het individuele systeem van opvattingen, verwachtingen en denkbeelden. Juist door de gerichte oriëntatie op de gebeurtenis kan de persoon reconstrueren wat hem is overkomen en kan hij ook zijn emoties tot uitdrukking brengen. Deze directe hulpverlening is een vorm van crisisinterventie, aangevuld met specifieke elementen die van belang zijn bij de verwerking van traumatische ervaringen. Voor de maatschappelijk werker is er

zowel een praktisch structurerend als een emotioneel steunend facet. Het eerste doel is de getroffenene uit zijn machteloze positie te halen en zo gunstig mogelijke voorwaarden voor verwerking te creëren. In een latere fase is het van belang om zicht te houden op het verloop van de verwerking, hetgeen een meer confronterende aanpak vereist.

### **Van der Ploeg**

Het is van belang om onderscheid te maken, zo stelt van der Ploeg, tussen verschillende vormen van geweld, want het is waarschijnlijk dat niet alle geweld dezelfde korte- en langetermijnevolgen met zich meebrengen. Zeker de ernstiger vormen van geweld kunnen ingrijpende gevolgen hebben voor het gedrag en de belevingswereld van slachtoffers. Van der Ploeg maakt een onderscheid tussen de gevolgen van geweld op korte termijn en die op lange termijn.

Van der Ploeg: 'Het algemene idee bij de praktijk van de hulpverlening aan oorlogs-/geweldslachtoffers is: "Hulp, ongevraagd en actief geboden in een vroeg stadium kan onnodig leed op langere termijn voorkómen."

Luisteren en praten, dat houdt helpen in voor veel slachtoffers van geweld. Praten, opnieuw praten, in dialoog blijven en mede daardoor tot verwerking kunnen komen

### **De Vries**

Volgens De Vries staat bij de hulp aan oorlogsgetroffenen de vertrouwensrelatie centraal. Hij staat uitgebreid stil bij het hoe en waarom van het opbouwen van deze vertrouwensband.

De politieke vluchteling heeft, behalve de ervaringen die tot het vluchten hebben geleid, ook nog een verleden van vóór die tijd en een huidige leefsituatie. Ook in het verdere verleden kunnen problemen zijn ontstaan. Het maken van een goede probleemanalyse is dus noodzakelijk.

Volgens de systeemtheorie is het zaak bij de behandeling van een cliënt juist die sociale systemen te betrekken waarmee deze het meest te maken heeft. Voor politieke vluchtelingen blijkt het vaak heel moeilijk of te moeilijk te zijn om met hun eigen kinderen en partner over de gewelddadige ervaringen te praten. Men wil elkaar niet belasten met zijn eigen problemen, wetende dat de ander het even moeilijk of nog zwaarder heeft.

Het doel van elke vorm van hulpverlening zal er uiteindelijk op gericht moeten zijn de cliënt in staat te stellen om weer adequaat in de samenleving te functioneren.

### **Van der Veer**

Van der Veer onderscheidt in zijn boek Politieke vluchtelingen twee hulpverleningsmethoden:

- 1 hulpverleningsmethoden met een kortetermijndoelstelling;
- 2 therapeutische methoden gericht op emotionele verwerking.

Wanneer de spanningen, angst of depressie hoog zijn opgelopen, het voorkomen dat de politieke vluchteling in een crisissituatie rechtkomt. De maatschappelijk werker kan zich dan richten op het korte termijn bevorderen van adequater functioneren op het niveau van het alledaagse gedrag. Maar deze doelstelling kan ook gekozen worden met het oog op verdere hulpverlening op langere termijn. Doel is dan de onderdrukte en onverwerkte emoties, die de oorzaak van de psychische problemen vormen, bewust en verwerkbaar te maken.

Om het adequater functioneren in het leven van alledag te bevorderen kan de maatschappelijk werker aan de volgende therapeutische of therapie-ondersteunende methoden denken:

- Hij kan allesoverheersende negatieve gevoelens bespreken en voor de hulpvrager begrijpelijk maken door ze in verband te brengen met alledaagse voorvallen. Het feit dat de maatschappelijk werker empathisch naar de ervaringen van de vluchteling luistert, kan deze het gevoel geven dat de gevoelens een gerechtvaardigde reactie zijn op wat hij of zij meegemaakt heeft. Hierdoor leiden negatieve gevoelens niet automatisch tot meer en nieuwe negatieve emoties. De hulpvrager kan in plaats daarvan over zijn emoties gaan nadenken en beginnen met het verwerken ervan.
- Hij kan psychofarmaca voorschrijven.

- Hij kan concrete hulp geven.
- Hij kan praten over ideeën van de hulpvrager over het ontstaan zijn psychische problemen, teneinde gevoelens van hulpeloosheid of machteloosheid te relativeren. Wanneer de maatschappelijk werker de hulpvrager stimuleert na te denken over het ontstaan van problemen, kan dat op zichzelf al leiden tot een vermindering de gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid. Indirect zegt de maatschappelijk werker daarmee dat hij de problemen in principe als oplosbaar beschouwt en dat de hulpvrager in dat proces langrijke rol speelt.
- Hij kan uitleg en voorlichting geven over het ontstaan van psychische problemen bij vluchtelingen in het algemeen, teneinde eventuele negatieve zelfbeleving te verminderen en de angst om 'gek' te zijn of te worden te relativeren. Gemartelde vluchtelingen begrijpen niet waarom zij zich zo anders voelen en gedragen sinds zij gemarteld zijn. Het is mogelijk dat extraverte personen introvert worden, actieve onafhankelijke personen afhankelijk en passief, dat optimisten pessimisten worden en sociaal ingestelde mensen egocentrisch. Het is van belang de bedoeling van de martelingen aan de vluchtelingen uit te leggen en ook dat de veranderingen in de persoonlijkheid gezonde reacties zijn op menselijke ervaringen. Doel van deze uitleg is dat de vluchteling deze tijdelijke gevolgen van de marteling leert te accepteren, en dat hij van daaruit gaat werken aan herstel van de eigen identiteit. In sommige gevallen is het noodzakelijk om de afweermechanismen van de vluchteling te versterken om zijn angst binnen aanvaardbare grenzen te houden. De vluchteling is dan in staat zijn emotionele reacties te blijven beheersen.
- Hij kan positieve aspecten van het functioneren van de hulpvrager bespreken, teneinde aanwezige adequate coping-skills te versterken. De politieke vluchteling heeft soms nog slechts oog voor de negatieve aspecten van het vluchten, zoals het zich schuldig voelen over het achterlaten van gezins- en familieleden of het zich laf voelen.
- omdat hij of zij gekozen heeft voor het vluchten en niet voor het doorvechten voor het goede doel. De maatschappelijk werker kan dan, na begrip te hebben getoond voor deze gevoelens, proberen de positieve aspecten van het functioneren voor, tijdens en na de vlucht te bespreken, met als doel de vluchteling uit zijn negatieve gemoedstoestand/depressie te halen en zijn gevoel voor eigenwaarde te vergroten. De maatschappelijk werker kan de vluchteling motiveren de bestaande adequate coping-skills in meer situaties toe te passen, teneinde de dagelijkse leefsituatie zó te structureren dat hij de problemen op dit moment beter aankan.
- Hij kan recente, alledaagse ervaringen in de omgang met andere mensen analyseren, opdat de hulpvrager meer inzicht krijgt in het verloop van de omgang tussen mensen en leert hoe men sommige ongewenste situaties kan voorkomen, dan wel gewenste situaties kan helpen creëren.
- Hij kan een proces van geordend denken over de politieke en maatschappelijke aspecten van het menselijk bestaan op gang brengen, waarbij vluchtelingen zich ervan bewust worden dat ze een speciale positie innemen tegenover de samenleving waaruit ze afkomstig zijn en tegenover de Nederlandse samenleving waarin ze als vluchteling zijn terechtgekomen. Zo is het bijvoorbeeld nuttig dat vluchtelingen zich realiseren dat ze sinds hun aankomst in Nederland in een samenleving verkeren waarvan ze - in elk geval aanvankelijk geen deel willen uitmaken; dat die samenleving vreemd en nieuw en angstaanjagend voor hen is; dat ze zelf door sommige mensen die deel uitmaken van die samenleving, als nieuw en vreemd en ongewenst en angstaanjagend ervaren en bejegend kunnen worden. Dergelijke kennis maakt de eigen gedragingen en de reacties van de Nederlandse omgeving begrijpelijker.

Van der Veer noemt zijn wijze van hulpverlening 'hulpverlening vanuit een pluralistische methodische visie'. Hij wil hiermee aangeven dat de problemen van vluchtelingen per individu bekeken moeten worden en dat we per persoon de ons bekende methoden kritisch zullen moeten bekijken en eventueel aanpassen. Men kan deze aanpak ook 'hulpverlening vanuit een relativistisch perspectief' noemen.

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman  
Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

### *Bedrijfsmaatschappelijk Werk*

T. van der Belt

## **Het BMW**

Het BMW is veelal ingebouwd maatschappelijk werk en functioneert als een snijpunt van mogelijk tegenstrijdige belangen. Spanningsveld is de loyaliteit aan de werkgever enerzijds en het persoonlijk belang van de werknemer anderzijds (dubbele rol). Het professioneel statuut geeft onder meer aan welke mate van vrijheid het BMW binnen het bedrijf geniet. BMW kan ook door het bedrijf van buiten worden ingehuurd. Voorts is er de mogelijkheid van de gedetacheerde branchegerichte BMW'er die bij meer bedrijven tegelijk werkt.

In grote bedrijven is het BMW vaak een stafafdeling van Personeelszaken. Het overleg met de bedrijfsgezondheidsdienst (in het sociaal-medisch team) is een vorm van samenwerking waarin de bevoegdheden van het BMW en die van de bedrijfsarts elkaar kunnen kruisen.

Het BMW kan als een belangrijke intermediair gelden in kwesties van conflicten tussen leidinggevenden en ondergeschikten. Met name leidinggevenden die van 'onderop' promotie hebben gemaakt binnen het bedrijf zijn daarin kwetsbaar en behoeven speciale aandacht.

Hoewel het aspect medezeggenschap in het bedrijf ook voor het BMW een belangrijke factor is, zal het BMW in dit verband moeten streven naar een onafhankelijke vertrouwensfunctie binnen het bedrijf. Het spreekt volgens van der Belt voor zich dat kennis van de sociale kaart en relaties met hulpverleners buiten het bedrijf de externe samenwerking van het BMW bevorderen.

Het Functieverband BMW is voor de werkers op deze vaak een posten een zinvol ontmoetingspunt. Via dit functieverband is de discipline betrokken bij de Arbo-raad en daarmee bij het landelijke en over de grens reikende arbeidsbeleid.

## **Doelstelling**

De doelstelling van de hulpverlening hangt nauw samen met de aard van de problematiek. De doelstelling van het BMW is gebaseerd op de erkenning dat elk sociaal systeem waarin de mens leeft, een eigen problematiek veroorzaakt. Hieruit blijkt dan ook direct de doelstelling van het BMW, die de volgende componenten kent:

- het bevorderen van het psychosociaal welbevinden van de mens in zijn werksituatie;
- het zich richten op de individuele werknemer, maar ook op groepen werknemers;
- het oplossen van problemen die zich kunnen voordoen en samenhangen met:
  - het karakter en de behoeftenstructuur van het personeelslid; -
  - de invloed van de privé- en/of gezinssituatie van het personeelslid op zijn functioneren als werknemer;
  - de sociale werkomgeving van het personeelslid;
  - de organisatiestructuur van het bedrijf.

## **Taakgebieden**

De taakgebieden van het BMW betreffen:

- hulpverlening aan individuele en/of groepen werknemers;
- activiteiten ten behoeve van groepen en/of categorieën werknemers;
- advies en consultatie (ten behoeve van de leidinggevenden en de bedrijfsleiding);
- begeleiding van reorganisaties en veranderingsprocessen;

- deelname aan de ontwikkeling en uitvoering van het sociaal beleid.

### **De doelgroep**

Met het beschrijven van de taakgebieden zijn de verschillende cliënten van de functie van het BMW gegeven: de werknemer, groepen werknemers, de (bedrijfs)leiding en ook de directe sociale partners van de werknemers bij sommige activiteiten.

In principe zijn alle werknemers van een bedrijf potentieel cliënt van de bedrijfsmaatschappelijk werker. Er is dus een vaste groep waaruit de cliënten komen. Toch zullen in de praktijk niet alle werknemers gebruikmaken van de diensten van het BMW. In feite is het net als in de samenleving, waarbij alle burgers naar het AMW kunnen gaan. Waar het om gaat, is dat er mensen zijn die om de een of andere reden niet in het sociaal systeem van het bedrijf kunnen functioneren. Vaak kan de problematiek van tijdelijke aard zijn. De problemen die de werknemer zodanig beïnvloeden dat hij niet meer goed kan functioneren in zijn werk, hoeven niet per se te ontstaan in de werksituatie. Ze kunnen hun wortels ook daarbuiten, in de privé-situatie, in de persoonlijkheid van de werknemer of in de samenleving hebben. Voor het bedrijf is het van belang dat er een oplossing komt voor de werknemer die niet goed functioneert. Door verschillende oorzaken kan het gebeuren dat de werknemer niet meer goed inzetbaar is op zijn werkplek en dat hij zijn taak niet goed meer kan vervullen. Voor het bedrijf is dat nadelig, omdat het niet goed functioneren van een werknemer een nadelige invloed heeft op de productiviteit of op de kwaliteit van het product. Het bedrijf heeft er belang bij dat een werknemer in een zo vroeg mogelijk stadium geholpen wordt, zodat de nadelen van het probleem beperkt blijven. Als werknemers gemakkelijk gebruik kunnen maken van de diensten van de bedrijfsmaatschappelijk werker, zullen in veel gevallen de problemen niet escaleren (waardoor de deelnemer helemaal niet meer zou kunnen deelnemen aan het arbeidsproces).

Vaak ook kunnen de oorzaken van problemen in de werksituatie zelf liggen. Men kan op een afdeling werken waar de persoonlijke verhoudingen slecht zijn, waar de individuele werknemer dan onder lijdt. Dit kunnen problemen zijn met collega's die op hetzelfde niveau werken, maar ook problemen met de leidinggevende. Men kan problemen hebben met de stijl van leidinggeven of met bijvoorbeeld de wijze waarop men wordt gewaardeerd. Problemen van deze aard leiden er vaak toe dat een werknemer zich ziek gaat voelen en met ziekteverlof thuis gaat zitten. Een bedrijfsmaatschappelijk werker kan de klachten van de werknemers van een afdeling met elkaar vergelijken en constateren dat de problemen niet die van de individuele werknemers zijn, maar van die afdeling. Dat geeft de mogelijkheid om er iets aan mensen binnen het bedrijf weer goed kunnen functioneren.

### **De bedrijfsmaatschappelijk werker**

Een bedrijfsmaatschappelijk werker heeft dezelfde opleiding genoten als elke maatschappelijk werker, het hoger sociaal agogische onderwijs (HSAO), afdeling Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD). Daarnaast heeft hij zich een aantal vaardigheden eigen gemaakt om binnen de bijzondere werksetting te kunnen functioneren. Deze vaardigheden zijn vooral gericht op kennis van de werkende mens in zijn werkomgeving, van organisatieprocessen, van factoren die leiden tot problemen voor werknemers, arbeidswetgeving en specifieke vergader- en onderhandelingsvaardigheden.

### **De werkwijze**

Het is voor de keuze van de methodiek van belang waar de inspanning primair op gericht is. Deze kan gericht zijn op de persoon, de organisatie of een deel daarvan en de (werk)situatie. De methoden die daarbij passen worden door van der Belt samengevat in de volgende tabel:

### **Methodieken van hulpverlening**

<b>Gericht op</b>	<b>Methodische benadering</b>
Individu	Casework-benadering: a. psycho-sociaal casework b. taakgericht casework
Projecten met groepen	Groepsgerichte benadering
Afdeling/organisatie	Systeembenadering
Excessieve werksituaties	Crisisinterventie
Exit counseling	Out-reaching casework

Het BMW werkt op procesmatige wijze. Naast begeleiding is praktische, meer materieel getinte hulpverlening een belangrijk aspect.

Vaak is het al voldoende dat men met iemand kan praten over de problematiek; men kan er dan weer even mee leven. De deskundige bedrijfsmaatschappelijk werker kan de werknemer begeleiden bij het oplossen van de problematiek en in veel gevallen kan hij de werknemers leren om beter met een situatie om te gaan of een bepaald probleem zelf op te lossen zonder dat het probleem voortaan gevolgen heeft voor het werk. In bedrijven waar met een zeker risico gewerkt wordt, zoals bouwbedrijven, spoorwegen enzovoort, zal men alert zijn op de specifieke gevaren en problemen voor werknemers. Bij veel banken is het bijvoorbeeld de gewoonte dat direct na een overval de bedrijfsmaatschappelijk werker in gesprek gaat met de werknemers die erbij betrokken zijn geweest. De bedrijfsmaatschappelijk werker heeft de mogelijkheid om door middel van procesmatige hulpverlening te werken aan de psychosociale problemen van de werknemers. Bij de krijgsmacht heeft het bedrijfsmaatschappelijk werk een belangrijke taak gekregen bij militairen die voor vredesmissies worden uitgezonden. Deze taak betreft zowel de voorbereiding en de uitzending, als de terugkeer en de verwerking van wat men heeft meegemaakt. Als blijkt dat een probleem complexer ligt, zal de werker verwijzen naar een hulpverleningsinstantie buiten het bedrijf, of een gespecialiseerde discipline binnen de organisatie bijvoorbeeld de bedrijfspsycholoog. Daarnaast echter kan hij de hulpvrager blijven begeleiden bij het uitvoeren van het werk, zodat daar de nadelen beperkt blijven. Behalve begeleiding bij psychosociale problemen kan de bedrijfsmaatschappelijk werker hulp geven bij praktische problemen die het functioneren belemmeren, zoals schuldproblemen, overplaatsing enzovoort.

Het BMW draagt ook bij aan verbeteringen op de werkplek zelf, bijvoorbeeld door het pleiten voor roulering in gevallen van kortcyclische arbeid. Het is tevens beschikbaar voor bijzondere problematiek van bijvoorbeeld gehandicapten, allochtonen en kansarmen in startsituaties bij bedrijven. Voor het fenomeen ongewenste intimiteiten is deze werksoort binnen bedrijven vaak het aanspreekpunt. Het effect van hulpverlening wordt onder andere zichtbaar in de afname van het ziekteverzuim binnen het bedrijf.

Naast de curatieve mogelijkheden van het BMW (onder andere het terugdringen van het ziekteverzuim) bestaan preventieve mogelijkheden. Een goede investering is het werken aan het bedrijfsklimaat.

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman  
Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

### *Maatschappelijk Werk in de gezondheidszorg*

T. Valkenburg (bewerkt door N. van Riet)

#### **Het werk van de maatschappelijk werker**

In tegenstelling tot bijvoorbeeld Algemeen Maatschappelijk Werk werken maatschappelijk werkers in de gezondheidszorg onder een andere 'paraplu'. Dit betekent dat zij deel uitmaken van een ander, groter systeem waarin hun werk is opgenomen. In de intramurale zorg betekent dit, dat de maatschappelijk werker deel uitmaakt van de systeem wereld ziekenhuis of inrichting. Daarbuiten dient de maatschappelijk werker de doelstelling van zijn werk ook te plaatsen binnen het kader van de gezondheidszorg. In de geschiedenis van het maatschappelijk werk in de gezondheidszorg is te zien dat de definiëring en invulling van het werk in toenemende mate afgeraakt is van wat aanvankelijk de inhoud van het werk was, namelijk complementair werken ten aanzien van de somatische of psychiatrische zorg. Daar waar de maatschappelijk werker nu echter zijn eigen werk uitvoert, is wel degelijk aan te geven wat dat dan inhoudt. Van Riet en Mineur (1997) beschrijven welke specifieke taken en methodische handelingen horen bij het werk van de maatschappelijk werker in de (intramurale) gezondheidszorg. Bij het beschrijven hiervan hebben zij gebruikgemaakt van drie ordenende clusters, namelijk visie, kennis en vaardigheden.

#### **De visie van de maatschappelijk werker**

Voor wat betreft de visie stellen Van Riet en Mineur dat het uitermate belangrijk is om, naast het medisch modellen denken zoals dat gangbaar is in de medische wereld, als maatschappelijk werker een emanciperende visie te hebben. Emanciperend wil zeggen: in de benadering van en gang met de patiënt en diens familie voortdurend ernaar streven dat de patiënt zo veel mogelijk in staat gesteld wordt zijn zelfbepaling en zelfbeschikking te handhaven. Dit als noodzakelijk tegenwicht tegen de dominantie van de medische aspecten van het ziek-zijn. Deze opvatting strookt met de definitie van gezondheid in de preambule van het Statuut van de Wereld Gezondheidsraad: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebreken.' Om hieraan tegemoet te komen, zal gezondheidszorg meer moeten omvatten dan het bestrijden van ziekte, hetzij curatief, hetzij preventief.

#### **De kennis van de maatschappelijk werker**

Voor wat betreft de kennis van de maatschappelijk werker in de gezondheidszorg gaat het om drie kennisgebieden, te weten:

- *Kennis van de zieke mens.* Bij de kennis van de zieke mens gaat het in de eerste plaats vooral om kennis over de psychosociale gevolgen van ziekte: zowel de intrapsychische aspecten van ziek-zijn als de maatschappelijke gevolgen van ziekte. In de tweede plaats gaat het bij kennis over psychosomatische aspecten van het ziek zijn en diverse verklaringsmodellen daaromtrent. In de derde plaats gaat het om kennis die te maken heeft met ontwikkelingen en visies op psychologische, sociologische en filosofische gebieden (zingeving, medisch ethische kwesties) zoals die tot uitdrukking komen op het terrein van de gezondheidszorg.
- *Kennis van het instituut waarin de maatschappelijk werker werkt.* Hoe zit de organisatie in elkaar, wat zijn de taak en functie van verschillende disciplines die daar werken en wat is de houding van die disciplines ten opzichte van het maatschappelijk werk? Hoe worden taken ten opzichte van elkaar afgebakend en hoe moet men omgaan met overlapsituaties zonder daar competentiegevechten van te maken? Weten hoe dit alles functioneert en hoe met verschillende



bevoegdheden en verantwoordelijkheden moet worden omgegaan, is essentieel voor het kunnen innemen van een juiste positie door de maatschappelijk werker in een zo complexe werkwereld als bijvoorbeeld een ziekenhuis. Daarnaast gaat het ook om kennis van de grenzen, de verantwoordelijkheden en mogelijkheden van de eigen professie.

- *Kennis van medisch-ethische vraagstukken.* In de gehele gezondheidszorg behoren medisch-ethische kwesties tot bijna dagelijkse vraagstukken. Ook in de eigen beroepsgroep van maatschappelijk werkers wordt aandacht besteed aan de wijze waarop maatschappelijk werkers in hun beroepsuitoefening geconfronteerd worden met vraagstukken als bijvoorbeeld euthanasie en zelfdoding (zie rapport NVMW, 1989).

### **De vaardigheden van de maatschappelijk werker**

Naast het kunnen toepassen van alle gangbare methoden zoals die in het maatschappelijk werk gebruikelijk zijn (vooral het taakgerichte casework of de directieve benadering worden door de auteurs geschikt geacht voor deze setting), is het voor de maatschappelijk werker in de gezondheidszorg vooral van belang 'tweetalig' te kunnen zijn. Binnen de gezondheidszorg heeft men met twee systemen te maken:

- Het patiëntensysteem;
- Het gezondheidszorgsysteem.

De maatschappelijk werker vervult in veel gevallen een 'vertalende' functie tussen deze twee systemen. De taal die in elk van de systemen gesproken wordt, verschilt en dat taalverschil dekt twee verschillende werelden: de leefwereld van de patiënt en de systeemwereld van het ziekenhuis. In de praktijk betekent dit dat de maatschappelijk werker voortdurend bezig is te vertalen van systeem naar systeem. Het gaat dan om het vertalen van woorden, van gedrag van de patiënt naar het behandelteam en omgekeerd, waardoor voor beide systemen problemen verhelderd worden en waardoor een hulpaanbod kan worden gecreëerd

### **Maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg**

#### *Maatschappelijk werk in het ziekenhuis*

Het maatschappelijk werk legt verbanden tussen het ziek-zijn en emotionele, sociale en economische kenmerken van de situatie van de patiënt. In samenwerking met de patiënt probeert de maatschappelijk werker deze psychosociale gevolgen te laten verdwijnen of hij leert de patiënt ermee om te gaan. Hij richt zich daarbij niet alleen op de patiënt en zijn sociale netwerk, maar draagt ook in het team van behandelaars bij tot een goede diagnostiek, behandeling en verzorging van de patiënt. Hij doet dit vooral door gegevens in te brengen over de patiënt en zijn sociale situatie. Het kan bijvoorbeeld belangrijk zijn te weten waar de patiënt woont en welke invloeden hij in de 'thuisituatie' ondergaat. Met name bij ouderen is het van belang vroegtijdig na te gaan of de patiënt na behandeling weer naar huis kan terugkeren of elders moet worden geplaatst.

Omdat er in het ziekenhuis in het algemeen snel en efficiënt moet worden gewerkt, heeft het zin voor hulpverlening te kiezen met een aansluitende benadering, bijvoorbeeld volgens de theorieën van het taakgerichte casework. Vaak hebben de problemen van de patiënten te maken met zijn sociale systeem en dan kan de systeemtheorie een belangrijke invalshoek zijn.

#### *Gespecialiseerd ziekenhuis, het Integraal Kankercentrum*

Door de werkgroep ziekenhuismaatschappelijk werk van het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland zijn richtlijnen opgesteld om de kwaliteit van de hulp die het maatschappelijk werk aan kankerpatiënten biedt, te verbeteren. In deze richtlijn staat onder andere te lezen: 'Het ziekenhuismaatschappelijk werk (ZMW) biedt hulp aan (ex-)kankerpatiënten die psychosociale en maatschappelijke problemen hebben. Kenmerkend voor het ZMW is dat zij zich daarbij niet beperkt tot één bepaald probleemgebied, maar zich juist richt op de samenhang tussen de diverse probleemgebieden.'

Het ZMW biedt hulp bij die problemen die, gezien de crisissituatie waarin (ex)kankerpatiënten of naasten zich bevinden, als normaal beschouwd kunnen worden.

Het ZMW biedt hulp bij de volgende problemen:

- emotionele problemen;
- acceptatieproblemen;
- sociale problemen;
- maatschappelijke problemen.

Patiënten waarbij sprake is van een abnormale reactie op de ziekte kunnen in overleg met de medisch specialist worden verwezen naar een psycholoog of psychiater.

#### *Inhoud van de hulp die het ZMW biedt*

De hulp van het ZMW kan gericht zijn op de individuele patiënt, op de relatie tussen patiënt en partner, op het gezin of op de relatie tussen de patiënt en zijn sociaal-maatschappelijke omgeving. Het ZMW hanteert bij de hulp een aantal methodieken:

- op zichzelf staand kennismakingsgesprek;
- kennismakings- en signaleringsgesprek; tijdens dit gesprek vindt niet alleen een kennismaking maar ook de psychosociale inventarisatie plaats;
- psychosociale inventarisatie; nagaan wat het probleem/de problemen is/zijn van de patiënten, nagaan of hulp van het ZMW geïndiceerd is of dat verwezen moet worden naar andere hulpverleners;
- voorlichting over hulp, huisvestings- en financiële mogelijkheden, regelingen en voorzieningen;
- consultatie; op verzoek kan de ZMW-er advies geven aan een zorgverlener over de psychosociale begeleiding:
  - bemiddeling, regelen van praktische zaken en belangenbehartiging;
  - psychosociale hulpverlening;
  - begeleiden van gespreksgroepen; - verwijzing.

#### *Verpleeghuis*

De maatschappelijk werker in het verpleeghuis werkt in een multidisciplinair team waarin onder anderen zitten de arts, de verzorgende, de ergotherapeut, de fysiotherapeut, de logopedist en de geestelijk verzorger. Evenals in het ziekenhuis is de maatschappelijk werker vaak degene die de vertaling maakt tussen de systeemwereld: het verpleeghuis als instituut enerzijds en de leefwereld: de wereld van de bewoner en diens familie anderzijds.

Bij de opname van de bewoner zal de maatschappelijk werker, evenals alle andere medewerkers in het verpleeghuis aandacht besteden aan het feit dat iemand veel moeite kan hebben met het feit dat het verpleeghuis zijn of haar definitieve 'woonplaats' is geworden.

De bewoner in het verpleeghuis wordt geconfronteerd met een verandering van zijn rol. In welke verhouding komt hij ten aanzien van gezin en familie te staan? Kan hij bijvoorbeeld nog meebeslissen in gezinsaangelegenheden? De relatie met de buitenwereld gaat zich wijzigen, terwijl hij nu in een nieuwe gemeenschap verblijft. Hoe verwerkt hij dit? Verzet hij zich ertegen om tot de gemeenschap van 'patiënten' te gaan behoren of gaat hij zich op den duur juist te veel patiënt voelen? Wordt zijn wereld niet al te klein? Wat verliest hij aan activiteit in en belangstelling voor de buitenwereld? Hoe verwerkt hij zijn afhankelijkheid, met het gevoel uitgerangeerd te zijn? Ook zal hij voortdurend in een groep moeten vertoeven. Hoe gedraagt hij zich als groepslid? Voelt hij dit als een aantasting van zijn persoonlijke vrijheid? De aanvaarding en vervulling van nieuwe rollen is een proces dat niet alleen de eerste tijd na de opname een opgave voor de patiënt is, maar dat zich gedurende zijn hele verblijf in het verpleeghuis voortzet.

Bij de begeleiding van een patiënt die met dit soort vragen zit, wordt de maatschappelijk werker ingeschakeld vanuit zijn psychosociale deskundigheid. Tijdens opnamebesprekingen of psychosociaal overleg wordt in samenwerking met andere disciplines gezocht naar de beste benaderingswijze. De

maatschappelijk werker kan een belangrijke hulp zijn bij het verwerken, aanpassen en aanvaarden van de situatie van de patiënt in het verpleeghuis.

De familie van de patiënt vormt een speciaal punt van aandacht. Familie betekent voor de patiënt de relatie met de buitenwereld. Deze kan bovendien met veel emoties omgeven zijn. Soms is het vooral de familie zelf die problemen heeft. Schuldgevoelens over het feit dat men de patiënt 'uit huis heeft gedaan' of hem niet vaak genoeg bezoekt, zijn veelvoorkomende ervaringen. De familie zal zo nodig ook tijdig voorbereid moeten worden over de terugkeer van de patiënt in de oorspronkelijke leefsituatie.

De maatschappelijk werker kan behulpzaam zijn bij het oplossen van problemen van de familie van de patiënt, mits de problemen verband houden met het ziek-zijn van de patiënt en zijn verblijf in het verpleeghuis.

### *Het revalidatiecentrum*

Het maatschappelijk werk is een belangrijk onderdeel van de revalidatie van mensen met een lichamelijke handicap. De maatschappelijk werker werkt mee aan het ontwikkelen en het stimuleren van mogelijkheden op persoonlijk niveau bij de patiënt en diens naast betrokkenen (partner, ouders, kinderen) om op een zo goed mogelijke manier om te gaan met de handicap en de gevolgen daarvan in ieders persoonlijk leven.

De taken van de maatschappelijk werker in het revalidatiecentrum zijn de volgende (bron: Maatschappelijk werk in de revalidatie, 1999):

1. *Opstellen van sociale anamnese.* Zodra iemand is aangemeld als revalidant voor een klinische of poliklinische revalidatie is het noodzakelijk dat wordt nagegaan of, en zo ja, welke maatregelen er genomen dienen te worden op psychosociaal terrein om de effecten van de medische revalidatie te optimaliseren. Hierbij dient centraal te staan de visie die de revalidant en diens directe omgeving hebben op de handicap en de gevolgen daarvan voor alle betrokkenen. Het gaat hierbij om het in beeld brengen van de psychosociale feiten en de beleving van die feiten.

2. *Opstellen van een sociale prognose.* Op grond van de uitkomsten van de sociale anamnese wordt een programma (hulpverleningsplan) opgesteld. Daarin staan zowel de te ondernemen activiteiten vermeld, als ook de geschatte tijdsduur en mogelijke samenwerkingspartners buiten het revalidatiecentrum, die een bijdrage kunnen leveren bij de uitvoering van die activiteiten. Hierbij dient het perspectief van de revalidant en van de leden van diens primaire sociale systeem centraal te staan, waarbij er tevens rekening mee gehouden wordt, dat dit perspectief zich kan wijzigen onder invloed van de voortgang óf het uitblijven van verwachte resultaten van de revalidatie. Dit hulpprogramma vormt een integraal onderdeel van het totale revalidatieplan.

3. *Uitvoeren van het hulpverleningsplan.* Bij de uitvoering van het hulpverleningsplan wordt de revalidant beschouwd en benaderd als de voornaamste actor in dit plan. Hij wordt geholpen, uitgaande van zijn behoeften en perspectieven, zijn mogelijkheden in te zetten, ter realisering van zijn doelen in samenwerking met de leden van zijn primaire sociale netwerk.

De maatschappelijk werker spoort, samen met revalidant en familie mogelijke barrières op en stelt met hen vast, wat de consequenties van die barrières zijn voor het verloop van de revalidatie en wat er vervolgens, door wie aan kan worden gedaan. De competenties van de revalidant en van de mensen in zijn leefomgeving vormen zo veel mogelijk het uitgangspunt bij de realisering van het hulpverleningsplan.

4. *Intermediair zijn.* De maatschappelijk werker maakt deel uit van de systeemwereld van het revalidatiecentrum. Daarbij werkt de maatschappelijk werker voornamelijk in de leefwereld van de revalidant. Dit tekent zijn positie in de organisatie. Zijn specifieke taak betreft het werken aan - het herstel van - het sociaal functioneren van de revalidant.

Op grond van deze positie en deze specifieke taak is het intermediair zijn kenmerkend voor het werk van een maatschappelijk werker in de revalidatie. Het gaat om intermediair zijn tussen de systeem- en

de leefwereld, maar ook tussen het revalidatiecentrum en de overheid en tussen de revalidant en overheidsinstanties.

Het intermediair zijn tussen revalidatiecentrum en revalidant is bijvoorbeeld het vertalen van (para)medische bevindingen naar de leefwereld van de revalidant: wat is de betekenis van wat er (para)medisch mogelijk of onmogelijk is voor alle betrokkenen? Of ook omgekeerd: hoe kunnen de mogelijkheden en de grenzen van de revalidant en diens naaste betrokkenen vertaald worden naar de behandelaars, zodanig, dat bijvoorbeeld 'onmacht' niet verstaan wordt als weerstand, dat 'optimisme' niet als irrealisme geduid wordt.

5. *Signaleren.* Van de maatschappelijk werker in de revalidatie mag verwacht worden dat deze op de hoogte is van het overheidsbeleid, de intenties die op dit niveau geformuleerd zijn en worden met betrekking tot integratie van mensen met een handicap in de samenleving en van de barrières die bij het uitvoeren van overheidsbeleid worden aangetroffen.

### **Maatschappelijk werk in de extramurale gezondheidszorg**

Behalve in ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken werken maatschappelijk werkers ook op het terrein van de niet-klinische of ambulante gezondheidszorg. Zo is er het maatschappelijk werk ten behoeve van doven en slechthorenden, ten behoeve van blinden en slechtzienden en ten behoeve van epilepsiepatiënten. Maatschappelijk werk wordt ook ingezet bijvoorbeeld bij begeleiding van zwangere drugsverslaafde vrouwen en bij de begeleiding van dialysepatiënten vanuit de Nierstichting. In alle gevallen bestaat het werk van de maatschappelijk werker uit het hebben van regelmatig contact met de patiënt en diens familieleden. (vaak ook door middel van huisbezoek, dit in tegenstelling tot het maatschappelijk werk in de intramurale gezondheidszorg) over de problemen die het hebben van de (chronische) ziekte of handicap en de sociale en de relationele gevolgen die ziekte en handicap met zich meebrengen.

#### *Maatschappelijk werk in de GGZ*

Het maatschappelijk werk bij de RIAGG's heeft een bewogen geschiedenis. In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw zijn veel maatschappelijk werkers die een voortgezette opleiding hadden gevolgd, gaan werken als psychotherapeut bij een RIAGG. Zij hadden echter vaak niet een erkende psychotherapeutische opleiding gevolgd. Zij werkten altijd samen met een erkende psychotherapeut. Met de invoering van de wet Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG), ingevoerd in 1996, zijn de eisen om als psychotherapeut te mogen werken, omschreven en vastgelegd.

Het BIG-register registreert apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. De wet regelt de zorgverlening door beroepsbeoefenaren. Alleen wie in het register is ingeschreven, mag de door de wet beschermde titel voeren. De deskundigheid van de geregistreerde beroepsbeoefenaren is hiermee voor iedereen herkenbaar.

Dit was een grote tegenvaller voor maatschappelijk werkers bij de RIAGG voorzover zij geen erkende opleiding tot psychotherapeut hadden gevolgd en dus van beroep waren veranderd. Intussen is een andere discipline bij de RIAGG naar voren gekomen: de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Deze heeft veel taken van de maatschappelijk werker overgenomen met als gevolg dat de positie van de maatschappelijk werker bij de RIAGG onder druk is komen te staan.

Door de (hernieuwde) introductie van de zogenoemde poortwachtersfunctie van de eerste lijn in 1998 (de eerste aanzetten werden al in de jaren tachtig gegeven) wordt van het AMW verwacht dat het een bijdrage levert aan de eerstelijns-GGZ. Er is dus een verschuiving te zien van maatschappelijk werk vanuit een RIAGG ten behoeve van mensen met psychische klachten naar het Algemeen Maatschappelijk Werk.

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman  
Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

#### *Hulp- en dienstverlening aan mensen met een handicap*

P. Menkveld

### **Doelgroep**

In Nederland wonen 110.000 mensen met een verstandelijke handicap. Zwakzinnigheid wordt gradueel onderscheiden in ernstig, matig en licht.

Na een onafhankelijke indicatiestelling kan een hulpvragende als verzekerde kiezen tussen 'zorg in natura' of een 'persoonsgebonden budget' (PGB). Zorg in natura is zorg zoals die tot op heden gebruikelijk geleverd wordt door de zorginstellingen. Een PGB wil zeggen dat de hulpvragende volledig zelf kan bepalen hoe en bij wie hij de zorg wil 'inkopen'. De zelfbeschikking en zelfbepaling worden dus sterk vergroot.

### **De SPD**

De Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) is een organisatie voor ambulante hulpverlening voor mensen met een lichamelijke handicap. De dienst heeft tot taak de integratie van de verstandelijk gehandicapte in de samenleving te bevorderen en te helpen bij gezins- en maatschappelijke problemen. 'Kwaliteit van leven staat centraal.

Tot voor kort werden de werkzaamheden door de SPD's onderscheiden in 'winkeltaken' (dienstverlening) en 'zorgtaken' (hulpverlening)

De afdeling Dienstverlening bevat de volgende vormen van zorgaanbod, die vrij toegankelijk zijn:

1. voorlichting, informatie en advies;
2. zorgconsulentschap;
3. casemanager;
4. consulentschap Vrije Tijd en Vorming (VTV);
5. arbeidsconsulent;
6. praktische thuishulp.

Voor de functies van zorgconsulent en casemanager is een HBO Maatschappelijk Werk opleiding vereist.

De volgende vormen van hulpverlening worden geboden:

1. psychosociale hulpverlening;
2. praktisch pedagogische gezinsbegeleiding (PPG);
3. begeleid zelfstandig wonen (BZW)

#### *Ad 1 Psychosociale hulp*

Psychosociale hulp wordt verricht door maatschappelijk werkers met minimaal een HBO-SPH-opleiding. Aanvullende voortgezette opleidingen op het gebied van methodiekontwikkeling, zoals groepswork, gezinsbehandeling, en systeembenadering, is sterk gewenst.

Het aanbod wordt bepaald door de hulpvraag en de daarop vastgestelde indicatie. Het aanbod kan variëren van individueel gericht maatschappelijk werk, (echt)paar- en gezinsbehandeling tot vele vormen van groepswork.

In de psychosociale hulpverlening is de maatschappelijk werker met name gericht op het verbeteren en herstellen van relaties in de leefomgeving van de cliënt.

### *Ad 2 Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)*

De afdeling Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG) houdt zich bezig met hulp aan kind en ouders bij opvoedingsvragen.

De hulp is gericht op drie aspecten:

1. het samen met ouders zoeken naar antwoorden op opvoedingsvragen;
2. het aanleren van vaardigheden bij ouders/opvoeders;
3. het ontwikkelen van vaardigheden en het vergroten van gedragsalternatieven bij het kind.

Op HBO-niveau geschoolde pedagogisch werkenden voeren deze uit in het gezin, samen met de ouder(s) en maken daarbij eventueel gebruik van video-opnamen, de zogenoemde video-hometraining. Zij worden ondersteund door een orthopedagoog, een psycholoog en een psychiater.

### *Ad 3 Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW)*

Veel verstandelijk gehandicapten wonen zelfstandig of willen zelfstandig wonen. Mede door hun handicap, maar ook door de complexiteit van de maatschappij en de nog aanwezige vooroordelen, zal de verstandelijk gehandicapte vooralsnog blijvend aangewezen zijn op ondersteuning bij het zelfstandig wonen. Begeleid Zelfstandig (BZW) neemt deze taak op zich. De werkzaamheden van de begeleiders, beroepskrachten op HBO- en MBO-niveau en van vrijwilligers zijn divers en bestrijken gebieden van algehele verzorging, materiële psychosociale problematiek en vrijetijdsbesteding.

### **Methodische verantwoording**

Methodische verantwoording dient gebaseerd te zijn op de mogelijkheden en de onmogelijkheden van de hulpvragende verstandelijk gehandicapte. Sleutelwoorden daarbij zijn emancipatie, normalisatie en integratie.

### **Vakkennis**

Deskundigheid van professionele hulpverlening is gebaseerd op de unieke kennis van het vak. Deze kennis bestaat uit drie componenten:

- 1 algemeen geldige wetenschappelijke kennis;
- 2 kennis over één specifieke situatie, het kind, de ouders enz.;
- 3 isonome kennis. Isonome kennis is kennis over bepaalde soorten problemen die bij mensen kunnen voorkomen en waardoor deze zich onderscheiden van mensen in het algemeen. Het gaat over groepen mensen met een verstandelijke handicap die op basis van bepaalde kenmerken overeenkomsten hebben, bijvoorbeeld 'licht' of 'ernstig' gehandicapt.

De maatschappelijk werker moet bedacht zijn op het 'weerwerk' van ouders.

Emancipatie van de verstandelijk gehandicapte wordt bevorderd door normalisatie en integratie, die onder meer verwoord zijn in de 'Rechten van mensen met een verstandelijke handicap'.

De ontwikkeling van mensen met een verstandelijke handicap kan niet rechtstreeks afgeleid worden uit de algemene theorieën over ontwikkeling. Deze kennis is van een andere orde dan de kennis van ouders of van een groepsleider.

De mate waarin men over deze drie componenten beschikt, bepaalt het antwoord dat men geeft op de hulpvraag en de methode die men daarbij gebruikt. Daarbij is in principe elke methodiek te gebruiken. De te hanteren methodiek zal op zo'n manier moeten worden toegepast, dat ook de verstandelijk gehandicapte er winst uithaalt. Wel zal men rekening moeten houden met het tempo. Ook de keuze van de gespreksvormen is belangrijk: individueel, per (echt)paar, gezins- of groepsgericht. Verder zijn nog van belang het aanbrengen van structuur, het bepalen van interventies en de tijdsduur.

Maatschappelijk werkers zijn redelijk autonoom en cliënten zijn in relatieve zin van hen afhankelijk.

Immers, men vraagt om hulp omdat men kennelijk niet in staat is het probleem op eigen kracht op dit moment op te lossen. Tevens mogen we aannemen dat eerdere pogingen niet het gewenste resultaat

hebben opgeleverd. Deze macht van de werker wordt versterkt doordat de verstandelijk gehandicapte minder in staat is zijn totale situatie te overzien en te doorgronden meestal en verbaal minder weerbaar is. Hulpverleners hebben daarentegen reactie en weerwerk te verwachten van ouders; zij zijn de ervaringsdeskundigen bij uitstek. De wijze waarop hulpverleners met hun instrumenten de ander tegemoet treden, is daarom van groot belang.

Tot de taak van het maatschappelijk werk behoort onder andere de vroeghulp (via teams Integrale Vroeghulp). Daarnaast zijn er op basis van de persoonlijke zorgvraag de reeds genoemde taken advies en informatie, maar ook ondersteuning en begeleiding, onderzoek, diagnostiek en rapportage. Pleitbezorging en bemiddeling zijn voor deze specifieke doelgroep essentieel. Ook crisisinterventie, signaleren en initiëren en de ondersteuning van zelfhulp en mantelzorg wordt tot het takenpakket van de maatschappelijk werker gerekend. Ook rouwverwerking heeft speciale aandacht

Ook in deze setting is samenwerking met andere disciplines een noodzaak bij integrale probleembenadering.

## *Maatschappelijk werk*

### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman

Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

### *Jeugdzorg*

J. Huijsmans

In 1994 verscheen het regeringsstandpunt 'Regie in de jeugdzorg' waarmee een nieuwe ontwikkeling is gestart naar de inwerkingtreding van een nieuwe Wet op de jeugdzorg [MF: deze wet had per 1 januari 2004 in werking moeten treden, maar is uitgesteld] en de totstandkoming van nieuwe organisaties in Nederland: de bureaus Jeugdzorg.

Wat is *jeugdzorg*? De definitie van de overheid luidt: 'jeugdzorg biedt ondersteuning, hulp en bescherming aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsvragen van geestelijke, sociale, of pedagogische aard die de ontwikkelingen naar volwassenheid belemmeren. Het gaat daarbij om zowel vrijwillige hulpverlening als gedwongen interventie om hulp in het belang van de jeugdige mogelijk te maken.' (Beleidskader Wet op de Jeugdzorg).

De cliënt met een 'kind- of jeugdprobleem' hoeft niet meer zelf uit te vinden bij welke instelling hij/zij voor hulp terecht kan, er is sprake van één toegang tot de jeugdzorg.

### **Cliënten van Bureau Jeugdzorg**

De cliënt van Bureau jeugdzorg is:

- een jeugdige van 0 tot 18 jaar;
- een jongere van 18 jaar tot maximaal 23 jaar wanneer een maatregel van jeugdreclassering is opgelegd of wanneer de hulpverlening voor de achttiende verjaardag was begonnen en moet worden voortgezet/hervat;
- ouder(s), stiefouders) of anderen die de jeugdige verzorgen en op voeden.

De cliënt kan zichzelf aanmelden of kan aangemeld worden door een verwijzer. De verwijzer kan een huisarts zijn, een leraar van school maar kan ook een kinderrechter of officier van justitie zijn bij verwijzing voor gedwongen hulpverlening (jeugdbescherming).

### **Intaketraject**

Na *aanmelding* komt de cliënt in een landelijk vastgesteld intake-traject bestaande uit:

- *Screening*: er wordt een eerste inschatting gemaakt van de problematiek. Samen met de cliënt wordt onderzocht wat precies de hulpvraag is en hoe de omstandigheden zijn, zoals leefgebieden, handicaps en vaardigheden.
- *Diagnostiek*: er wordt een meer gespecialiseerde analyse gemaakt van de vraag wat er aan de hand is en waar mogelijkheden voor verlichting of oplossing van het probleem liggen. Hierbij wordt vaak een inventarisatie gemaakt van risicofactoren die het probleem instandhouden en van beschermende factoren die het probleem kunnen verlichten.
- *Indicatiestelling*: op basis van de screening en eventuele diagnostiek wordt vastgesteld welk zorgaanbod nodig is. Bureau Jeugd formuleert een indicatiebesluit met daarin in algemene termen geformuleerd de benodigde *geïndiceerde jeugdzorg* en het doel dat daarmee wordt bereikt. De cliënt heeft met dit indicatiebesluit recht op jeugdzorg. Dit betekent dat wanneer de vastgestelde vorm van jeugdzorg niet beschikbaar is, de cliënt via de rechter bij de provincie of zorgverzekeraars de zorg kan opeisen. Als blijkt dat een vorm van geïndiceerde zorg nodig is, krijgt de cliënt een *casemanager* van Bureau Jeugdzorg die in het verdere verloop van de jeugdzorg bij de cliënt betrokken blijft.



- *Zorgtoewijzing*: een onafhankelijke zorgtoewijzingscommissie bepaalt of de voorgaande fasen goed zijn uitgevoerd, bepaalt de urgentie en besluit welke instelling (bijvoorbeeld een internaat of een psychotherapeutische instelling) welke zorg gaat leveren. De betreffende instelling is vervolgens verplicht de toegewezen zorg te leveren en een hulpverleningsplan op te stellen.
- *Herindicatie*: de toegewezen zorg wordt periodiek geëvalueerd met de cliënt, met Bureau Jeugdzorg en met de instelling die de zorg uitvoert. Bij voortzetting en/of verandering van de zorg wordt aan de toewijzingscommissie een herindicatie gevraagd.

In de praktijk doorlopen de meeste cliënten niet het gehele traject van aanmelding tot en met herindicatie. In veel gevallen volgt na de screening een vrij toegankelijk jeugdzorgaanbod (niet-geïndiceerd) ook wel kortdurende ambulante hulp genoemd. Na het opstellen van een hulpverleningsplan wordt de hulp uitgevoerd door een hulpverlener van Bureau Jeugdzorg. Deze hulp kan bestaan uit een aantal gesprekken (vijf tot maximaal vijftien contacten), een korte cursus (bijvoorbeeld opvoedcursus voor ouders) of training (bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining voor jongere of oudere jeugd). De cliënt die voor gedwongen hulpverlening wordt aangemeld bij Bureau Jeugdzorg krijgt een gespecialiseerde casemanager toegewezen (een gezinsvoogd of jeugdreclasserder) die zelf aanvullende pedagogische begeleiding, toezicht en ondersteuning uitvoert.

Eén van de problemen die zich inmiddels voordoen, is de wachtlijstproblematiek waarbij cliënten soms onacceptabel lang moeten wachten op een volgende fase van het hiervoor geschetste traject. In geval van crisis kan de cliënt desondanks rekenen op directe actie van Bureau Jeugdzorg. Er is dan vaak geen tijd voor uitgebreide procedures. Bij een crisis verlopen aanmelding en screening via een versnelde procedure en wordt onderdak en/of een gespecialiseerde vorm van jeugdzorg direct georganiseerd.

### **Taken Bureau Jeugdzorg**

De taken van Bureau Jeugdzorg kunnen volgens Huijsmans als volgt worden samengevat:

- afstemmen en samenwerken met relevante partners ten behoeve van vroegtijdige signalering en preventie;
- verduidelijken van de hulpvraag en vaststellen welke hulp de jeugdige nodig heeft;
- bieden van vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg;
- verzorgen van de toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg: indicatiestelling;
- verzorgen van casemanagement voorafgaand aan en tijdens geïndiceerde jeugdzorg;
- uitvoeren van voogdij en gezinsvoogdij;
- uitvoeren van jeugdreclassering;
- herkenbaar houden van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling als apart loket.

In elke provincie en in de drie grootstedelijke regio's (Haaglanden, Rotterdam en Amsterdam) moet één instelling Bureau Jeugdzorg werkzaam zijn, mogelijk met meerdere regionale/lokale vestigingen. Het Bureau jeugdzorg is een nieuwe organisatie waaraan vooralsnog de ambulante jeugdhulpverlening, een groot deel van de afdeling jeugd van de GGZ, de gezinsvoogdij-instelling en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling deelnemen door middel van fusie of samenwerkingsconvenanten en door middel van het afstemmen van werkprocessen en werkculturen. Er is een aantal sectoren en instellingen die geen deel uitmaken van Bureau Jeugdzorg maar de aanmelding en intake 'uitbesteden' aan Bureau Jeugdzorg, zoals de Raad voor de Kinderbescherming en de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg.

De maatschappelijk werker kan binnen Bureau Jeugdzorg als *jeugdzorgwerker* onder meer de volgende functies en taken uitvoeren: medewerker aanmelding en screening, casemanager, ambulant hulpverlener, jeugdbeschermer ((gezins)voogd), jeugdreclasserder, medewerker AMK, werkbegeleider, leidinggevende.

## Hulpvragen

In de ambulante jeugdzorg zijn de volgende hulpvragen te onderscheiden:

*Informatie- en adviesvragen* van jeugdigen, ouders of derden (bijvoorbeeld grootouders en leraren): het gaat hierbij vaak om opgroeivragen, zoals 'wanneer mag ik op kamers?' of om opvoedingsvragen, zoals 'hoeveel zakgeld moet ik geven?', 'mijn dochter van vier is zo aan het drammen wanneer zij iets niet mag, moet ik haar dan maar haar zin geven?'

*Hulpverleningsvragen* van jeugdigen en/of ouders: het kan hierbij gaan om vragen met betrekking tot ontwikkelingsproblemen, handicap, persoonlijke problemen, identiteitsproblemen, gedragsproblemen of relatieproblemen van jeugdigen en de problemen die ouders hebben met het omgaan ermee. Vanuit het perspectief van de ouders kan het gaan om persoonlijke problematiek, sociale problematiek, handicap of relatieproblematiek die het opvoeden van een kind moeilijk maken en waarbij ondersteuning wordt gevraagd. Daarnaast kan er sprake zijn van ingrijpende gebeurtenissen in het leven van de jeugdige en/of van de ouders, zoals echtscheiding, overlijden en incest, die een (te) grote druk leggen op de opvoeding en ontwikkeling van de jeugdige.

## Hulpaanbod

Het hulpaanbod bestaat uit de volgende vormen:

- **Informatie en advies:** dit wordt telefonisch gegeven of via het opvoedingsgesprek.
- **Vrijwillige jeugdzorg:** de hulp is gevraagd door de jeugdige en/of door de ouders door zich aan te melden en de bemoeienis van jeugdzorg wordt door de jeugdige en de ouders geaccepteerd. Er bestaat probleemherkenning en motivatie (weliswaar soms wisselend) om de problemen op te lossen.
- **Jeugdbescherming:** de hulp is niet gevraagd door de jeugdige en/of de ouders maar is opgelegd door de rechtbank of door de officier van justitie, veelal vanuit het gegeven dat vrijwillige jeugdzorg ontoereikend is en/of niet gelukt is. Jeugdbescherming wordt ingeschakeld bij ernstige en complexe opgroei- en opvoedingsproblemen waarbij ook sprake is van onmacht of onwil bij de cliënt. Er zijn drie vormen van jeugdbescherming:
  - *Voogdij:* er is niet (meer) voorzien in het ouderlijk gezag over een jeugdige (bijvoorbeeld door overlijden van de ouders) of de ouders) zijn ontheven uit het ouderlijk gezag vanwege onmacht/ongeschiktheid voor het vervullen van opvoeding en verzorging of de ouder(s) zijn ontzet uit het ouderlijk gezag vanwege verwijtbaar gedrag). De kantonrechter besluit tot voogdij en draagt de jeugdzorg op tot het (formeel) uitoefenen van het gezag. Een jeugdzorgwerker neemt formele beslissingen, voert financiële bewindvoering, coördineert het verblijf en verzorging van de jeugdige bij derden (familie, pleeggezin, internaat, kamerbewoning) en organiseert waar nodig aanvullende hulp en ondersteuning.
  - *Gezinsvoogdij:* de jeugdige is onder toezicht gesteld door de kinderrechter vanwege een ernstige bedreiging van de zedelijke of geestelijke belangen of van de gezondheid van een jeugdige. De jeugdzorgwerker wordt aangesteld als gezinsvoogd en hanteert het uitgangspunt dat de ouders zo veel mogelijk de verantwoordelijkheid voor de opvoeding en verzorging behouden. De gezinsvoogd houdt toezicht op de ouders en de jeugdige, biedt hulp en steun en geeft aanwijzingen die opgevolgd dienen te worden.
  - *Jeugdreclassering:* de jeugdige van 12 tot en met 18 jaar is verdacht van of veroordeeld voor het plegen van strafbare feiten. De Raad voor de Kinderbescherming, de officier van justitie of de kinderrechter heeft opdracht gegeven aan de Jeugdreclassering tot het verlenen van toezicht en begeleiding of hulp en steun aan de jeugdige met als doel het verbeteren van de leefsituatie van de jeugdige, het aanpakken van de oorzaken van het strafbaar gedrag en daarmee het voorkomen van recidive. De jeugdreclasserend geeft aanwijzingen aan de jeugdige die opgevolgd moeten worden. De ouders behouden het volledige ouderlijk gezag.

Huijsmans werkt een aantal principes uit die centraal dienen te staan in de werkhouding van de maatschappelijk werker die met jeugdigen werkt. Achtereenvolgens zijn dit: werken vanuit attitude, werken vanuit opvoedkundige invalshoek, werken met loyaliteit, werken met ouders, werken met gezag, intercultureel werken, planmatig werken en samenwerken. (p. 60 – 64) In deze samenvatting werken we alleen het punt planmatig werken verder uit.

### **Planmatig werken**

De jeugdwerker heeft de opdracht en de deskundigheid om een heldere positie in te nemen en om probleemoplossend te werken. Hierbij is planmatig werken een voorwaarde zodat het voor de jeugdige en de ouders helder is wat het doel van de hulp is, welke tussenstappen gezet worden en hoeveel tijd het gaat kosten om het doel te bereiken. Kort gezegd is planmatig werken het systematisch organiseren, uitvoeren en evalueren van het hulpverleningsproces. Planmatig werken zorgt voor een beheerst hulpverleningsproces dat gevolgd kan worden waarin betrokkenheid van jeugdige en ouders vastgelegd wordt en waarover verantwoording kan worden afgelegd. Planmatig handelen kent drie handelingsaspecten:

- *Systematisch handelen*: de jeugdzorgwerker kan maatschappelijke, sociale en pedagogische gebeurtenissen analyseren en met elkaar in verband brengen en kan het gedrag van de jeugdige zien in de context van de omgeving.
- *Procesmatig handelen*: de jeugdzorgwerker hanteert een gefaseerde aanpak zoals de regulatieve cyclus: probleemherkenning, probleemvaststelling, afweging van handelingsmogelijkheden, planvorming, planuitvoering en evaluatie.
- *Doelgericht handelen*: de jeugdzorgwerker stelt heldere doelen die aansluiten bij de mogelijkheden van de jeugdige en de ouders. Een criterium voor doelbepaling is bijvoorbeeld het SMART-criterium (doelen moeten Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgerelateerd zijn).

De jeugdzorgwerker werkt in toenemende mate volgens gemeenschappelijk vastgestelde protocollen (bijvoorbeeld het Protocol Hulpverleningsplan, of het Protocol Crisis) die systematisch en stapsgewijs de hulpuitvoering structureren en kwalitatief ondersteunen. Volgens sommige jeugdzorgwerkers is hiermee het primaat van de hulpverleningsrelatie verloren gegaan en moet enkel nog productie gedraaid worden waarin de specifieke situaties van jeugdige en ouders niet meer tellen en omgevormd moeten worden naar een standaardprobleem.

### **Methodieken**

Maatschappelijk werkers die werkzaam zijn als jeugdzorgwerker vormen volgens Huijsmans geen uitzondering op veel van hun vakgenoten waar het gaat om *eclectisch werken*: hij kiest uit verschillende werkmethoden en verbindt deze zodanig dat het past bij de eigen werkstijl en het maatwerk is voor de jeugdige en ouders. De jeugdzorgwerker moet zijn keuzes wel expliciteren en verantwoorden.

De actuele ontwikkeling van de jeugdzorg is nog niet zover dat er één methodisch kader is. Elke werksoort (vrijwillige hulpverlening, jeugdbescherming, jeugd-GGZ) heeft nog een eigen methodisch kader of is deze nog aan het maken. Desondanks kan wel een aantal werkmethoden genoemd worden die in de jeugdzorg veel gehanteerd worden en in veel methodische kaders staan genoemd. De werkmethoden die Huijsmans vervolgens in het kort beschrijft, zijn:

- taakgericht en competentiegericht werken;
- systeemgericht en contextueel werken;
- netwerkgericht werken en casemanagement.

### **Taakgericht en competentiegericht werken**

De jeugdzorgwerker die taakgericht werkt en gericht is op activering en empowerment van jeugdige en ouders brengt de problematiek gedetailleerd in kaart, bakent deze af en stelt met de jeugdige en de ouders de gewenste verandering (doel) vast. Vervolgens worden taken overeengekomen; dit zijn activiteiten die gericht zijn op het verlichten/oplossen van het afgebakende probleem en uitgevoerd worden door de jeugdige, de ouders en/of de jeugdzorgwerker. De taken zijn concreet en gedragsmatig geformuleerd en geven aan wie wat wanneer doet. De taken zijn veelal klein en relatief makkelijk uit te voeren, zodat de kans op succes groot is en een probleemoplossende ervaring wordt beleefd.

Het competentiegericht werken sluit hierop aan maar gaat uit van een aantal vaste taken die jeugdigen ten behoeve van een adequate ontwikkeling moeten vervullen: ontwikkelingstaken. Een jeugdige is competent als hij over voldoende vaardigheden beschikt om de taken die het leven van alledag stelt, uit te kunnen voeren. Een voorbeeld van een ontwikkelingstaak is 'vriendschap': '(vriendschappelijke) contacten met leeftijdgenoten kunnen aanknopen en kunnen onderhouden'. De jeugdzorgwerker richt zich op het aanleren van vaardigheden aan de jeugdige of het aanleren van opvoedingsvaardigheden aan de ouders. Vaardigheidstraining is concreet en gedragsmatig en maakt gebruik van het oefenen van voorbeeldsituaties (huidige situaties en gewenste situaties) waarbij de jeugdzorgwerker vaak model is voor het gedrag (het voordoen van gedrag) en positieve feedback geeft aan de jeugdige en de ouders die de vaardigheid oefenen.

### **Systeemgericht en contextueel werken**

De ontwikkeling van de jeugdige wordt gezien als een dynamisch proces; kind-, ouder-/gezins-, sociale en omgevingsfactoren hebben in wisselwerking invloed op de ontwikkeling en beïnvloeden ook elkaar. Aan eventuele problemen van jeugdigen kan één oorzaak ten grondslag liggen maar meestal is er sprake van een samenspel van persoonlijke, sociale en maatschappelijke factoren. De jeugdzorgwerker die systeemgericht werkt bekijkt de jeugdige en zijn ouders als leden van een gezinssysteem die elkaar steunen, socialiseren, verzorgen en beïnvloeden. Wanneer er een verandering plaatsvindt in de gezinsstructuur vindt er ook een verandering plaats in het gedrag van de leden van het gezin en vice versa. Hierdoor kunnen problemen ontstaan en kan de draaglast van het gezin de draagkracht te boven gaan.

Werker zal heel concreet werken met het gezin en de gezinsleden, zal veel aandacht geven aan de interactiepatronen en de communicatie (verbaal en non-verbaal) tussen de gezinsleden en zal werken aan verbetering door middel van bewustmaking, feedback, het aanleren van communicatietechnieken en coaching.

De *contextuele benadering* gaat een stuk verder; niet alleen wordt gewerkt met het gezin als systeem, maar ook wordt een bredere context van familie en gezin gekozen. De context wordt gevormd door de belangrijke relaties die iemand onderhoudt met mensen in het heden, het verleden en de toekomst. Niet alleen de interactie tussen deze relaties maar vooral de inhoud en de waarde van deze relaties vormen onderwerp van begeleiding waarbij gekeken wordt naar aspecten als rechtvaardigheid, loyaliteit, het volste recht hebben, zorgen voor, nemen van verantwoordelijkheid en naar de balans tussen geven en ontvangen. De jeugdzorgwerker heeft zorg voor ieders individuele belangen, 'ontschuldigt' en gaat uit van de verbondenheid en loyaliteit tussen de jeugdige, de ouders en de andere familieleden. De jeugdzorgwerker stelt zich binnen het systeem veelzijdig partijdig op, dat wil zeggen dat de jeugdzorgwerker niet onpartijdig of neutraal is maar wisselend de kant zal kiezen van de jeugdige, de ouders en de andere gezins- en familieleden met als doel het vergroten van begrip, acceptatie, respect en steun en het beter luisteren naar elkaar. De contextuele benadering is voor veel jeugdzorgwerkers moeilijk concreet te hanteren; het vormt echter een belangrijke aanvullende manier

van kijken naar en begrijpen van jeugdproblematiek. Hieruit kan dan eventueel een goede verwijzing naar geïndiceerde jeugdzorg plaatsvinden.

### **Netwerkgericht werken en casemanagement**

Zoals eerder al gezegd, wordt de ontwikkeling van de jeugdige in belangrijke mate beïnvloed door zijn omgeving. Dit zijn, afhankelijk van de levensfase, de ouders, school, vrienden, collega's enzovoort. De jeugdige ervaart in zijn ontwikkeling problemen die hij zelf en met steun van anderen moet oplossen. Daartoe moet een jeugdige sociaal competent zijn (zie hiervoor) en zich sociaal gebonden voelen, een steunend sociaal netwerk hebben. Wat voor de jeugdige geldt, geldt ook voor het gezin dat inbedding nodig heeft in de buurt en in de familie. De jeugdzorgwerker die netwerkgericht werkt, bekijkt problemen van een jeugdige vanuit zijn totale leefwereld, dus gezin én school én vrienden enzovoort. De werker bouwt een sociaal netwerk van belangrijke personen rondom een jeugdige of rondom een gezin. Dit netwerk kan bestaan uit familie, buurtgenoten, leraren, werkgevers, sporttrainers maar ook uit professionele instellingen, zoals sociale diensten, thuishulp, kinderopvang, politie en maatschappelijk werk. De jeugdzorgwerker maakt na de probleemanalyse een analyse van de totale leefomgeving en van de persoonlijke relaties van de jeugdige met deze leefomgeving. Vanuit deze analyse wordt vastgesteld welke relaties kunnen bijdragen aan verlichting van het probleem en welke nieuwe en aanvullende relaties nodig zijn. De jeugdzorgwerker zoekt contact, bemiddelt en organiseert deze helpende relaties. Er wordt ook netwerkoverleg georganiseerd door de jeugdzorgwerker waarin alle voor jeugdige en/of het gezin belangrijke personen en instanties aan tafel zitten en afspraken maken. De jeugdzorgwerker krijgt hierdoor de rol van *casemanager* die de hulp (voor een deel) niet zelf uitvoert maar organiseert en coördineert. Critici van het casemanagement menen er voor de jeugdzorgwerker niets meer overblijft, dat hij/zij de eigen professionaliteit niet in de praktijk kan brengen en dat hij enkel vanachter zijn bureau contacten heeft. Deze opvatting komt voort sterk aanbodgericht denken. Het tegendeel is volgens Huijsmans waar: de jeugdzorger voert nog steeds het grootste deel van het hulpverleningsproces zelf uit: de probleemexploratie, probleemanalyse, doelbepaling, organisatie de uitvoering en evaluatie. Daarnaast is het directe contact met de jeugdige nog steeds van groot belang om de hulputvoering en motivatie volgen en eventueel te beïnvloeden. De jeugdzorgwerker kan als manager nog steeds professionaliteit bieden maar vooral als bijdrage aan de gevraagde hulp voor de jeugdige en zijn ouders.

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman

Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

#### *Hulpverlening aan ouderen*

T. Valkenburg, G. van Waversveld

### **Doelgroep**

Mensen van 55 jaar en ouder worden in dit hoofdstuk als ouderen of senioren beschouwd. De veranderende visie op ouderen heeft invloed op het overheidsbeleid met betrekking tot ouderen. Veel maatregelen hebben tot doel de oudere zo lang mogelijk zijn zelfstandigheid te laten behouden. Een snel groeiende groep ouderen zijn de allochtone ouderen waar speciale voorzieningen voor in het leven geroepen zijn.

Veel problemen hangen samen met verlies- en verdrietsituaties:

- verlies van de ouderfunctie;
- verlies van de werkfunctie, de plaats en de waardering;
- verlies van de lichaamsfuncties en de zelfstandigheid;
- verlies van de verstandelijke vermogens;
- verlies van de partner, kinderen en vrienden.

De zingevingsvraag is bij deze problematieken mede een belangrijk gegeven. Depressiviteit en vluchtgedrag zijn hierbij bekende reacties.

Ouderdom brengt de mens ongewild in een afhankelijke positie, waarbij bijvoorbeeld lichamelijke handicap en woonsituatie niet meer op elkaar zijn afgestemd.

Het vragen van hulp is voor velen moeilijk. Dit geldt des te meer voor ouderen. De maatschappelijk werker komt vaak weerstanden tegen en een drempel voor het aanvaarden van hulp.

### **Hulpverlening**

De hulpverlening aan ouderen hangt meestal samen met hun lichamelijke en psychische gesteldheid en hun sociale situatie. De hulpverlening kan zowel preventief als curatief van aard zijn. Preventieve hulpverlening is er in hoofdzaak op gericht ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten functioneren in de samenleving. Curatieve hulpverlening is gericht op behandeling. Daarnaast kunnen maatschappelijk werkers een bijdrage leveren aan palliatieve zorg bij patiënten in de terminale fase. De curatieve hulpverlening kent extra- en intramurale voorzieningen. Onder extramurale voorzieningen wordt verstaan: het gecoördineerd ouderenwerk, het regionaal zorgbureau, flankerende voorzieningen, thuiszorg en raciale dienstverlening. Onder intramuraal vallen het ziekenhuis, het verpleeghuis en het zorgcentrum.

De hulpverlening is te onderscheiden in vrijwillige, professionele en zelfhulp. Het maatschappelijk werk maakt als professionele hulpverlening veelal gebruik van vrijwilligers.

### **Methodisch helpen**

Ten aanzien van het methodisch handelen is het respect voor de oudere een kerngegeven.

Wanneer een oudere is aangewezen op tijdelijke of langdurige hulp, zal deze hulp op een methodisch verantwoorde wijze gegeven moeten worden. De methodische principes in het werken met ouderen zijn voortgekomen uit de ervaring met het werken met ouderen en uit wetenschappelijk onderzoek over de ontwikkeling van ouderen. Bij de hulpverlening staat als regel de hulpvrager centraal, dat wil zeggen dat rekening gehouden moet worden met de persoon in kwestie. Hierbij valt te denken aan lichamelijke en geestelijke validiteit, ervaringen in het vroegere leven of de ziekte en/of handicap van de oudere. Het bieden van bijvoorbeeld lichamelijke hulp gaat vaak samen met geestelijke ondersteuning. Geduld en aandacht spelen bij de benadering van ouderen een bijzondere rol.

Ouderen zijn niet altijd in staat direct en helder te formuleren en dan is doorvragen, samenvatten en parafraseren nodig om orde in het verhaal te krijgen en het verhaal te complementeren. Directieve therapie en gedragstherapie zullen nodig zijn om de oudere tot gedragsveranderingen (waar dat mogelijk is) aan te zetten. De oudere zal doorgaans willen herkennen waar hij mee bezig is en de dingen moeten heel concreet aangereikt worden en gemakkelijk te begrijpen zijn. De cognitief begaafde oudere zal snel resultaat willen zien van de behandeling. Ouderen met een dementieel syndroom hebben doorgaans een op kleine veranderingen gerichte gedragstherapeutische benadering nodig. Ouderen komen bij het ouder worden steeds meer alleen te staan en zijn daarom gewend zelf naar oplossingen te zoeken. Als ze dan vastlopen, hebben ze behoefte aan concrete aanwijzingen.

### **Emancipatorische hulpverlening**

Ouderenhulpverlening kenmerkt zich naast de aspecten begeleiding en behandeling ook door het sterk emancipatorische karakter. Ouderen dienen zelf een belangrijke stem te hebben in het bepalen van de omstandigheden waarin zij leven. Hulpverleners zullen steeds meer de nadruk moeten leggen op het bevorderen van assertiviteit van ouderen. De basisopstelling van de maatschappelijk werker is gericht op het exploreren van wat nog mogelijk is bij zijn oudere cliënt, of anders gezegd: te streven naar het behoud van competenties van de oudere.

*Maatschappelijk werk*

*Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman

Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

*Reclassering blijft in beweging*

C. Alblas

### **Stand van zaken anno 2002**

De Stichting Reclassering Nederland bestaat uit drie landelijke reclasseringsinstellingen: Reclassering Nederland (hieronder vallen vijf ressortbureaus en 55 units), de afdeling Reclassering van het Leger des Heils (met negen units) en de Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland (SVG).

Het uitvoerend werk wordt verricht in de units van de drie reclasseringspartners, verspreid over alle arrondissementen. Per arrondissement is er één 'voordeur' voor de hele reclassering: het arrondissementssecretariaat, dat overal is ondergebracht bij de Reclassering Nederland. Het verdeelt instromende cliënten over de organisaties.

Een directe relatie tussen delinquent gedrag en verslaving is een criterium voor verwijzing naar de verslavingsreclassering. Het Leger des Heils richt zich vooral op dak- en thuislozen. De Reclassering Nederland staat ten dienste van alle andere cliënten. De kwantitatieve verdeling van cliënten tussen verslavingsreclassering, Leger des Heils en Reclassering Nederland is respectievelijk twintig, tien en zeventig procent.

### **Visie en missie van de reclassering**

Criminaliteit, op individueel niveau bekeken, is geen vaststaand gegeven, maar gekozen gedrag dat - zij het soms uitermate moeilijk - veranderbaar is. De keuze van de delictpleger voor zijn (criminele) 8gedrag wordt beïnvloed door gebrekkig ontwikkelde vaardigheden, door opgedane teleurstellingen en frustraties, door emoties en door feitelijk of vermeend gedrag. Maar deze factoren leiden niet noodgedwongen crimineel gedrag.

De reclassering ziet de delictpleger als een persoon met een eigen verantwoordelijkheid die zijn eigen keuzes maakt. Dat is in overeenstemming met het uitgangspunt van het strafrecht. Zo ontstaat er een principiële perspectief voor reclasseringsbemoeienis. De delinquent kan zich anders leren gedragen en kan worden aangesproken op

Zijn verantwoordelijkheid om zich ook daadwerkelijk anders te gaan gedragen.

Het vertrekpunt voor de reclassering is het delinquente individu. Door het delictgedrag te beïnvloeden en er naar te streven dat met behulp van de reclassering het delictgedrag vermindert, dan wel stopt, levert de reclassering een bijdrage aan een veiliger maatschappij.

### **Effectief reclasseren**

Het doel van de reclassering is dus om te voorkomen dat daders opnieuw delicten plegen. Daartoe worden middelen ingezet die hebben aangetoond dat daarmee de doelstelling te bereiken is. Op het punt van de middelen en methodieken wordt in toenemende mate belang gehecht aan bewezen effectiviteit. Het gaat erom die middelen en methodieken in te zetten waarvan de doeltreffendheid door wetenschappelijk onderzoek kan worden onderbouwd. De reclassering wil werken met 'evidence based practices'. Deze methodieken worden ingezet bij het werken aan gedrag en factoren die samenhangen met het plegen van delicten.

Deze wijze van gedragsbeïnvloeding, het vergroten van competenties en het aanspreken op het daadwerkelijk hanteren van deze competenties, vereist dat ook toezicht wordt gehouden op het nakomen van de afspraken. *Toezicht houden* is in de aard van de zaak het steeds opnieuw nagaan en beoordelen van het gedrag ten opzichte van de afspraken en is een onlosmakelijke taak van de reclassering. Dit houdt in dat de begeleidingsrelatie niet (geheel) wederkerig en gelijkwaardig is. Door



de verantwoordelijkheid van toezichthouder te krijgen, wordt ook de bevoegdheid gegeven om tegenover bepaald gedrag de dreiging van bestraffing te zetten. Daarmee wordt de extrinsieke motivatie verkregen. Maar waar mogelijk zal getracht moeten worden om - in ieder geval deels - interne motivatie te bewerkstelligen om het gedrag te veranderen. Interne motivatie zal het risico van recidive immers sterk verminderen.

Uiteraard geldt het voorgaande voor mensen die verantwoordelijk gesteld kunnen worden voor hun gedrag en dus toerekeningsvatbaar zijn. Waar dat niet het geval is, richt de reclassering zich vanuit het principe van 'beveiliging van de samenleving' op toezicht en controle, niet zozeer op gedragsbeïnvloeding.

### **Taken**

De reclasseringsregeling kent drie kerntaken:

- het geven van begeleiding aan, het houden van toezicht op en het (ten dele) uitvoeren van controle ten aanzien van veroordeelde personen;
- het informeren en adviseren van de justitiële autoriteiten ter zake een verdachte of veroordeelde persoon;
- de uitvoering van taakstraffen.

### **Doelgroep**

In het 'strategisch meerjarenplan 1996 – 1999' van Reclassering Nederland wordt een doelgroepkeuze (ook wel prioriteitsgroepen genaamd) gemaakt. Het volgende valt hierin te lezen:

'Gelet op de omvang van de groep (potentiële reclasseringscliënten in de Nederlandse samenleving en de omvang van de aan de reclassering thans ten dienste staande middelen kiest de reclasseringsorganisatie voor die groepen waar het te verwachten maatschappelijke effect van haar begeleidingsinspanningen het grootst is.

verwachten maatschappelijk effect van haar begeleidingsinspanningen het grootst is. Onder maatschappelijk effect wordt verstaan het herstel van adequaat sociaal functioneren, het terugdringen van recidive en de vermindering van overlast. Het zwaartepunt van deze begeleidingsinspanning zal daarom, meer dan voorheen, gelegd worden bij:

1. (potentiële) reclasseringscliënten die door reclasseringsbemoediging te motiveren zijn tot een inspanning gericht op een gedragsverandering, welke voorwaarde is voor een succesvolle herinpassing in de samenleving;
2. specifieke projecten die gericht zijn op de bestrijding/vermindering van ernstige maatschappelijke overlast, veroorzaakt door justitiabelen die bij herhaling met justitie in aanraking komen.'

Deze keuze impliceert een vergrote instroom van 16- tot 25-jarigen in de reclassering, gebaseerd op de stelling dat juist zij vatbaar zijn voor gedragsverandering en zij ook dominant aanwezig zijn in de populatie van overlastveroorzakers. Dit betekent óók dat een tamelijk grote groep 'gedetineerden' buiten de boot valt'. Het betreft hier vooral gedetineerden van allochtone afkomst. Zij beheersen de Nederlandse taal over het algemeen slecht, hebben vaak een ontkennende houding ten aanzien van het door hen gepleegde delict en hebben een geringe motivatie om zich aan te passen aan de normen en waarden van de Nederlandse samenleving. Zij kunnen daarom tot een moeilijker doelgroep worden gerekend. Potentiële cliënten die de Nederlandse taal niet spreken of het delict ontkennen, worden wel met hulp van een tolkentelefoon bezocht in hulp, maar zij worden minder vaak toegelaten tot reïntegratieprogramma's, omdat zij niet aan de selectiecriteria voldoen. De problemen waar cliënten uit etnische minderheidsgroepen mee kampen, zijn voor reclasseringswerkers ook relatief onbekend. Met typisch Nederlandse problemen als de uitwerking van een echtscheiding op het verdere leven van de cliënt, kunnen zij vaak goed uit de voeten, terwijl ze veel minder aanknopingspunten hebben als het gaat om de invloed van een koranschool of de gevolgen van een immigratie, vlucht, of moeizame

integratie. De begeleiding en opleiding van reclasseringswerkers in de inhoud van het werk hebben als gevolg van de reorganisatie en verzakelijking van de reclassering te wensen over gelaten. Dit blijkt volgens Alblas uit het onderzoek van Boone (2002). Op grond van de uitkomsten van dit onderzoek zal binnen de reclassering meer aandacht komen voor interculturalisatie, in de vorm van bijscholing voor reclasseringswerkers. Ook zal gestreefd worden naar een in cultureel opzicht diverser personeelsbestand en zullen zowel de instroomcriteria als de inhoud van reïntegratieprogramma's opnieuw worden bezien.

### **Werkwijze**

Per cliënt (verdachte of veroordeelde) wordt aan de hand van het formulier voor de eerste indicatiestelling nagegaan wat de problemen zijn en wordt er, na flattering door de unitmanager, een plan van aanpak opgesteld. In dat plan van aanpak worden alle activiteiten (ook wel reclasseringsprogramma's genoemd) genoteerd die door de reclassering of anderen zullen worden uitgevoerd. De uitvoering van het plan van aanpak wordt gecoördineerd door een unit in het arrondissement van herkomst van de cliënt. Binnen zo'n plan van aanpak kunnen specifieke taken worden verricht door anderen, zoals reclasseringswerkers in penitentiaire inrichtingen. Ook programma's van andere hulpverleningsinstellingen kunnen in een plan van aanpak worden opgenomen. Op deze wijze wordt 'maatwerk' gerealiseerd.

Binnen het OPS (outputsturing) is de werkwijze als volgt geformuleerd:

'Het trajectmatig werken met een programmatisch aanbod is een methodische term. De reclasseringwerker stelt een traject op dat veelal meerdere modules kent (programma's genoemd), die gericht zijn op het verminderen van de problematiek bij de cliënt die samenhangt met de kans op herhaling van strafbaar gedrag. Het opstellen van dit traject gebeurt aan de hand van het formuleren van een plan van aanpak. Trajectmatig werken is een andere benaming voor casemanagement. De term die daar binnen de reclassering voor gebruikt wordt is trajectbegeleiding.

Trajectbegeleiding betreft het organiseren en doen uitvoeren van een samenstel van begeleidings- en behandelingsactiviteiten. Daarmee onderscheidt het zich van begeleiding. Begeleiding is een deel van een traject, gericht op het beïnvloeden van specifieke gedragingen van de cliënt. De reclassering biedt dus trajectbegeleiding en specifieke begeleiding, maar geen behandeling. Behandeling in het kader van een traject wordt altijd uitbesteed.

In het kader van de trajectbegeleiding volgt en controleert de reclassering de voortgang van behandeling of begeleiding alsmede het gedrag van de cliënt en de eventuele voorwaarden die op justitiële basis aan hem zijn opgelegd. Op basis van die rol rapporteert zij ook aan justitiële autoriteiten over het verloop van de behandeling of begeleiding als het gaat om begeleiding in gedwongen kader.' Bij trajectbegeleiding hoort onlosmakelijk de term vaste begeleider (VB-er). Het is de VB-er die zich bezighoudt met het organiseren, coördineren en (doen) uitvoeren van een samenstel van begeleidings- en/of behandelingsactiviteiten. Met uitzondering van vroeghulp start het programmatisch aanbod van de reclassering met het programma 'trajectbegeleiding'; dit programma is als het ware de ruggengraat van het reclasseringsproces.

De drie instellingen bieden elk een integraal reclasseringsaanbod. Alle werkeenheden voeren dus alle basisprogramma's uit, zoals vroeghulp, voorlichtingsrapportage en taakstraffen.

Speciale programma's, die slechts door een of twee van de instellingen worden uitgevoerd, zijn ook voor cliënten van de andere instelling(en) beschikbaar. Dit kunnen bijvoorbeeld sociale vaardigheidstrainingen zijn, die bij de Reclassering Nederland en het Leger des Heils worden gegeven en de dagtrainingsprogramma's, die in centra van het Leger des Heils plaatsvinden.

In de vroeghulp wordt psychosociale hulpverlening geboden en een indicatiestelling gemaakt. Het vroeghulprapport kan een bijdrage zijn in de besluitvorming van de officier van justitie met betrekking tot het in bewaring stellen van de verdachte.

In de voorlichtingsrapportage wordt een diagnose gesteld en is de mogelijkheid van een strafadvies aanwezig. Het rapport is zowel een terug- als een vooruitblik. De cliënt heeft het rapport al gelezen voordat het wordt verzonden.

Detentiebegeleiding houdt zowel begeleiding tijdens de detentie in, alsook de voorbereiding op terugkeer in de samenleving. Nieuw is de dagdetentie, waarbij de gedetineerde overdag begeleid wordt en vaardigheden kan aanleren terwijl hij 's avonds en 's nachts thuis is.

Voor ex-gedetineerden is er de Stichting Exodus, een brug naar de samenleving. De cliënt wordt hier concreet geholpen onder andere bij het vinden van werk, scholing en huisvesting.

In de extramurale hulpverlening staan begeleiding en toezicht centraal en is de reclasseringswerker een veelzijdig maatschappelijk werker.

Tijdens de rechtszitting wordt de cliënt eventueel door de reclasseringswerker ondersteund en wordt het voorlichtingsrapport toegelicht. Reclassering organiseert en coördineert ook de werkstraffen die door de rechter zijn opgelegd.

### **Hulpverlening**

Hulpverlening geschiedt bij de reclassering niet volgens één bepaalde methodiek. Veelal is de hulpverlening van praktische aard en kortdurend. De methode Taakgerichte hulpverlening kan zeker bruikbaar zijn. Als reclasseringswerker moet men echter niet alleen kennis hebben van verschillende methodieken van het maatschappelijk werk, maar ook van het strafrecht.

Bij de hulpverlening gaat het om het stellen van een diagnose (aanleiding delictsituatie) en om een aanpak ter voorkoming van recidive. In de praktijk komt dat erop neer de cliënt inzicht te geven in zijn functioneren en hem keuzes te bieden ter verbetering van dat functioneren. Als dat wordt bereikt, kan de strafrechtelijke reactie zo terughoudend mogelijk zijn en zal de maatschappelijke acceptatie van de cliënt toegenomen. Door de invoering van het CVS en zeker de OPS is de reclasseringswerker trajectbegeleider geworden, die coördineert, evalueert, bijstelt en de cliënt motiveert. De trajectbegeleiding en ook het toezicht wordt elke zes maanden geëvalueerd.

Bij de diagnose biedt de zogenoemde weekkaart goede mogelijkheden om een beeld van de cliënt te krijgen, de dagbesteding geeft inzicht in de haalbaarheid van de geopperde mogelijkheden.

Reclassering is erop gericht recidive te voorkomen. Dit houdt in dat de cliënt in de reclasseringswerker ook iemand ervaart die solidair met hem is in het overwinnen van moeilijkheden.

Het dagtrainingscentrum van het Leger des Heils is een alternatief voor detentie van jeugdigen (17 tot 25 jaar). Het programma is gericht op training van (sociale) vaardigheden en het verkrijgen van werkervaring. Gedragsoefening, gedragsinstructie en feedback zijn daarbij goede hulpmiddelen.

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman

Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

### *Schuldhelpverlening*

#### *De bijdrage van het maatschappelijk werk*

A. Menger, G. Meijerink

### **Doelgroep**

Hoewel het vaak samengaat, heeft armoede niet noodzakelijkerwijs problematische schulden tot gevolg. En ook komen problematische schulden voor bij huishoudens met een inkomen boven het sociaal minimum.

Van problematische schulden is sprake als de financiële problemen van een huishouden zo groot zijn dat het huishouden niet langer in staat is op eigen kracht de financiële verplichtingen na te komen.

### **Oorzaken van schulden**

De oorzaken van problematische schulden zijn heel divers. Een veel gebruikte categorisering is die van De Greef e.a. Deze onderscheidt vier soorten schulden:

- *Overlevingsschulden*

Hier toe behoren de meeste problematische schulden van de sociale minima. De schulden zijn terug te voeren op een relatief kleine vrije bestedingsruimte. Bezuinigingen bieden geen soelaas meer; tekorten worden gefinancierd door uitstel van betalingen, met kopen op afbetaling of met het afsluiten van extra leningen om andere schulden af te lossen. Vaak gaat het om gecumuleerde woonlasten en rekeningen bij postorderbedrijven. (Maar niet alle postorderschulden zijn overlevingsschulden!).

- *Aanpassingsschulden*

Deze schulden zijn het gevolg van veranderde levensomstandigheden zoals plotselinge inkomensachteruitgang, bijvoorbeeld door werkloosheid, echtscheiding of onvoorziene uitgaven. Huishoudens worden gedwongen hun consumptieniveau en levensstijl aan te passen. De problemen doen zich vooral voor in het begin van de nieuwe situatie.

- *Overcrediteringsschulden*

Dit komt vooral voor bij huishoudens in de midden- of hogere inkomensklasse, die hun consumptiebehoefte op te ruime schaal hebben gefinancierd. Oorzaken zijn te vinden in onvoldoende kennis van kredietvormen en gebrekkig financieel beheer.

- *Compensatieschulden*

Deze schulden komen vooral voor bij huishoudens op minimuminkomensniveau. Het gaat hier om een vorm van overbesteding die gevoed wordt door gevoelens van deprivatie. Dit uit zich in koopgedrag dat als 'zorgeloos' wordt aangemerkt.

Een andere belangrijke oorzaak van schulden is nog te vinden in het rapport

De Arme kant van Nederland.' *Niet-gebruik van voorzieningen* wordt hier gezien als een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van problematische schulden. Een flink deel van huishoudens met een laag inkomen blijkt niet of onvoldoende gebruik te maken van inkomensondersteunende voorzieningen, zoals huursubsidie, bijzondere bijstand, gemeentelijke noodfondsen en kwijtschelding van gemeentelijke belastingen.

Onderzoek onder bijstandsgerechtigden en ouderen in Rotterdam en Nijmegen toont bijvoorbeeld aan dat meer dan 50% van deze groepen geen gebruik maakt van de bijzondere bijstand.

### **Voorwaardelijke hulpverlening**

Het Project Schuldhulpverlening werkt met een vorm van voorwaardelijke hulpverlening. Dat houdt in dat iemand alleen iets kan verwerven of vermijden als hij instemt met de voorwaarde professionele hulp te accepteren. Bijvoorbeeld: professionele hulp accepteren als voorwaarde voor het verwerven van een schuldsanering, als voorwaarde voor het vermijden van een huisuitzetting of voor het verwerven van een kans op herhuisvesting.

Deze voorwaarde wordt gesteld door een andere instantie dan het maatschappelijk werk. In het geval van schuldhulpverlening door de Kredietbank. In andere gevallen kan het de Sociale Dienst zijn, een woningbouwvereniging, een kinderrechter of een bedrijf.

Voorwaardelijke hulpverlening in incidentele gevallen komt al heel lang voor in het maatschappelijk werk. Vaak was en is het in dergelijke situaties niet altijd helder dat het om voorwaardelijke hulpverlening gaat. Meer en meer is te zien dat deze werkwijze officieel vormgegeven is in samenwerkingscontracten tussen maatschappelijk werk en andere instanties.

### **Project Schuldhulpverlening**

Als er eenmaal een werkrelatie tot stand is gekomen en de cliënt is gemotiveerd geraakt, verschilt de verdere begeleiding niet sterk van de reguliere begeleiding door het maatschappelijk werk. Met name de methodieken 'taakgericht werken', 'systeemgericht werken' en 'activerende hulpverlening' zijn zeer bruikbaar. Betrokkenheid van partner en (grotere) kinderen is vaak een voorwaarde voor succes. De verschillen tussen reguliere hulpverlening en de hulpverlening in het kader van het project schuldhulpverlening liggen vooral bij het voorwaardelijke karakter van de hulp.

a. *Context en speelruimte.* Maak duidelijk waarover niet te onderhandelen is en schipper daarmee niet.

Houd deze niet-onderhandelbare punten in principe beperkt tot de formele voorwaarden van de verwijzende instantie. (Begeleiding is een voorwaarde, dus de cliënt moet komen opdagen, geeft inzicht in de financiële huishouding en maakt geen nieuwe schulden). Slechts in enkele gevallen worden aanvullende voorwaarden gesteld. Verschuil je niet achter het feit dat het voorwaarden van een ander zijn, maar ga er ook zelf voor staan.

b. *Ruimte geven aan gevoelens en uitingen van weerstand.* Zorg ervoor dat eventuele gevoelens van weerstand op tafel komen. Vraag ernaar, open of provocerend. Vraag wat het iemand oplevert als hij kiest voor verdergaan met de hulpverlening, en wat als hij kiest voor stoppen. Maak een winst- en verliesrekening. Deze werkwijze kan in verschillende stadia van het traject nodig en zinvol zijn. Tijdens het budgetteren moeten soms pijnlijke keuzen worden gemaakt. Ook daarbij kan per keuze op deze wijze worden gewerkt. Moraliseer daarbij niet.

c. *Onderzoeken van de doelen van de cliënt*

Als er geen zinvolle relatie totstandkomt, omdat de cliënt zich impliciet of expliciet verzet, streeft hij op dat moment kennelijk andere doelen na, die belangrijker voor hem zijn. Bijvoorbeeld: 'pottenkijkers weren', of 'voorkomen dat ik weer merk dat mijn handelen geen effect heeft', of 'voorkomen dat mijn kind kostgeld moet betalen', of 'voorkomen dat de werker erachter komt dat ik fraudeer'. Probeer na te gaan waar hij op uit is. Beschouw deze doelen niet, in normatieve zin, als tegenwerking, maar als legitieme doelen en een werkbare startsituatie. Als je weet waartegen hij zich verzet en wat hij ermee denkt te winnen, kun je daar je verdere begeleiding op afstemmen.

d. *Keuzen bij de cliënt laten*

Maak duidelijk dat, binnen het kader van de niet-onderhandelbare punten, de ruimte om te onderhandelen maximaal is. Bij schulden is het gevoel van controleverlies meestal vrij groot. Probeer tijdens de begeleiding steeds aan te sturen op herstel en vergroting van het gevoel situaties zelf onder controle te hebben. Laat de cliënt binnen de speelruimte dus zoveel mogelijk zelf de regie. Geef daarom zo weinig mogelijk gesloten opdrachten. Formuleer eerder taken in termen van een keuze: Wat is haalbaar, op welk moment komt het uit, in welke volgorde?

e. *Winst duidelijk maken*

Probeer duidelijk te maken, in woorden en daden, dat de cliënt iets aan de begeleiding kan hebben. Jullie zitten samen in deze situatie, benoem dat, en spoor hem aan daar gebruik van te maken. Bespreek dat je beter iets zinnigs kunt doen met de tijd dan die samen uit te zitten. Leg uit wat je kunt doen en probeer daarbij zo veel mogelijk aan te sluiten bij de doelen die iemand, al dan niet bewust, nastreeft. Behartig de belangen van je cliënt zoals je dat in normale situaties ook doet, ook tegenover Kredietbank en Sociale Dienst. Daarmee maak je direct duidelijk dat je wel met hen samenwerkt, maar dat je vrij bent om voor de cliënt op te komen. Leg dit duidelijk uit.

f. *Handelingsgericht werken*

Het handelingsgericht werken loopt als een rode draad door de hele begeleiding heen. Budgetbegeleiding is hier een goed voertuig voor. Soms bieden ook andere problemen een aanknopingspunt. Bijvoorbeeld de relatie met de partner, met kinderen, met ouders. Of een probleem met een instantie, een schuldeiser. Dit hangt af van de problematiek en de doelen van de cliënt en van de financiële situatie.

g. *Schuldhelpverlening*

Het afspreken van handelingen tussen de gesprekken door, of het verrichten van handelingen tijdens het gesprek (telefonisch contact, brieven) moet met veel aandacht gebeuren. Zoek samen met de cliënt naar haalbare taken met een maximale kans op succes.

h. *Zelfvertrouwen vergroten*

Het stapsgewijs vergroten van het aantal succesvolle handelingen van de cliënt is gericht op het vergroten van zijn zelfvertrouwen. De taken en opdrachten worden zo gekozen dat dit proces kan plaatsvinden. Zie en honoreer het succes ook steeds.

i. *Open communicatie*

Bespreek dilemma's openlijk met de cliënt. Blijf er niet te lang zelf mee rondlopen. Vaak is dat een signaal dat de balans tussen de activiteit van de cliënt en van jou als werker verstoord raakt.

### *Maatschappelijk werk*

#### *Doelgroepen en werkvelden*

N. van Riet (red.), m.m.v. H. Jongman  
Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten (2003)

### *Verslaving*

J. Bouwman, bewerkt door: G. den Braber

### **Verslavingszorg**

De Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg (NeVIV) is de koepelorganisatie van de verslavingszorg. Bij de NeVIV zijn ruim dertig instellingen aangesloten. Dit zijn vrijwel alle instellingen voor ambulante verslavingszorg in Nederland. Deze lidinstellingen houden zich specifiek bezig met verslavingszorg op het gebied van alcohol, drugs en gokken. Onder de leden zijn alle zestien Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (CAD's) en een groot aantal (veelal) kleinere instellingen voor maatschappelijke drughulpverlening. Via een samenwerkingsovereenkomst met de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (NVGGz) zijn ook verslavingsklinieken betrokken bij de activiteiten van de NeVIV.

Het ministerie van VWS geeft jaarlijks 136 miljoen euro uit aan verslavingszorg, waarvan ongeveer de helft bestemd is voor de drugshulpverlening.

### **Doelgroep**

Wanneer een gewoonte overheersend, veel energie vergend onderdeel van het gedrag met een negatief effect op het lichamelijk en psychisch functioneren is men verslaafd. Men spreekt van een verslaving wanneer iemand niet meer vrij is een gewoonte naar believen op te geven, ook niet met behulp van vrienden of familie.

De definitie van drugs van van Epen, een der pioniers van de Nederlandse verslavingszorg, luidt als volgt: 'Drugs zijn stoffen die invloed hebben op het menselijk bewustzijn en om die redenen gebruikt worden. Er zijn drie hoofdgroepen van middelen te onderscheiden, afhankelijk van de invloed die deze middelen hebben op het bewustzijn:

1. *Bewustzijnsverlagende middelen:*
  - a. Opiaten (waaronder o.a. morfine, heroïne en methadon);
  - b. Kalmerings- en slaapmiddelen (benzodiazepinen);
  - c. Alcohol;
  - d. Vluchtige stoffen.
2. *Opwekkende of stimulerende middelen:*
  - a. Koffie, thee, cola, cacao (chocolade) Het werkzame bestanddeel van deze stoffen is cafeïne;
  - b. Tabak. Het werkzame bestanddeel is nicotine;
  - c. Wekaminen;
  - d. Cocaïne.
3. *Bewustzijnsveranderende middelen:*
  - a. Henneproducten;
  - b. Chemische tripmiddelen (waaronder LSD, XTC);
  - c. Natuurlijke tripmiddelen (bijv. bepaalde paddestoelen).

Verslavingsproblematiek dient vroegtijdig gesignaleerd te worden. Het ontstaan van verslavingsgedrag kan maatschappelijke, psychosociale en medisch-constitutionele oorzaken hebben.

De levensstijl van bepaalde groepen verslaafden kan een bijdrage zijn tot verhoging van het risico op HIV-besmetting.

Het aantal gokverslaafden is niet exact in beeld gebracht, maar GGZ Nederland gaat ervan uit dat 70000 tot 140000 mensen verslaafd zijn aan het gokken.

De laatste jaren wordt de verslavingszorg geconfronteerd met internetverslaafden.

### **Hulpverlening**

De hulpverlener (in de eerste lijn) helpt allereerst door in het hulpverlenende contact structuur aan te brengen. Aan de hand van een concrete hulpvraag wordt vervolgens het hulpaanbod geformuleerd. Daarin zijn onder andere motivatieverhogende technieken (in verband met een gevoel van lage zelfwaardering bij de cliënt) van groot belang. Ook de RET (als therapeutische benadering) kan een zinvol hulpverleningsaanbod zijn.

Zelfhulpmethodiek is voor alcoholverslaafden een geëigende vorm van probleembestrijding. Voor harddruggebruikers kan naast methadonverstrekking ook hulp die het inzicht van afhankelijkheid vergroot van belang zijn.

#### *Rationele gedragstherapie bij gokverslaving*

In het hoofdstuk wordt door de auteurs het model voor rationele gedragstherapie uitgewerkt. Het model van de rationele gedragstherapie biedt de mogelijkheid op een therapeutische benadering ten aanzien van gokverslaving. Deze benadering heeft veel overeenkomst met de rationeel-emotieve therapie, de RET. Er wordt gewerkt met de volgende terminologie: G1 is de gebeurtenis, G2 de gedachte, G3 de gokdrang, G4 het gokken en G5 het gevolg. Het trainingsprogramma omvat vijf stappen.

- Stap 1: Het in kaart brengen van risicosituaties: in welke situaties loopt men het risico te gaan gokken?
- Stap 2: Een nieuwe reactie plannen: men maakt een plan voor een andere reactie op G2, G3 en G4. Men reageert niet meer met gokken op de gedachte aan gokken, maar met alternatief gedrag.
- Stap 3: De nieuwe reactie instuderen: men heeft voor elke risicosituatie een blauwdruk. In gedachten doorloopt men de nieuwe gedragscyclus van denken aan gokken tot aan de nieuwe reactie. Hierbij ontspant men zich en prent men zich het nieuwe gedrag in.
- Stap 4: Het geleerde in de praktijk toepassen: nadat men denkt aan gokken, gaat men wandelen, televisie kijken, een boek lezen, naar calanetics, stretchen, in bad. Men oefent dus het nieuwe gedrag. De vooruitgang legt men vast in een dagboek. Men moet dagelijks bijhouden hoe men met risicosituaties is omgegaan.
- Stap 5: Beloon het alternatieve gedrag: stoppen met gokken is op langere termijn belonend. In de beginperiode dient men zelf voor kortetermijnbeloningen te zorgen als men succesvol is.

### **Afstemming in de eerste- en tweedelijnszorg**

Niet elke verslaafde kan door een eerstelijnswerker worden behandeld.

Redenen om een cliënt te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg zijn onder andere de volgende:

- Er is sprake van een langdurige verslavingsgeschiedenis.
- De verslavingsproblematiek staat duidelijk op de voorgrond.
- De cliënt vraagt zelf om specialistische hulp.
- Er hebben reeds verschillende behandelingen plaatsgevonden.
- Er is sprake van psychiatrische problematiek.

Bij een aanpak door de eerstelijnszorg gaan de auteurs uit van een groter zelfregulerend vermogen van de cliënt. Bij de behandeling zal hij zelf nog meer in staat moeten zijn zichzelf te sturen dan binnen de gespecialiseerde hulpverlening. Ook binnen de categorale hulpverlening staat de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt centraal; de verslaving heeft echter een hogere tol van de 'eigen wil' van de cliënt gevraagd.

Binnen de eerstelijnszorg aan cliënten met verslavingsproblemen wordt een onderscheid gemaakt tussen de opvang van problematische alcoholgebruikers en problematische gebruikers van harddrugs. Bij problematische alcoholgebruikers wordt in de Nederlandse situatie de begeleide zelfhulpmethodiek veelal toegepast. Binnen deze methodiek zijn de volgende elementen van belang:



het bijhouden van een drinkdagboek, het vastleggen van risicosituaties, het controleren van het drinkgedrag en het regelmatig contact met de hulpverlener.

In de categoriale hulpverlening zijn preventie, consultatie en reclassering de meest opvallende taken. De overheid speelt in toenemende mate een rol bij gedwongen afkicken door drang- en dwangprogramma's.

In de intramuraal verslavingszorg kan de verslaafde cliënt terecht in de Categorieel Psychiatrische Ziekenhuizen, dan wel in een aantal therapeutische gemeenschappen. Het doel daarbij is afkicken. Het overheidsbeleid in het kader van de bestrijding van verslaving is streng wanneer het gaat om verkeersovertredingen door het gebruik van alcohol. Preventieve maatregelen worden daar wel bij geboden.

*Aan beide zijden van de voordeur*

*Positie en functies van het Algemeen Maatschappelijk Werk*

Leon de Haas

MOgroep, Utrecht (2002)

### **Missie**

Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft een publieke opdracht: bijdragen aan de sociale zelfredzaamheid van mensen. Het is de lokale basisvoorziening die de professionele hulp van maatschappelijk werkers beschikbaar stelt aan mensen in hun directe leef- en woonomgeving.

### **Functies**

De functie van het AMW in de samenleving en in de sociale infrastructuur is versterking van de sociale zelfredzaamheid van mensen met psychosociale problemen. Deze functie is nader te omschrijven als een geheel van zeven AMW-functies die zich richten op cliënten, professionele netwerken en de samenleving:

#### *1. Toegang verschaffen*

Verschaffen van toegang tot gespecialiseerde zorg en welzijn en tot publieke informatie en voorzieningen.

#### *2. Begeleiden en behandelen*

Bevordering van psychosociale zelfredzaamheid, door begeleiding en behandeling, op basis van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

#### *3. Bemiddelen namens de cliënt*

Bemiddeling namens de cliënt naar personen en instanties die onbedoeld de problematiek van de cliënten verergeren, teneinde de cliënt weer greep te laten krijgen op zijn of haar situatie.

#### *4. Ondersteunen*

Als sociaal vangnet fungeren door actieve ondersteuning, met name voor die mensen die op langere termijn minder zelfredzaam zijn in een of meer psychosociale competenties.

#### *5. Dienstverlening en consultatie*

Advies geven aan professionele derden inzake psychosociale problematiek.

#### *6. Bijdragen aan preventie*

Bijdragen aan preventie van gezondheids- en welzijnsproblemen door voorlichting en door training van psychosociale competenties.

#### *7. Signaleren*

Signaleren van probleemsituaties en probleemversterkende omstandigheden door interventies bij overheden en partners in zorg en welzijn.

De kracht van het AMW bestaat uit de integrale toepassing van de zeven functies in hun onderlinge samenhang.

De functie AMW is toegankelijk en beschikbaar voor alle burgers, voor het brede spectrum van psychosociale problemen.

### **Positie**

Het AMW vormt een verbindingsschakel tussen de verschillende disciplines en voorzieningen in zorg en welzijn. Deze verbindende positie van het AMW, vanuit het perspectief van de cliënt, vormt zijn maatschappelijk belang. Het AMW is als 'partner' van de cliënt tevens partner in de 'ketens' van zorg en welzijn.

Het AMW functioneert in diverse netwerken voor zorg en welzijn, op een reeks beleidsterreinen, zoals de geestelijke gezondheidszorg, het lokaal sociaal beleid, armoedebeleid, onderwijsbeleid, veiligheid, nazorg na rampen, asielbeleid en jeugdbeleid.

### **Basisvoorziening**

De AMW-functies worden ingezet in diverse settings voor zorg en welzijn. De basisvoorziening AMW is dan ook flexibel georganiseerd: het is de direct toegankelijke 'psychosociale hulppost' in de directe leefomgeving van de burgers, en de outreachende vindplaatsgerichte hulpverlening, en de participatie van maatschappelijk werkers in onder meer gezondheidscentra, bureaus voor schuldhulpverlening, wijkinformatiecentra en buurtgerichte projecten.

In welke setting de basisvoorziening ook is georganiseerd, om beschikbaar en toegankelijk te zijn dient ze te voldoen aan een aantal voorwaarden:

- De voorziening is direct toegankelijk voor iedereen, herkenbaar aanwezig in de nabijheid van de eigen woonomgeving;
- beschikt minimaal over een landelijk vastgestelde basiscapaciteit, uitgedrukt in een normverhouding van formatie ten opzichte van de omvang van de lokale bevolking;
- zet alle zeven functies van het AMW in;
- en streeft de toepassing na van de landelijke kwaliteitsnormen voor het AMW.

### **Context**

Het Algemeen Maatschappelijk Werk is onderdeel van de Nederlandse samenleving. Zowel de cliënten als de organisatievormen van het AMW weerspiegelen de ontwikkelingen van de samenleving. De visie op de functie en positie van het AMW verdient dan ook periodiek verversing te worden. Anno 2002 is dit nadrukkelijk aan de orde: de samenleving 'kantelt' en de AMW-praktijk verandert mee.

*Op één lijn*

*De hulpvraag, hulpverlening, organisatie, kwaliteit, imago en toekomst van het algemeen maatschappelijk werk in Nederland*

Jaap Buitink

Uitgeverij SWP, Utrecht (1993)

### **Het beroep maatschappelijk werker**

De voortschrijdende professionalisering van het beroep maatschappelijk werker heeft de laatste decennia tot gevolg gehad dat zowel de beroepsbeoefenaren als landelijke werkveldorganisaties besloten het beroepsdomein vast te leggen. Dit leidde in 1987 tot de uitgave van het 'Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker'.

Het beroepsprofiel is de omschrijving van taken, verantwoordelijkheden en deskundigheden, zoals die momenteel in de werkelijke uitoefening van het beroep maatschappelijk werk gelden. De beroepsgroep en werkgeversorganisaties hebben het Beroepsprofiel gezamenlijk ontwikkeld. Alle opleidingen en ondernemingen maken van dit document gebruik. Het document bevat een uitvoerige omschrijving van het uitgangspunt, de functie, het doel en de kerntaken van de maatschappelijk werker.

De 'Code voor de maatschappelijk werker' bevat de professionele waarden en normen waaraan de uitoefening van het beroep maatschappelijk werker is gebonden. De Code uit 1962 is in 1990 geactualiseerd.

### **Beroepsprofiel**

Het uitgangspunt van het beroep maatschappelijk werker is, volgens het Beroepsprofiel, dat de mens een wezen is dat zich naar vermogen en gegeven de daartoe strekkende voorwaarden verantwoordelijk kan en wil opstellen in relatie tot zijn omgeving. 'Dit mensbeeld vormt,' aldus geformuleerd in het Beroepsprofiel, 'de basis van de waarde-oriëntatie van het beroep maatschappelijk werk. De formulering dat 'personen tot hun recht komen in het samenleven met elkaar' geeft deze oriëntatie in het kort weer.'

Volgens het Beroepsprofiel is de functie van het maatschappelijk werk:

"(...) mensen ondersteunen bij het oplossen van en omgaan met problemen en verstoringen in hun functioneren in wisselwerking met hun sociale omgeving. De maatschappelijk werker beoogt met zijn hulpverlening het sociaal functioneren van personen of de wisselwerking tussen personen en hun sociale omgeving te verbeteren. De realisering van dit doel vormt een gezamenlijke activiteit van de maatschappelijk werker en de betrokkene(n)."

### **Kerntaken**

De maatschappelijk werker kent vier kerntaken. Deze kerntaken vormen de basis beroepsuitoefening. Zij dienen in samenhang met elkaar te worden uitgeoefend. Afhankelijk van de werkvorm kunnen de kerntaken andere accenten en uitwerkingen hebben. Wil er echter sprake zijn van maatschappelijk werk, dan dienen de vier - hierna te behandelen - kerntaken in variabele mate in de beroepsuitoefening aanwezig te zijn.

#### *Kerntaak 1: Psychosociale hulpverlening*

De maatschappelijk werker richt zich bij psychosociale hulpverlening, in een proces van samenwerking met de cliënt, op het al dan niet instandhouden, herstellen of verbeteren van de relatie tussen de cliënt en zijn sociale omgeving. Dit betreft zowel kort- als langdurige hulpverlening op het gebied van problemen bij arbeid (-ongeschiktheid), discriminatie, echtscheiding, eenzaamheid,

financiën, huisvesting, incest, opvoeding, (vage) psychische klachten, relatie/huwelijk, rouw, seksualiteit, verslaving, et cetera.

#### *Kerntaak 2: Concrete en informatieve hulpverlening*

Deze hulpverlening omvat het verlenen van hand- en spandiensten of verschaft informatie ten behoeve van de cliënten.

In de praktijk betekent deze taak het helpen bij het invullen van formulieren, begeleiden van procedures met instanties, informatieverschaffing over regelingen, uitkeringen of het verwijzen naar andere instanties.

#### *Kerntaak 3: Onderzoek en rapportage*

Deze kerntaak betreft activiteiten, die erop zijn gericht samen met personen hun sociale situatie te verkennen en met de uitkomsten voorlichting of advies te geven aan instanties die een voor de betrokkenen) belangrijke beslissing moeten nemen.

Bijvoorbeeld onderzoek en rapportage over huisvestingsurgentie of uitkeringsrelevantie.

#### *Kerntaak 4: Signalering, belangenbehartiging en preventie*

##### a. Signalering

Bijvoorbeeld aandacht schenken aan het ontbreken van een goede voorlichting door uitkeringsinstanties en dit zonodig namens cliënten ter kennis brengen aan de relevante organisaties.

##### b. Belangenbehartiging

Bijvoorbeeld naar aanleiding van klachten van diverse ouders actie ondernemen om het ontbreken van speelmogelijkheden in een wijk aan de kaak te stellen.

Dit gebeurt vaak in overleg met andere werksoorten als het sociaal cultureel werk.

##### c. Preventie

Bijvoorbeeld thematische voorlichting over een veel ervaren probleemsituatie. Een voorbeeld hiervan is: hoe om te gaan met eenzaamheidsproblemen in forensenplaatsen. Een ander voorbeeld: vroegtijdige onderkenning van bestedings- of inkomensproblematiek, door het leggen van contacten met mensen met een huurachterstand van twee of drie maanden. Dit in samenwerking met woningbouwverenigingen.

### **Kwalificaties**

In het Beroepsprofiel worden ook de kwalificaties aangegeven waaraan een afgestudeerde maatschappelijk werker van de opleiding HBO-maatschappelijk werk moet voldoen. Overigens mogen alleen afgestudeerden van een dergelijke opleiding de benaming 'maatschappelijk werker' gebruiken. [...]

Inmiddels is de Landelijke Vereniging voor Maatschappelijk Werkers (LUMW) de discussie over een eventuele actualisering van het Beroepsprofiel gestart. Dit naar aanleiding van opmerkingen over de formulering van het hulpaanbod. Een aanpassing of aanscherping van het Beroepsprofiel kan echter alleen worden gerealiseerd als er eenzelfde brede instemming van de beroepsgroep en werkveldorganisaties bestaat als bij de realisatie van de eerste versie.

### **De Code**

Een ander belangrijk document over het beroep maatschappelijk werker is de 'Code voor de maatschappelijk werker'. De 'Code voor de maatschappelijk werker' wijst, evenals het Beroepsprofiel, op de centrale waarden waar het beroep maatschappelijk werker zich op richt. Artikel 1 van de Code luidt:

"De maatschappelijk werker bevordert primair het optimaal tot zijn recht komen van de persoon in de wisselwerking met zijn omgeving."

De Code gaat, anders dan het Beroepsprofiel, dieper in op de professionele waarden en normen waaraan de uitoefening van het beroep maatschappelijk werker is gebonden. De LUMW motiveert de formulering van de beroepsverplichtingen als volgt:

- "de samenleving moet duidelijk gemaakt worden op welke vooronderstellingen het maatschappelijk werk steunt en welke regels daarbij in acht genomen dienen te worden, wil het zijn maatschappelijke functie kunnen vervullen;
- (potentiële) cliënten moeten duidelijk gemaakt worden wat zij in de concrete situatie van de maatschappelijk werker kunnen verwachten."

Artikel 12 behoort tot de bekendste van de Code:

"Krachtens zijn positie als vertrouwenspersoon heeft de maatschappelijk werker de plicht tot geheimhouding van hetgeen hem als zodanig over de persoon en omstandigheden van de cliënt ter kennis is gekomen."

De Commissie van Consultatie van de LVMW verschaft maatschappelijk werkers en eventueel ondernemingen hulp of nadere informatie - persoonlijk of in de vorm van algemene brochures - bij de interpretatie van de Code.

### **Werkvormen voor maatschappelijk werk**

Het beroep maatschappelijk werker kan in veel werkvormen en voorzieningen worden uitgeoefend. Het Beroepsprofiel noemt de volgende mogelijkheden, waarbij tussen haakjes het aantal maatschappelijk werkers, dat daar momenteel ongeveer werkzaam is, staat vermeld:

(N.B: onderstaande aantallen zijn verouderd)

- Particuliere ondernemingen voor algemeen maatschappelijk werk (2600)
- Bedrijfsmaatschappelijk werk (1500)
- Maatschappelijk werk in intramurale gezondheidszorg (1500)
- Gemeentelijke Sociale Diensten (1000)
- Instellingen voor ambulante jeugdhulpverlening (voogdij en gezinsvoogdijwerk, Jongeren Advies Centra) (1000)
- Schoolmaatschappelijk werk (1000)
- Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg/ RIAGG's (800)
- Reclasseringswerk (700)
- Sociaal-pedagogische diensten (ambulante hulpverlening aan geestelijk gehandicapten en hun ouders) (500)
- Raden voor de Kinderbescherming (500)
- Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (400)
- FIOM-instellingen (hulpverlening bij zwangerschap en alleenstaand ouderschap) (100)
- Maatschappelijk werk voor zintuiglijk gehandicapten (100)
- Maatschappelijk werk in residentiële jeugdhulpverlening (tehuizen) (100)

De opsomming in het Beroepsprofiel is niet volledig. Niet genoemd zijn:

- Crisisopvangcentra (175)
- Maatschappelijk werk in (gemeentelijke) indicatiecommissies voor verzorgings- en verpleegtehuizen (aantal onbekend).
- Enkele ondernemingen voor maatschappelijk werk, die op landelijke schaal maatschappelijk werk bieden aan specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld op basis van specifieke maatschappelijke of

persoonlijke problemen (oorlogsslachtoffers, bescherming ongeborn kind) of voor cliënten met een specifieke levensbeschouwelijke achtergrond. Zoals joods maatschappelijk werk of gereformeerd maatschappelijk werk (de meeste van deze organisaties zijn nauw verwant aan het AMW en als zodanig aangesloten bij de VOG-sectie AMW).

Verder voert een klein, onbekend aantal maatschappelijk werkers als zelfstandige werkzaamheden uit. De Commissie van Consultatie van de LVMW verschaft maatschappelijk werkers en eventueel ondernemingen hulp of nadere informatie - persoonlijk of in de vorm van algemene brochures - bij de interpretatie van de Code.

Van de drie primaire activiteiten volgt hierna een korte omschrijving uit het Informatiemodel.

#### *a. Cliëntgerichte hulpverlening*

Tot cliëntgerichte hulpverlening behoren alle activiteiten die zijn gericht op:

- het verbeteren van het persoonlijke en sociaal functioneren van de cliënt;
- het verbeteren van de relaties van de cliënt;
- het toeleiden naar en het realiseren van voorzieningen.

Het Informatiemodel geeft vervolgens de kenmerken van het AMW aan die gelden bij de primaire activiteiten:

"Als a-specifieke werksoort en eerstelijnsvoorziening krijgt het algemeen maatschappelijk werk te maken met een grote verscheidenheid aan problemen. De hulpverlening is daarom ook zeer verscheiden, bijvoorbeeld naar aard, werkwijze, toegepaste methodiek duur en intensiteit van de hulpverlening. Maar ook per cliënt(-systeem) wordt door middel van een geïntegreerd hulpaanbod aandacht besteed aan de verwevenheid van probleemfactoren, die veelal aan de hulpvraag ten grondslag ligt. Een ander onderscheid kan worden gemaakt naar de initiatiefnemer van de hulpverlening: het is doorgaans de cliënt zelf die daartoe een verzoek doet, maar er kan ook een aanbod door het algemeen maatschappelijk werk worden gedaan zonder een concreet individueel verzoek. In dat geval gaat het dan om het beïnvloeden van aanwijsbare (risico-)groepen en individuen met als doel het voorkomen van de verdere ontwikkeling, verergering of herhaling van problematiek. Daarnaast kan het contact tussen cliënt en het algemeen maatschappelijk werk tot stand zijn gekomen na verwijzing door een andere professionele hulpverlener."

#### *b. Dienstverlening aan derden*

Dienstverlening aan derden is de ondersteuning van professionele en niet - professionele derden (hulpverleners) - in hun werk. Het omvat tevens het adviseren en begeleiden in het kader van de verbetering - en gebruikmaking - van de zorgstructuur en -uitvoering.

#### *c. Signalering*

Het signaleren omvat meerdere facetten. Allereerst de signalering van ontwikkelingen en omstandigheden die ten grondslag kunnen liggen aan psychosociale nood en achterstandsproblemen van mensen. En verder de signalering van risicogroepen en het signaleren van het ontbreken van voorzieningen of van knelpunten in de toegang tot voorzieningen.

### **De functie AMW**

In aansluiting op ontwikkelingen in de zorg- en welzijnssector introduceert de VOG-sectie AMW het begrip functie AMW. Hierbij geldt het Informatiemodel AMW als uitgangspunt. De positie van de functie AMW ten opzichte van de overige geïntroduceerde begrippen is als volgt:

de *werksoort* maatschappelijk werk:                    alle denkbare werkvormen van maatschappelijk werk

de <i>functie AMW</i> :	de werkvorm, zoals afgebakend in Informatiemodel AMW
de <i>organisatie/onderneming</i> voor maatschappelijk werk	onderneming die naast de functie AMW ook specifieke maatschappelijk werk functies aanbiedt
de <i>sector AMW</i> :	de hierboven genoemde ondernemingen samen
de <i>sectie AMW</i> (binnen VOG):	verenigt vrijwel alle hierboven genoemde ondernemingen

De VOG-sectie AMW omschrijft het begrip functie als: "Een verzameling van activiteiten met het oog op een bedoeld effect, als antwoord op een vraag of een behoefte (vraag of probleem)." De 'verzameling van activiteiten' verwijst naar de activiteiten in het Informatiemodel AMW.

Er bestaat geen eenduidige hantering van het begrip functie. De introductie van de term is vooral van strategisch belang. Met name ter onderscheiding van overige functies die voorkomen binnen de werksoort maatschappelijk werk.

### **De positionering van het AMW**

Het AMW bevindt zich op het snijvlak van gezondheidszorg en welzijn. Dit komt tot uiting in het aanbod, dat bestaat uit een combinatie van materiële en immateriële hulpverlening. Het AMW kent dan ook overlappingen met andere werksoorten en werkt in een aantal gevallen intensief samen met zowel zorg- als welzijnsinstanties.

De belangrijkste kenmerken van de functie AMW, binnen de werksoort maatschappelijk werk, zijn:

#### *Integraal aanbod*

Karakteristiek voor het AMW is dat het alle drie uitvoeringsfuncties en alle in het Informatiemodel genoemde activiteiten omvat. Vaak bestaat er een verwevenheid van materiële en immateriële problematiek. Daarom biedt het AMW een integraal hulpaanbod van uitvoeringsfuncties en activiteiten aan.

#### *Algemeen*

Het algemeen maatschappelijk werk is algemeen van opzet. Iedereen kan er terecht, zonder voorwaarden vooraf. Het AMW is een vangnet voor cliënten die ergens anders geen hulp (meer) kunnen krijgen, of die hun problemen niet in een geordende vorm kunnen presenteren. Het begrip algemeen betekent in deze context:

- a-specifiek;
- laagdrempelig;
- toegankelijk zonder verwijzing;
- onafhankelijk;
- lokaal gericht.

### **Voor iedereen**

Iedereen moet van het AMW gebruik kunnen maken. Het AMW heeft daarbij wel de opdracht om er daadwerkelijk voor te zorgen dat juist de meest kwetsbare groepen in de samenleving hulp krijgen. Er mogen dan ook geen dusdanige drempels in het hulpaanbod (grote afstand naar spreekuur of bureau, lange wachtlijsten of zware aanmeldingsprocedure) of in de werkwijze (waarbij hoge motivatie of verbale vermogens vereist zijn) ontstaan, dat juist die groepen worden uitgesloten.

#### *Werkwijze - professie*

Alleen professionele hulpverleners mogen binnen het AMW het beroep maatschappelijk werker uitoefenen. De werkwijze van deze professionals kan als volgt worden samengevat :

- het maatschappelijk werk is een professionele vorm van hulpverlening, uitgeoefend door daar voor (HBO-maatschappelijk werk) opgeleide en betaalde beroepskrachten;



- de beroepskrachten opereren vanuit een onafhankelijke positie, hebben alleen directe hulpverleningsdoelen en kennen geen externe opdrachtgevers;
- in de benaderingswijze van het maatschappelijk werk geldt een aantal specifieke uitgangspunten: hulpvragers moeten uiteindelijk hun eigen beslissingen nemen, verantwoordelijkheden van cliënten worden niet overgenomen, in analyse, diagnostiek en voor oplossingen worden doorgaans zowel persoonlijke als relationele en maatschappelijke factoren betrokken.;
- instellingen/organisaties en beroepskrachten zijn gehouden aan de Beroepscode en het Beroepsprofiel voor de maatschappelijk werker;
- voor instellingen en beroepskrachten geldt het landelijk – door de VOG-sectie AMW – vastgestelde privacy-reglement en klachtenreglement voor hulpvragers.

### **Gemeentelijke financiering AMW**

Op een enkele uitzondering na financieren de gemeenten in Nederland de door ondernemingen voor maatschappelijk werk aangeboden functie AMW. De VOG bepleit bij de VNG dat alle gemeenten in Nederland de omschrijving van het AMW uit het Informatiemodel AMW aanvaarden als de geldende omschrijving van het AMW. Financiering van de functie AMW betekent het in stand houden van alle in het Informatiemodel AMW omschreven activiteiten in hun onderlinge samenhang.

### **De hulpverlening van het AMW**

Het AMW onderscheidt zes typen hulpverlening. Deze typen zijn hierna opgenomen. Achter de respectievelijke typen, wordt het percentage van de omvang van dat type hulpverlening genoemd. Het betreft de geregistreerde cijfers van 1992. Deze percentages zijn overigens al jaren ongeveer hetzelfde.

1 Begeleiding	Het geven van vrij intensieve steun aan de cliënt opdat de cliënt probleemoplossend bezig kan zijn.	54%
2 Informatie en advies	Het geven van inlichtingen of advies	17%
3 Bemiddeling	Het optreden als intermediair of pleitbezorger tussen cliënt en een derde.	10%
4 Concrete dienst	Het verrichten van een handeling in plaats van de cliënt	7%
5 Onderzoek	Het verzamelen van informatie over de situatie van de cliënt om te kunnen adviseren aan derden	7%
6 Groepswerk	Het geven van begeleiding aan een groep van personen, die samen geen hulpeenheid (echtpaar, gezin, en dergelijke) vormen, maar ten behoeve van de hulpverlening zijn samengebracht.	6%

Bij de hulpverlening van het AMW is in een concrete hulpverleningssituatie vaak meer dan één soort hulpverlening aan de orde (bijvoorbeeld begeleiding en informatie en advies of bemiddeling). Bovenstaande percentages hebben betrekking op het type hulpverlening dat de aard van de hulpverlening in overwegende mate heeft bepaald.

Nog enkele cijfers over de hulpverlening: Uit de registratiecijfers van het AMW blijkt dat 27,7% van de hulpverleningen binnen een maand wordt afgesloten, 54,5% binnen drie maanden, 75,9% binnen een half jaar en 91,1% binnen een jaar.

In 1992 had een gemiddelde maatschappelijk werker contact met 130 cliëntsystemen (personen of groepen personen met een gezamenlijk probleem waarop de hulpverlening zich richt, vanaf het moment van intake). Daarnaast had diezelfde maatschappelijk werker ook nog eens 87 zogenaamde korte contacten (vaak eenmalige contacten, die niet meer dan één uur tijd vergen).

In 52% van alle gevallen werkte de maatschappelijk werker met andere hulpverleners of instanties samen rond de hulpverlening. Dit betrof voornamelijk huisartsen en organisaties op gebied van maatschappelijke dienstverlening, zoals gemeentelijke sociale diensten, huisvestingsbureaus en dergelijke.

### **Het product van het AMW**

Het AMW biedt, zoals al eerder is genoemd, drie hoofdproducten aan: cliëntgerichte hulpverlening, dienstverlening aan derden en signalering.

Twee doelgroepen nemen de producten van het AMW af: de cliënten aan de ene kant en de financierende gemeente aan de andere kant. De financierende gemeente is de representant van de samenleving, die een dergelijke voorziening in stand wil houden.

Hoe kunnen de producten van het AMW nu - zonder volledig te zijn - naar die respectievelijke afnemers worden beschreven? Voor de cliënten is het product van het AMW:

- bemiddeling, hulp of advies bij het verkrijgen van een huis, werk, uitkering of andere faciliteiten;
- verwijzing naar andere (specialistische) hulpverleningsorganisaties;
- vermindering van financiële problemen, het beter kunnen beheersen van het budget;
- een (objectief) luisterend oor bij het spuien van emoties en verhelderende vragen van de maatschappelijk werker, waardoor ruimte ontstaat om zelf problemen op te lossen;
- beter in staat zijn tot het aangaan van evenwichtige relaties met partner, kinderen, ouders, collega's en anderen; inzicht krijgen in eigen emoties en gedrag of beweegredenen bij moeizame sociale contacten;
- meer zelfvertrouwen krijgen in eigen mogelijkheden op school, werk of in andere sociale contacten, een opleiding gaan volgen, assertiever worden;
- leren verwerken van ingrijpende gebeurtenissen, zoals scheiding, overlijden of ongeluk;
- vermindering of achterwege blijven van medicijngebruik en medische of psychosomatische klachten, c.q. beëindiging ziekteperiode en weer kunnen werken;
- weer een (maatschappelijk) doel voor ogen hebben: werken, sporten, contacten leggen, et cetera.

Kortom: concrete producten, die de cliënten in sociaal en emotioneel opzicht goed mogelijk tot hun recht laten komen in wisselwerking met de omgeving.

Het product AMW vanuit de positie van de gemeente, als subsidiënt en als vertegenwoordiger van de samenleving, is een totaal andere:

- het verkleinen van de kans dat individuen - mede door de individualisering onnodig in een maatschappelijk isolement terecht komen en daardoor individuele problemen krijgen;
- het verkleinen van de kans dat relaties afbreken of werk wordt beëindigd en daarmee beperking van het gebruik van uitkeringen;
- het voor de burgers vergroten van de kans op het op juiste wijze gebruikmaken van diensten, regelingen, subsidies en dergelijke waarin het rijk en de gemeenten trachten te voorzien;
- het realiseren van speciale politieke/maatschappelijke wensen, zoals zorg voor minderheden, gehandicapten, jongeren, werklozen, ouderen, vrouwen; mogelijk in de vorm van sociale vernieuwingsprojecten;
- het beschikken over een doeltreffend signalerend apparaat (de onderneming voor maatschappelijk werk) in de vorm van een algemene voorziening als intermediair tussen gemeenschap en politiek;
- stimulering/continuering van deelname aan het arbeidsproces of scholing (voor leerplichtigen);
- het behoeden van het (onnodig) terechtkomen van burgers in het (maatschappelijk dure) medische circuit of de ziektewet, respectievelijk het daar uitkomen of -blijven;

- het benutten van de (signalerings-)positie van het AMW op het snijvlak van gezondheidszorg en welzijn om daarmee het integrale gemeentelijk beleidsregime beter te kunnen realiseren.

Kortom: middels het AMW kan de gemeente haar verantwoordelijkheid voor een evenwichtig maatschappelijk functioneren van de inwoners beter realiseren en hen optimaal tot hun recht laten komen in wisselwerking met de omgeving.

## *Bedrijfsmaatschappelijk werk*

### *Competentie en strategie*

T. van den Belt

Wolters-Noordhoff, Groningen (1994)

### **Doelstelling**

De doelstelling van het bedrijfsmaatschappelijk werk is gebaseerd op de erkenning dat elk sociaal systeem waarin de mens leeft, zijn eigen problematiek veroorzaakt. Hieruit blijkt dan ook direct dat het BMW een naar binnen gericht doel heeft. De uitgangspunten voor het beleid binnen het bedrijf zijn enerzijds gericht op de belangen van het bedrijf als totaal (economisch beleid), maar anderzijds ook op het personeel (sociaal beleid). Het sociaal beleid betreft zowel de personeelsleden als groep als de individuele werknemers.

Vanuit zijn specifieke deskundigheid heeft de bedrijfsmaatschappelijk werker aandacht voor het functioneren en de problemen van individuele en/of groepen werknemers, voor zover deze zaken verband houden met, of van invloed zijn op de werksituatie. Het bedrijfsmaatschappelijk werk heeft hierin een preventieve en een curatieve taak. Deze tweeledige taak vervult de bedrijfsmaatschappelijk werker, doordat hij op grond van ervaring en inzicht kan aangeven welke reacties mogelijk verwacht kunnen worden; hij kan dus helpen bij het formuleren van alternatieven (advisering). De bedrijfsmaatschappelijk werker kan zo voorkomen dat personeelsleden minder goed gaan functioneren door een stoornis in hun psychosociaal welbevinden, waardoor er dus sprake is van een stoornis in hun functioneren binnen het bedrijf. De BMW'er probeert de keuzeprocessen binnen het bedrijf mede te beïnvloeden.

De doelstelling van het bedrijfsmaatschappelijk werk luidt als volgt:

- het welbevinden van de mens op psychosociaal vlak in zijn werksituatie bevorderen;
- zich daarbij richten op werknemers als individuen en als groepen;
- oplossen van problemen die samenhangen met:
  - \* het karakter en de behoeftenstructuur van het personeelslid;
  - \* de privé- en/of gezinssituatie;
  - \* de sociale werkomgeving;
  - \* de organisatiestructuur.

De functiebestanddelen van het bedrijfsmaatschappelijk werk (gebaseerd op de kerntaken van het maatschappelijk werk) zijn:

- Hulpverlening aan individuele en/of groepen werknemers:
  - \* voorlichting geven over bedrijfsmaatschappelijk werk;
  - \* spreekuren (of andere vormen van bereikbaarheid) organiseren;
  - \* probleemoplossende contacten onderhouden met cliënten;
  - \* verwijzen, zowel extern als intern, en mogelijkheden tot adequatere verwijzing ontwikkelen en onderhouden;
  - \* plannen en coördineren van de hulpverlening;
  - \* registreren van relevante gegevens;
  - \* overleggen ten bate van personeel met interne functionarissen in het sociaal-medisch team;
  - \* begeleiden van werknemers bij ziekteverzuim.
- Activiteiten ten behoeve van groepen en/of categorieën werknemers in een kwetsbare positie:
  - \* initiëren van en meewerken aan organisatie, uitvoering en evaluatie van deze activiteiten;
  - \* stimuleren, motiveren en begeleiden van deelnemers aan deze activiteiten;
  - \* participeren in de beleidsvoorbereiding binnen de personeels dienst ten bate van deze activiteiten.
- Advies en consultatie (ten behoeve van de bedrijfsleiding):
  - \* beschikbaar zijn voor consultatie;

- \* uitbrengen van adviezen op eigen initiatief of op verzoek van bedrijfsleiding en/of personeelsleden;
- \* adviseren en begeleiden van leidinggevenden ten aanzien van de uitvoering van sociale/personele taken.
- Begeleiding van reorganisaties en veranderingsprocessen:
  - \* eventueel zitting hebben in commissies en taakgroepen die dergelijke organisatorische ingrepen voorbereiden, invoeren en/of begeleiden;
  - \* onderzoeken en analyseren van sociale situaties in verband met planning en uitvoering van reorganisaties.
- Deelname aan de ontwikkeling en uitvoering van het sociaal beleid:
  - \* overleggen met diverse personeelsfunctionarissen en bedrijfsgezondheidsdiensten;
  - \* participeren bij beleidsvoorbereiding zoals in het sociaal-medisch team.

Met de beschrijving van de functiebestanddelen zijn de verschillende cliënten van de bedrijfsmaatschappelijk werkers aangegeven: individuele werknemers, groepen werknemers, de bedrijfsleiding, en bij verschillende activiteiten ook de directe sociale partners van de werknemers.

### **Twee vormen van bedrijfsmaatschappelijk werk**

Op twee manieren kan een bedrijfsmaatschappelijk werker een werkrelatie hebben met een bedrijf. Ten eerste kan een bedrijf een bedrijfsmaatschappelijk werker *in vaste dienst* nemen. In dat geval is iedere werknemer binnen de organisatie een collega van de bedrijfsmaatschappelijk werker. Diens dubbele rol is hier duidelijk: die van loonafhankelijke werknemer en die van professioneel onafhankelijk werker.

Ten tweede is er de vorm van *gedetacheerd* bedrijfsmaatschappelijk werk. Hierbij wordt de bedrijfsmaatschappelijk werker van een externe organisatie 'ingehuurd'. De werker is dan niet in dienst van het bedrijf, maar werkt ten dienste van het bedrijf. In Nederland levert een aantal grote organisaties bedrijfsmaatschappelijk werk aan bedrijven. Heel bekend zijn de GIMD te Leeuwarden en de vereniging Humanitas te Rotterdam. Deze uitzendorganisaties onderhandelen met bedrijven over de te leveren diensten, het aantal te werken uren en de bijbehorende kosten.

### **Methodisch handelen**

Het methodisch handelen van het bedrijfsmaatschappelijk werk is in een veelheid van diensten te herkennen. Om enig inzicht in methoden van het BMW te krijgen, geeft Van den Belt een overzicht van deze diensten. Het bedrijfsmaatschappelijk werk verricht werk binnen een bedrijf door verschillende diensten en producten te ontwikkelen die de realisering van bedrijfsdoelinden ondersteunen. De producten of diensten van het bedrijfsmaatschappelijk werk zijn onder te verdelen in twee categorieën:

- algemene diensten;
- (bedrijfs)specifieke diensten.

#### *Algemene diensten*

Algemene diensten zijn onder andere de volgende:

- contacten met personeel op de werkplek en thuis;
- bereikbaarheid voor hulpvragen of consultatie;
- advisering en consultatie van het management;
- contacten met externe hulpverleners;
- overleg in het sociaal team met P-functie en bedrijfsarts;
- presentatie van de discipline aan het personeel;
- registratie van relevante gegevens van de werkzaamheden.

De algemene diensten van het BMW binnen het bedrijf zijn vooral gericht op de dagelijkse gang van zaken. Deze diensten zijn vaste onderdelen in het takenpakket van het bedrijfsmaatschappelijk werk. Dit houdt in dat de bedrijfsmaatschappelijk werker bereikbaar en beschikbaar is voor hulpvragen van personeelsleden en voor overleg waaraan het BMW een bijdrage kan leveren. Het uitgangspunt van de algemene diensten is gericht op hulp- en dienstverlening, consultatie en op verdere ontwikkeling van het sociaal beleid. Het karakter van deze diensten is dus aanbodgericht. Het bedrijfsmaatschappelijk werk biedt diensten aan en de werknemers zijn vrij om er gebruik van te maken. In de uitvoering van deze algemene diensten wordt het BMW geconfronteerd met een grote scala aan problemen die al dan niet veroorzaakt worden door het werken binnen het bedrijf. Vrijwel altijd betreft het problemen die het functioneren van de medewerkers binnen het bedrijf beïnvloeden. Deze problemen zijn onder andere:

- problemen in de privé-situatie;
- problemen in de verhoudingen op het werk, met collega's of chef;
- financiële problemen
- ongewenste intimiteiten enzovoort.

### *Specifieke diensten*

Voorbeelden van specifieke diensten binnen het bedrijf, in samenwerking met het management, de bedrijfsgezondheidsdienst en PZ, kunnen onder andere zijn:

- Activiteiten die gericht zijn op het terugdringen van het ziekte verzuim.  
Het gaat hierbij vooral om de begeleiding van werknemers die na een ziekteperiode terugkeren op de werkplek. Tevens zijn deze activiteiten gericht op het aanpakken van diverse oorzaken voor ziekte, waar het de sociale verhoudingen binnen de werksituatie betreft.
- Activiteiten die gericht zijn op problemen die het functioneren van de werknemers negatief beïnvloeden.  
Deze activiteiten hebben onder andere alcoholgebruik, stress, agressie en de oudere werknemer als onderwerp. Het doel van deze activiteiten is het vergroten van de probleemoplossend vermogen van de werknemers.
- Activiteiten die gericht zijn op exit-begeleiding van werknemers, die (vervroegd) afvloeien in verband met reorganisatie (fusie, inkrimping) van het bedrijf.  
Het doel van deze activiteiten is ervoor te zorgen dat men deze situatie beter kan accepteren en er op een constructieve wijze mee leert omgaan. De cliënt moet voor zichzelf weer perspectief in zijn leven brengen.
- Cursussen/trainingen voor leidinggevenden.  
Voorbeelden van deze diensten zijn trainingen in het voeren van slecht-nieuwsgesprekken en trainingen waarbij leidinggevenden op een nieuwe manier leren omgaan met hun medewerkers en hun een grotere vrijheid in het uitvoeren van hun taken geven.

De specifieke diensten worden ontwikkeld als er bijzondere problemen te verwachten zijn. Deze diensten hebben te maken met een op grote schaal gesignaleerd of te verwachten probleem, dat binnen het bedrijf om een oplossing vraagt.

### **Vaardigheden en kennis van de bedrijfsmaatschappelijk werker**

De bedrijfsmaatschappelijk werker is een beroepsmatige hulpverlener en adviseur. Zijn repertoire van handelingen bestaat uit een groot aantal vaardigheden die hem in staat stellen als een professional op te treden. Daarnaast is een brede kennis van verschillende menswetenschappen noodzakelijk om op een adequate manier met hulpvragen om te gaan. Ook moet de bedrijfsmaatschappelijk werker een gedegen kennis van en inzicht in organisatie- en bedrijfsprocessen hebben.

In het Beroepsprofiel worden vier componenten van deskundigheid genoemd die voor een (bedrijfs)maatschappelijk werker nodig zijn. In het hulpverlenend handelen worden deze vier componenten geïntegreerd toegepast. Deze componenten zijn:

1. *Kennis, inzicht en analyse.* Deze zijn nodig om de complexe situatie waarin de cliënt zich - in wisselwerking met zijn omgeving - bevindt, te kunnen begrijpen om de hulpvraag te kunnen vertalen naar een hulpverleningsmethode. Kennis van relevante theorieën en methoden is hierbij noodzakelijk om een gewenste verandering te kunnen definiëren en bewerkstellingen. Een noodzaak tot goede kennis van (wettelijke) regelingen spreekt voor zichzelf om het belang van de cliënt te dienen.

2. *Visie.* Het is noodzakelijk dat de bedrijfsmaatschappelijk werker een visie heeft op de mens en zijn functioneren binnen het bedrijf en de samenleving. Tevens is het noodzakelijk dat de werker zich bewust is van deze visie en van de implicaties daarvan voor zijn beroepsmatig handelen. Aan deze visie liggen ethische, filosofische en levensbeschouwelijke uitgangspunten ten grondslag. De visie van de werker kan mede als bron dienen voor politieke en bestuurlijke beïnvloeding van het bedrijf. Het is volgens de beschrijving in het Beroepsprofiel noodzakelijk de eigen visie aan een stelselmatig onderzoek te onderwerpen en te toetsen aan de visie van anderen.

3. *Attitude.* De beroepshouding van de bedrijfsmaatschappelijk werker kenmerkt zich door betrokkenheid en openheid. Zijn houding en handelen dienen met elkaar in overeenstemming te zijn. Deze beroepshouding schept vertrouwen bij de cliënt en legt een belangrijke basis voor de noodzakelijke relatie. In deze vertrouwensrelatie is het elementair dat de werker de cliënt als 'unieke andere' accepteert, wat tot uiting komt in respect voor de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, voor zover deze in staat is die te dragen. De bedrijfsmaatschappelijk werker moet zich bewust zijn van de factoren die zijn houding bepalen, en hoe deze op de cliënt en op het bedrijf als geheel overkomen.

4. *Handelingsvaardigheid.* Het handelen van de bedrijfsmaatschappelijk werker krijgt vorm in het procesmatig werken aan de verandering en verbetering van de situatie van de cliënt. Tevens krijgt het handelen vorm in het mede veranderen van de (werk)situatie waarin de cliënt zich bevindt, en door advisering van de bedrijfsleiding inzake deze veranderingen. Elementen in het handelen zijn onder meer: doelgerichtheid; het adequaat kunnen toepassen van interventietechnieken; het kunnen initiëren en hanteren van een hulpverleningssituatie; het kunnen hanteren van de werkrelatie tussen cliënt en werker; het kunnen omgaan met de bestuurlijke verhoudingen binnen het bedrijf.

In het Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker, dat door de Landelijke Vereniging van Maatschappelijk Werkers is uitgegeven, wordt op grond van de bovenstaande deskundigheidscomponenten een groot aantal daarvan afgeleide kwalificatie-eisen geformuleerd. Op deze plaats wordt slechts volstaan met de verwijzing naar het Beroepsprofiel.

In het Beroepsprofiel worden de kerntaken van het maatschappelijk werk genoemd, die impliciet of expliciet ook voor het BMW opgaan.

### **Methodiek**

Het is voor de keuze van de methodiek van belang waar de inspanning primair op gericht is. Deze kan gericht zijn op de persoon, de organisatie of een deel daarvan en de (werk)situatie. De methoden die daarbij passen worden door van der Belt samengevat in de volgende tabel:

#### ***Methodieken van hulpverlening***

<b>Gericht op</b>	<b>Methodische benadering</b>
Individu	Casework-benadering: c. psychosociaal casework d. taakgericht casework
Projecten met groepen	Groepsgerichte benadering
Afdeling/organisatie	Systeembenadering
Excessieve werksituaties	Crisisinterventie
Exit counseling	Out-reaching casework

Daarnaast wordt door Van den Belt het AGIL-model beschreven. Binnen een sociaal systeem bestaan vier fundamentele functies: adaptie (A), doelverrijking (G), integratie (I) en latentie (L). De vier functies zijn binnen elk systeem te analyseren, wat ook geldt voor de wisselwerking tussen de verschillende deelsystemen, ook wel actiesystemen genoemd.



### **Doelgroep**

In 1998 kwamen 4.700 jongeren in contact met de jeugdreclassering, ruim vijf keer zoveel als in 1991. Bij een op de drie jongeren was sprake van meer dan één contact. Een belangrijke vraag betreft een eventuele verdere groei. Om die vraag te beantwoorden moet allereerst gekeken worden naar de jongeren die met de politie in aanraking komen.

Bij een belangrijk deel van hen moet de kans op een criminele carrière gering geacht worden en is een of andere vorm van reclasseringbegeleiding derhalve niet aangewezen. Daarbij moet worden gedacht aan die jongeren die door de politie met een waarschuwing naar huis worden gestuurd of vanwege een feit van geringe ernst naar Halt worden gebracht. Die jongeren die desondanks opnieuw met de politie in aanraking komen, kunnen wel beschouwd worden als potentiële jeugdreclasseringscliënten. Recent onderzoek komt uit op 15 procent recidive bij Halt-klanten. Echt 'interessant' wordt het pas als er proces-verbaal is opgemaakt. Jeugdreclassering bij 'niet-proces-verbaalwaardige' zaken ligt niet erg voor de hand. Daarmee slinkt het potentieel naar circa 26.000 per jaar. Maar ook daaronder bevinden zich veel jongeren bij wie een sepot, transactie, taakstraf of geldboete als reactie meer dan voldoet en verdere begeleiding door de jeugdreclassering niet opportuun is.

Als doelgroep voor jeugdreclassering resteren jongeren die in voorlopige hechtenis worden genomen en/of een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf krijgen opgelegd. Daarnaast kan een deel van de jongeren die een voorwaardelijke vrijheidsstraf krijgen opgelegd als doelgroep worden gezien. Of het in totaal om meer dan 4.000 à 5.000 jongeren zal gaan, valt te betwijfelen. Alhoewel de verwachting gerechtvaardigd is dat het aantal 'zwaardere gevallen' onder de jongeren die in aanraking komen met de politie de komende jaren verder zal toenemen, zit een sterke groei van het aantal jeugdreclasseringscliënten er vermoedelijk niet in.

Daar staat tegenover dat de komende jaren een aantal strafrechtelijke interventies zal toenemen, waarbij betrokkenheid van de jeugdreclassering voor de hand ligt.

### **Kenmerken cliënten jeugdreclassering**

Omdat het bij de jeugdreclassering op de eerste plaats gaat om individuen, wordt de analyse van de achtergronden van jeugdcriminaliteit gestart vanuit het analyseniveau van de individuele jongeren. Uit een serie studies blijkt dat deze jongeren een aantal kenmerken hebben:

- Op de eerste plaats gaat het om jongeren die al vroeg in hun leven ernstige gezinsproblemen en gedragsproblemen vertoonden;
- Op de tweede plaats vallen deze jongeren al op relatief jonge leeftijd op door ernstige gedragsproblemen met conflictzoekende en agressieve kenmerken;
- Op de derde plaats vertonen de dossiers van deze jongeren een relatief grote inzet van hulpverleners op allerlei terreinen van het functioneren van het gezin en de jongere zelf;
- Op de vierde plaats komt schooluitval of een anderszins problematische carrière in het onderwijs relatief vaak voor;
- Op de vijfde plaats wordt de leefsituatie waarin de jongere opgroeit gekenmerkt door een relatief hoog aantal problemen van materiële, sociale, en medische aard;
- Op de zesde plaats hebben jongeren die ernstig en/of chronisch delinquent zijn ook op andere levensterreinen veel problemen zoals psychische problemen, sociale en cognitieve problemen.

## **Kerntaak en pedagogische missie van jeugdreclassering**

De kerntaak van de jeugdreclassering is het (binnen of geïnitieerd door een strafrechtelijk kader) herstellen van participatoire processen van jongeren in hun sociale contexten. Omdat het jongeren betreft, die nog in ontwikkeling zijn en bij dat herstel gezag, zonedig dwang, maar ook hulp, begeleiding en ondersteuning nodig hebben, kan de taak van de jeugdreclassering opgevat worden als een pedagogische taak. Kenmerkend voor opvoeden is het 'gecontroleerd ruimte geven'. Het kiezen van deze pedagogische missie heeft een aantal gevolgen voor de methodische inhoud van het werk van de jeugdreclassering. Het jeugdreclasseringswerk zal vanuit dit perspectief zowel inhoudelijk (wat doe je in je werk) als procesmatig (hoe structureer je het werk) een aantal kenmerken hebben. Deze kenmerken zullen in de verschillende taakgebieden van de jeugdreclassering op verschillende wijze inhoud en vorm krijgen.

Inhoud:

- Van twee kanten werken aan participatie. Investerings zowel in de jongere zelf als in de personen waarmee de jongere in verschillende situaties in aanmerking komt.
- Werken in de sociale contexten van jongeren ('de eigen omgeving').
- Werken aan concrete problemen in concrete contexten.
- Samenwerking tussen sociale contexten rond de jongere bevorderen.
- Persoonlijke, ononderbroken werkrelatie met de jongere essentieel.
- Intensief contact noodzakelijk.
- Specialistische jeugdzorginterventies om belemmeringen in participatie op te heffen.
- Gebruik makend van evidence based interventies.

## **Wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van interventies**

### *Effectief ingrijpen en begeleiden*

Denken over inhoud en methodiek van jeugdreclassering kan niet zonder stil te staan bij wat bekend is over de effectiviteit van interveniëren bij crimineel gedrag. In Nederland is eind jaren tachtig begin jaren negentig één onderzoek (Spaans, E.C. & Doornhein, L. (1991)) gedaan naar de effectiviteit van jeugd- reclassering. Belangrijkste uitkomst van dat onderzoek was dat reclasseringsbegeleiding kon leiden tot minder (geregistreerde) recidive en, als er sprake was van recidive, dat jongeren minder snel en minder vaak recidiveerden. Zulke effecten werden echter vooral bereikt bij een 'zwarte' doelgroep. Dat wil zeggen bij jongeren die op punten als ernst van het gepleegde delict, toegebrachte schade en/of letsel en eerdere justitiecontacten vergelijkbaar waren met jongeren die een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd kregen. Er waren geen of slechts geringe verschillen met jongeren die een geldboete of een voorwaardelijke vrijheidsstraf kregen. Overigens bewerkstelligde reclasseringsbegeleiding ook dat jongeren gemiddeld korter in voorlopige hechtenis verbleven en dat hun zaak sneller ter zitting kwam. Sinds de beginperiode van de jeugdreclassering is het werk sterk geëvolueerd. De organisatie- en uitvoeringsverschillen tussen de diverse jeugd-reclasseringsprojecten zijn kleiner geworden en de aard van de begeleiding is bovendien intensiever geworden.

Voor algemene inzichten in effectiviteit van interventies is men aangewezen op onderzoeken elders, vooral onderzoeken in Noord-Amerika en Groot-Brittannië. Zeer nuttig zijn zogenoemde meta-evaluaties van honderden interventieprogramma's, die op methodologisch verantwoorde wijze zijn onderzocht. Deze grootschalige onderzoeken hebben duidelijk gemaakt wat er werkt (what works) in criminaliteitspreventie en -beheersing.

### *Vijf beginselen van effectief ingrijpen*

Op grond van meta-evaluaties kan een vijftal beginselen worden onderscheiden, waaraan interventieprogramma's dienen te voldoen teneinde effectief te zijn:

1. Risico beginsel (risk principle)

2. Behoeftenbeginsel (need principle)
3. Responsiviteitsbeginsel (responsivity principle)
4. Professionaliteitsbeginsel (professional discretion)
5. Integriteitsbeginsel (program integrity)

### **Veelbelovende / effectieve doelen en methoden**

Uit meta-evaluaties komt een aantal doelen en methoden naar voren als veelbelovend of zelfs effectief bewezen bij het voorkómen van recidive. Tegen die achtergrond dient reclasseringbegeleiding zich op het volgende te richten:

- het veranderen van antisociale houdingen;
- het veranderen van antisociale gevoelens;
- het verminderen van contacten met antisociale leeftijdgenoten;
- het bevorderen van affectie en positieve communicatie binnen het gezin;
- het bevorderen van ouderlijk toezicht;
- het bevorderen van identificatie met positieve, niet-criminele rolmodellen;
- het vergroten van zelfcontrole, zelfbeheersing en conflictoplossingsvaardigheden;
- het vervangen van antisociale vaardigheden door prosociale vaardigheden;
- het verminderen van de afhankelijkheid van drugs en alcohol en andere criminaliteitsgerelateerde afhankelijkheden;
- het doen herkennen van risicovolle situaties en die vervolgens vermijden;
- trainen in het 'vooraf' maken van kosten-batenanalyses van voorgenomen gedrag.

Bovenal geldt dat een cognitief, gedragsmatige benadering, waarbij diverse methoden worden gehanteerd, gericht op het verwerven van concrete praktische en sociale vaardigheden, het meeste uitzicht biedt op succes. Overigens hoort daar ook bij dat de situatie van betrokkene daadwerkelijk verandert. Zo is arbeidstraining en -toeleiding niet voldoende als daar niet een reële baan aan verbonden is. Voorts is het beter aan meerdere aspecten en problemen in verschillende levensgebieden (scholing, werk, relaties enz.) aandacht te besteden dan aan een geïsoleerd probleem. Een dergelijke aanpak wordt in het Engelse taalgebied aangeduid als multimodal. Dat een en ander in een gedwongen (strafrechtelijk) kader plaats vindt, hoeft geen bezwaar te zijn mits het accent niet op controle en toezicht komt te liggen in plaats van begeleiding of training. Wordt de nadruk vooral op controle gelegd dan is de kans op mislukking enorm groot en daarmee ook het risico van recidive.

Bepaalde doelen en methoden werken contraproductief; dat wil zeggen doen het crimineel gedrag in ieder geval niet afnemen en soms zelfs toenemen. Te denken valt aan het volgende:

- het verhogen van het zelfvertrouwen zonder gelijktijdige reductie van antisociaal denken en voelen en tegengaan van contacten met antisociale peers;
- het concentreren op vage emotionele of persoonlijke klachten die niet gerelateerd zijn aan het crimineel gedrag;
- versterken de onderlinge band van antisociale jongeren;
- het verbeteren van woon- en buurtomstandigheden zonder aandacht te besteden aan de criminogene behoeften;
- het tonen van respect voor antisociaal denken en doen op basis van de overtuiging dat waarden en normen van de ene (criminele) cultuur gelijkwaardig zijn aan die van de (niet-criminele) cultuur;
- het versterken van conventionele ambities op terreinen als school en werk zonder concrete ondersteuning te bieden om die ambities te verwezenlijken (bijvoorbeeld arbeidstoeleiding zonder baan);
- het proberen van iemand een 'betere' persoon te maken als dat 'betere' niet gerelateerd is aan het uitblijven van recidive;
- 'spannende' groepsactiviteiten waarvan de bij te brengen vaardigheden en attitudes niet gerelateerd zijn aan de criminogene behoeften (wildernisprojecten, voet- en zeiltochten).

Dat resultaten sterk kunnen verschillen en dat soms zelfs ongewenste, tegengestelde uitkomsten worden bereikt, blijkt uit het volgende staatje, ontleend aan een grote meta-evaluatie (Lipsey, M. (1995)), waarin is aangegeven in hoeverre een bepaalde aanpak bij delinquente jeugdigen leidt tot een beter resultaat in termen van terugdringen van recidive in vergelijking met jongeren uit een controlegroep, die de desbetreffende interventie niet hebben ondergaan.

Uitkomsten van meta-evaluatie van interventies bij delinquente jongeren

- + 36% Opleiding en werk
- + 26% Multimodel aanpak
- + 26% Gedragmatige aanpak
- + 22% Aanpak gericht op vaardigheden
- + 18% Plaats hebbend in gemeenschap
- + 11% Vervroegde invrijheidsstelling
- + 10% Schadevergoeding
- + 7% Groeps-counseling (therapie)
- + 3% Gezins-counseling (therapie)
- 18% Loopbaanadvisering
- 24% Afschrikking

De meeste aanpakken hebben - een soms flinke- afname van delinquent gedrag als resultaat. Dat gaat vooral op voor aanpakken die zich richten op opleiding en werk, gedragsgeoriënteerde aanpakken en de multimodel aanpak. Uitsluitend adviseren over mogelijke loopbanen of pure afschrikking (alleen maar straffen om het straffen) leiden daarentegen tot meer delinquentie in vergelijking met jongeren die niet op die manier zijn aangepakt.

Nu er meer inzicht is in effectieve doelen en methoden zou de jeugdreclassering, in navolging van wat in Canada en recentelijk in Groot-Brittannië gebeurt, kunnen denken aan het opstellen van een lijst met goedgekeurde interventieprogramma's en -methoden. Goedkeuring en dus plaatsing op zo'n lijst is dan afhankelijk van het feit of onafhankelijk en methodologisch verantwoord onderzoek (waarbij tenminste een controlegroep is gehanteerd maar liever nog gebruik is gemaakt van random toewijzing van deelnemers aan een experimentele of een niet-experimentele interventie) heeft aangetoond dat de interventie leidt tot minder recidive. Daarnaast zou een voorlopige lijst kunnen worden gehanteerd, waarop interventies komen te staan die in opzet en uitvoering -inclusief de eisen die aan de werkers moeten worden gesteld voldoen aan eerder genoemde effectiviteitsbeginselen.

Op basis van uitkomsten van - nog uit te voeren - betrouwbaar effectiviteitsonderzoek kan de interventie dan later op de definitieve lijst van goedgekeurde projecten geplaatst worden.

#### *Opleidingen training*

Uit het voorgaande vloeit voort dat opleiding en training van jeugdreclasseringswerkers gericht moet zijn op het correct hanteren van vooral cognitiefgedragmatige begeleidingsmethoden. Essentieel daarbij is dat de werker individuele omstandigheden, afwijkingen en mogelijkheden goed kan inschatten om zonedig methoden en doelen aan te passen ('op maat' te maken) aan de individuele cliënt. Een belangrijk aspect daarbij vormt de inschatting van risico van herhaling. Werkers zouden daartoe moeten kunnen beschikken over betrouwbare, gevalideerde instrumenten, zoals die in Canada zijn ontwikkeld en thans worden ontwikkeld in Groot-Brittannië.

#### **Implicaties voor de jeugdreclassering**

Als bovenstaande bevindingen worden geconcretiseerd voor de jeugdreclassering kan geconcludeerd worden dat de zogenaamde multisystemische benadering, waarin zowel de jongere zelf, zijn gezin, zijn school, vrienden en wijk gedurende een aantal maanden doelwit van interventie zijn, de meest resultaten zal opleveren. Door intensieve en dagelijkse begeleiding van de jongeren en zijn gezin in meerdere sociale contexten wordt als het ware zijn leven opnieuw in de steigers gezet.

### **De doelstelling**

De belangrijkste doelstelling van het smw is het vergroten van de competentie van of in relatie tot leerlingen met betrekking tot hun dagelijks functioneren in de schoolsituatie en de omgang met hun psychosociale - of gedragsproblematiek. Voorzover er na formulering van een hulpvraag daadwerkelijk begeleiding van leerlingen plaatsvindt, betekent dit dat deze de vorm heeft van een kortdurend traject, dat gericht is op het vergroten van het inzicht in het eigen handelen en/of het aanbieden en trainen van concrete gedragsalternatieven. Hetzelfde geldt voor consultatie aan ouders of leerkrachten. Indien de begeleiding meer moet inhouden dan een kortdurend traject, dient er zo mogelijk doorverwijzing plaats te vinden. Indien de aard van de problematiek of gebrekkige motivatie van leerlingen of hun ouders slechts laagfrequent gesprekscontacten op school haalbaar maken, kunnen deze verzorgd worden door de schoolmaatschappelijk werker onder de noemer van incidentele contacten.

### **De doelgroep**

De primaire doelgroep wordt gevormd door jongeren van ongeveer 12 tot 18 jaar die een opleiding volgen op het voortgezet onderwijs en gedragsproblemen vertonen of problemen van psychosociale aard ondervinden die hun dagelijks functioneren in de schoolsituatie nadelig beïnvloeden of belemmeren. In de Rotterdamse situatie is een groot deel van deze jongeren van allochtone afkomst. De situatie van deze allochtone en, in iets mindere mate, ook autochtone jongeren wordt in Rotterdam vaak negatief beïnvloed door de maatschappelijke ontwikkelingen die een rol spelen in het ontstaan van de grotestadsproblematiek. Het betreft onder meer de toenemende individualisering, afbrokkeling van sociale, gezins- en familieverbanden, verhoging van de multi-ethniciteit, immigratie vanuit nieuwe (oorlogs-)gebieden, alsmede het ontstaan van wijken met een hoge concentratie van werkloosheid, armoede, slechte huisvesting en specifieke problematiek (zoals criminaliteit, drugsoverlast en onveiligheid). Daarnaast is er sprake van veranderende waarden en normen en worden er hogere eisen gesteld aan het persoonlijk en maatschappelijk functioneren. Anderzijds kunnen cultuurinvloeden of -voorschriften juist strijdig zijn met deze ontwikkelingen.

De problematiek van deze doelgroep houdt in veel gevallen tevens direct verband met de levensfase van de adolescentie waarin de jongeren zich bevinden en ontwikkelingsopdrachten en thema's die in deze levensfase nadrukkelijk aan de orde zijn. De belangrijkste ontwikkelingsopdracht is het in lichamelijk en geestelijk opzicht van kind tot volwassene worden. Thema's die in verband hiermee aan de orde zijn, zijn identificatie met leeftijdgenoten, groepsvorming, het belang van kleding en uiterlijk, ontdekking van eigen seksualiteit bewustwording van het eigen gedrag, persoonlijke identiteitsvorming, losmaking van het ouderlijk milieu, formulering van zingevingsvragen en ontwikkeling van toekomstperspectief. Daarbij verschuift over het algemeen het accent van groepsgerichtheid bij 12 tot 16-jarigen naar meer persoonlijke gerichtheid en onafhankelijkheid bij 16 tot 18-jarigen.

Op basis van genoemde thema's van de adolescentie en de leefomstandigheden in de grote stad kan de doelgroep van 12 tot 18-jarigen niet los gezien worden van de omgeving met andere jongeren. Zeker op school is deze omgeving steeds prominent aanwezig, vaak als dwingend referentiekader voor het handelen van jongeren. Ook de ouders spelen een belangrijke rol in het kader van het losmakingsproces, met hun wensen of eisen ten aanzien van het naleven van cultuurvoorschriften. Tenslotte strekt ook de rol van de school zich uit tot de opvoeding van jongeren. Daarmee is er dus sprake van drie opvoedmilieus met mogelijk verschillende belangen en/of waarden en normen. In het verlengde hiervan vertegenwoordigt de schoolmaatschappelijk werker overigens ook nog een eigen milieu, waarvan hij zich in het kader van zijn bemoeienis met deze jongeren bewust dient te zijn.

In directe relatie met de ontwikkelingsopdrachten en thema's van de adolescentie en de invloed vanuit de verschillende opvoedmilieus kunnen er problemen van verschillende aard aan de orde zijn, zoals onzekerheid, sociale angst en/of gebrek aan weerbaarheid, een negatief zelfbeeld, psychosomatische problematiek, eetstoornissen, problemen met middelengebruik, problemen met seksualiteit gedragsproblemen, motivatieproblemen, agressie en criminaliteit, zelfverwonding en suicide. Daarnaast of als gevolg daarvan kan er ook sprake zijn van gezagsproblematiek in de relatie met de ouders of leerkrachten, van seksueel misbruik of van problematiek als gevolg van al langer durende lichamelijke, pedagogische of emotionele verwaarlozing. In de relatie met leeftijdgenoten kan discriminatie of pesten aan de orde zijn, hetzij als slachtoffer, hetzij als dader. De verwachtingen ten aanzien van de rol van de school in de opvoeding worden onder invloed van de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen steeds groter. De taken van de school zijn uitgebreid met het aanleren van persoonlijke vaardigheden, het verhogen van de sociale competenties en het bieden van hulp waar het mis gaat. In dit kader zal de schoolmaatschappelijk werker in het voortgezet onderwijs goed op de hoogte moeten zijn van de specifieke ontwikkelingsopdrachten en thema's van de adolescentie en de invloeden vanuit de samenleving en de verschillende opvoedmilieus, alsmede van de problematieken in relatie daarmee. Hij zal in staat moeten zijn de verschillende thema's, invloeden en problematieken te signaleren en te bespreken of bespreekbaar te maken met de betreffende jongeren. Daarbij zal hij tevens de functie van en relatie met anderen in de omgeving van de jongeren (identificatiegroep, ouders, leraren) moeten onderkennen en zal hij zonedig anderen in het gesprek moeten kunnen betrekken. Mede afhankelijk van de aard van de problematiek en de situatie van jongeren zal de schoolmaatschappelijk werker verschillende gesprekstechnieken moeten beheersen en gebruik moeten kunnen maken van verschillende theoretische verklaringsmodellen.

In deze publicatie wordt een functieprofiel geschetst waarin 7 kerntaken onderscheiden worden.

#### 4. *Vormgeving van de zorgverbreding in het voortgezet onderwijs*

##### a. participatie in het schoolsysteem:

- inbreng van specifieke deskundigheid ten aanzien van psychosociale en gedragsproblematiek van adolescenten mede in relatie tot hun maatschappelijke situatie, hun etnische achtergrond en de systeemkenmerken van de relaties met hun ouders, hun leeftijdgenoten en hun docenten;
- Inkadering van de werkzaamheden in de interne zorgstructuur van de school;
- overleg met de (coördinerend) leerlingbegeleider als centrale contact persoon binnen de zorgstructuur van de school;
- inbreng van de eigen deskundigheid in het overleg van het social team; afstemming van de werkzaamheden met het overleg van het social team;
- deelname aan andere vergaderingen met betrekking tot het sociaal-emotionele functioneren van adolescenten; aansluiting bij het algemene schoolklimaat.

##### b. vertegenwoordiging van de eigen instelling:

- uitdraging van het beleid ten aanzien van de werkuitvoering van de eigen instelling;
- inhoudelijke sturing van het eigen handelen vanuit de werkbegeleiding en intervisie van de eigen instelling; onafhankelijke positionering ten opzichte van de uitvoering van het schoolbeleid en het optreden van docenten tegen adolescenten en ouders.

#### 2. *Kortdurende psychosociale hulpverlening aan adolescenten en hun ouders*

##### a. werkzaamheden ten behoeve van de intake en diagnose:

- eerste opvang van adolescenten en hun ouders in probleemsituaties;
- lokalisatie van probleemsituaties van adolescenten en hun ouders op eigen initiatief en op grond van signalen van docenten of de leerlingbegeleider;
- actieve contactlegging met niet direct voor hulpverlening gemotiveerde adolescenten en hun ouders in probleemsituaties;

- gespreksvoering;
  - probleem- en situatieverkenning;
  - onderzoek van eerdere interventies;
  - signalering en ordening van psychosociale en gedragsproblematiek en de hulpverleningsmogelijkheden;
  - plaatsing van psychosociale en gedragsproblematiek van adolescenten en de hulpverlening in een systeemtheoretisch kader;
  - motivering van adolescenten en hun ouders in probleemsituaties voor hulpverlening;
  - formulering van hulpvraag en hulpverleningsdoel;
  - planning van kortdurende hulpverlening met gebruik van handelingsplannen.
- b. werkzaamheden ten behoeve van de uitvoering:
- gespreksvoering in het kader van kortdurende hulpverlening, gericht op het vergroten van de competentie van of in relatie tot adolescenten in hun dagelijks functioneren;
  - betrekking van relevante systemen van adolescenten bij de gespreksvoering;
  - betrekking van relevante maatschappelijke omstandigheden en etnische factoren bij de gespreksvoering; gebruik van aspecten van sociale vaardigheidstraining bij de gespreksvoering;
  - uitvoering van handelingsplannen; incidentele of laagfrequente gespreksvoering met adolescenten en ouders die ondanks hun problematiek onvoldoende gemotiveerd zijn voor hulpverlening;
  - waarborging van de privacy van adolescenten en ouders.
- c. werkzaamheden ten behoeve van de afsluiting:
- evaluatie en afronding van de hulpverlening;
  - overdracht van adolescenten en ouders aan instellingen voor vervolghulp; controle van de voortgang van een verwijzing.

### 3. Kortdurende concrete en informatieve hulpverlening aan adolescenten, hun ouders en docenten

- a. werkzaamheden in het kader van informatie-overdracht:
- verzameling van de in verband met de hulpvraag benodigde informatie;
  - verstrekking van informatie over de situatie en problematiek van adolescenten aan de adolescenten zelf, hun ouders of hun docenten;
  - verstrekking van informatie over de sociale kaart en hulpverleningsmogelijkheden (of -onmogelijkheden) voor adolescenten en hun ouders.
- b. werkzaamheden in het kader van advisering:
- verstrekking van advies aan adolescenten over de omgang met hun situatie, de benodigde of geëigende hulpverlening, gedragsalternatieven of te volgen procedures en regelingen;
  - verstrekking van advies aan adolescenten met betrekking tot de omgang met problemen van leeftijdgenoten; verstrekking van advies aan ouders met betrekking tot de omgang met en opvoeding van adolescenten of hun eigen problematiek;
  - verstrekking van advies aan docenten met betrekking tot de omgang met problematiek of probleemgedrag van adolescenten.

### 4. Verwijzing en coördinatie

- a. werkzaamheden in het kader van verwijzing:
- vervulling van de functies aanmelding en screening volgens de werkuitvoering van Bureau jeugdzorg;
  - verstrekking van informatie over adolescenten voor het overleg van Bureau jeugdzorg ten behoeve van de indicatiestelling voor geïndiceerde (vrijwillige of gedwongen) jeugdhulpverlening;
  - zo nodig en mogelijk directe melding van ernstige problematiek aan de Raad voor de Kinderbescherming;

- verwijzing van adolescenten naar voorzieningen in het buurtnetwerk voor specifieke hulp- of dienstverlening; verzameling en verstrekking van gedragsinformatie ten behoeve van bovenschoolse zorgteams en de Permanente Commissie Leerlingzorg;
  - verwijzing van ouders naar geëigende begeleiding of hulpverlening, gericht op hun eigen problematiek; motivering van adolescenten en ouders voor een noodzakelijke verwijzing.
- b. werkzaamheden ter bestendiging of in plaats van de verwijzing:
- indien nodig bemiddeling bij de contactlegging met en begeleiding van adolescenten en hun ouders bij het eerste bezoek aan een instelling die de begeleiding of hulpverlening gaat uitvoeren;
  - controle van de effectuering van een verwijzing via contact met Bureau jeugdzorg, de zorgtoewijzingscommissie of de instelling die de begeleiding of hulpverlening gaat uitvoeren; overleg met afzonderlijke instellingen voor jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugdgeestelijke gezondheidszorg over de voortgang van gerealiseerde verwijzingen; indien nodig coördinatie van hulp- en dienstverlening aan adolescenten en ouders die tegelijkertijd verricht wordt door verschillende instellingen;
  - relevante informatie-overdracht tussen school en instellingen voor hulp- en dienstverlening, met bewaking van de privacy van adolescenten en ouders;
  - verzorging van laagfrequente en incidentele gesprekscontacten gedurende een lange periode, indien verwijzing niet haalbaar is.

#### *5. Preventie en consultatie*

##### a. werkzaamheden gericht op adolescenten en hun ouders:

- voorlichting en coaching met betrekking tot de omgang met psychosociale- en gedragsproblematiek, mede in relatie tot de opvoeding;
- verzorging van specifieke themalessen of trainingen;
- mogelijke deelname aan schoolactiviteiten ter signalering van relevante aspecten van de schoolsituatie of van problematiek van adolescenten en ter vergroting van het contact met adolescenten en ouders;
- aanwezigheid op informele momenten ter onderhouding van het contact met adolescenten en ouders voor wie de drempel naar meer formele gespreksvoering te hoog is;
- uitvoering van het geheel van alle werkzaamheden ter voorkoming van escalatie of verergering van de problematiek en de daarvoor benodigde hulpverlening.

##### b. werkzaamheden gericht op docenten:

- signalering van problematiek of probleemgedrag van adolescenten, direct aan docenten of via de (coördinerend) leerlingbegeleider of het social team;
- verstrekking van informatie over de omgang met problematiek of probleemgedrag van adolescenten in, of in relatie tot, de schoolsituatie;
- coaching met betrekking tot de omgang met psychosociale en gedragsproblematiek in de schoolsituatie;
- onderhouding van informele contacten met docenten.

#### *6. Signalering en belangenbehartiging met betrekking tot het schoolklimaat*

##### a. algemene signalering:

- medewerking aan anonieme registratie en inventarisatie van inhoudelijke problematiek van adolescenten ten behoeve van de jeugdmonitor;
- signalering van factoren in de schoolsituatie die het functioneren van adolescenten negatief beïnvloeden;
- signalering van factoren in de leefsituatie van groepen adolescenten die hun functioneren in de schoolsituatie negatief beïnvloeden.

##### b. specifieke signalering en ondersteuning:



- signalering van belemmerende factoren als gevolg van de uitvoering van het schoolbeleid voor specifieke adolescenten of ouders;
- signalering van belemmerende factoren in het optreden van docenten ten opzichte van specifieke adolescenten of ouders;
- behartiging van de belangen van adolescenten en ouders in geval van belemmering van hun functioneren door de uitvoering van het schoolbeleid of het optreden van docenten;
- bemiddeling tussen docenten en adolescenten of ouders.

#### *7. Registratie en rapportage*

- registratie van contacten met adolescenten en ouders ten behoeve van het leerlingvolgsysteem van de school en de leerwegondersteunende hulpstructuur (bovenschoolse zorgteams en Permanente Commissie Leerlingzorg);
- mondelinge rapportage aan de (coördinerend) leerlingbegeleider of de verwijzende docent naar aanleiding van contacten met adolescenten en ouders, zonder verstrekking van vertrouwelijke inhoudelijke informatie;
- verslaglegging met betrekking tot de eigen hulpverlening in de vorm van handelingsplannen;
- verslaglegging met betrekking tot de functies aanmelding en screening volgens de eisen van Bureau jeugdzorg ten behoeve van verwijzing naar geïndiceerde jeugdhulpverlening;
- schriftelijke dossiervorming naar aanleiding van contacten met adolescenten en ouders ten behoeve van de inhoudelijke verantwoording aan de eigen stichting.

N.B. Er is door de Ichtus Hogeschool Rotterdam ook een Functieprofiel schoolmaatschappelijk werk in het basisonderwijs beschreven. Deze komt wat betreft geformuleerde kerntaken overeen met het bovenstaande functieprofiel. Sommige uitwerkingen bij de kerntaken zijn iets anders.

### **Aanbod van het schoolmaatschappelijk werk**

Wat heeft het schoolmaatschappelijk werk de scholen te bieden? Scholen zullen alleen investeren in schoolmaatschappelijk werk wanneer het aanbod hiervan nauw aansluit bij hun behoeften. Het maatschappelijk werk is tenslotte niet de enige professie die zich op het terrein van problemen van kind en gezin beweegt of kan adviseren bij vastgelopen contacten tussen school en ouders. Er zijn andere disciplines die dit advieswerk eveneens tot hun domein rekenen, zoals psychologen en pedagogen. Bovendien zijn er allerlei instellingen die zich bezighouden met jeugdhulpverlening. Als een school een probleem signaleert bij een kind, zou ze ouders en kind in principe toch naar een van deze instellingen kunnen verwijzen? Feit is dat genoemde instellingen vaak werken met een wachtlijst en in veel gevallen niet snel een hulpaanbod kunnen realiseren. Veel jeugdhulpverleningsinstellingen hebben weinig of geen ervaring met hulpverlening aan een instituut zoals een school en missen methodische handvatten op dat vlak. Globaal kan het aanbod van het schoolmaatschappelijk werk, als volgt omschreven worden.

- a. De zorg voor kinderen met problemen in de onderwijsleersituatie staat centraal.
- b. Het schoolmaatschappelijk werk kan aan die zorg een bijdrage leveren door zich te richten op verhelderen van de posities van ouders en school, en het bevorderen van de communicatie tussen deze beide partijen.
- c. Het kan dit doen door de situatie van het kind op school en de invloed (positief of negatief) van de thuissituatie op de onderwijsleersituatie te onderzoeken.
- d. Het kan naar beide kanten (zowel naar gezin als naar school) aanbevelingen doen over probleemoplossende activiteiten.
- e. Dit kan in relatie tot het gezin de vorm aannemen van steun bij de contacten met de school, of begeleiding bij de aanpak van het kind thuis. In relatie tot de school kan het gaan om steun bij de contacten met de ouders, of om adviezen over de aanpak van het kind op school.
- f. Het schoolmaatschappelijk werk zal waar nodig samenwerken met andere disciplines in of buiten de school.

### **Doelgroep**

#### *Zorg voor kinderen met problemen in de onderwijsleersituatie*

De schoolmaatschappelijk werker houdt zich alleen bezig met het kind dat problemen heeft op school; contact met het gezin heeft ook deze problemen als uitgangspunt. Vaak is, zeker bij gedragsproblemen, het probleem van het kind in de klas moeilijk los te denken van zijn functioneren in het gezin. Het schoolprobleem blijft richtpunt of legitimatie voor de bemoeienis van de schoolmaatschappelijk werker met het gezin.

#### *Probleemcategorieën*

Het schoolmaatschappelijk werk krijgt te maken met alle soorten problemen waar ook de jeugdhulpverlening mee in aanraking komt. Dat is logisch: daar staat de leerplicht garant voor. Globaal kan onderscheid gemaakt worden tussen:

- a. problemen die hun oorsprong primair vinden in het kind en/of zijn ontwikkeling;
- b. problemen waarbij het probleemgedrag van het kind reactief is op de omgeving.

In de praktijk is dit onderscheid niet altijd gemakkelijk te maken. Een kind met ontwikkelingsproblemen stelt zijn omgeving voor veel vragen, terwijl een problematische omgeving gedrag uitlokt waarbij het kind zelf ook hulp nodig kan hebben. En uiteraard is ook een combinatie van ontwikkelings- en omgevingsproblematiek mogelijk.

### *Problemen die hun oorsprong primair vinden in het kind en/of zijn ontwikkeling*

Bij problemen die hun oorsprong primair vinden in het kind en/of zijn ontwikkeling moet gedacht worden aan een breed gebied van ontwikkelingsproblemen en vormen van lichte hersenbeschadiging (bij zware vormen zit het kind niet op een basisschool) zoals motorische onrust in combinatie met concentratieproblemen (ADHD), intelligentieproblemen en sociale problemen. Hoewel ontwikkelingsproblemen niet thuis horen bij de schoolmaatschappelijk werker, worden kinderen met ontwikkelingsproblematiek toch regelmatig bij de schoolmaatschappelijk werker aangemeld. Vaak gebeurt dat wanneer het probleem nog niet als zodanig onderkend is, en vooralsnog aan andere oorzaken gedacht wordt (bijv. pedagogische problemen in de thuissituatie). Hetzelfde geldt voor lichte vormen van hersenbeschadiging en -soms - intelligentieproblemen. Deze problemen moeten alle vastgesteld worden door anderen dan de schoolmaatschappelijk werker (bijv. een arts of psycholoog). De schoolmaatschappelijk werker kan in deze gevallen wel een bijdrage leveren aan de begeleiding van ouders en/of school.

Sociale problemen van kinderen die niet direct veroorzaakt worden (door de omgeving, in dit geval op school of thuis, komen voor en 'kunnen samenhangen met een aangeboren verhoogde gevoeligheid van het kind. De schoolmaatschappelijk werker kan een rol hebben bij het vaststellen van zulke problemen en advies geven, zowel voor het kind (sociale-vaardigheidstraining) als aan ouders en school.

### *Problemen waarbij het probleemgedrag van het kind reactief is op de omgeving*

Als het probleemgedrag van het kind reactief is op de omgeving kan die omgeving zowel de school- als de thuissituatie zijn. Er is sprake van een reactie op de school als deze onvoldoende tegemoet komt aan de behoeften of vraagstelling van het kind. Dat is bijvoorbeeld het geval als het systeem van de school niet past bij een kind, doordat het hem te weinig of juist te veel structuur biedt. Of als vanwege langdurige ziekte van een leerkracht steeds wisselende vervangers optreden, waardoor het kind vastigheid en continuïteit te kort komt. Ook kan het gebeuren dat een leerkracht onvoldoende begrijpt wat het kind, didactisch en/of sociaal-emotioneel, nodig heeft of (nog) niet beschikt over de vaardigheden dit het kind te kunnen bieden. De huidige aandacht voor pesten op school maakt duidelijk dat ook de groep waarin het kind zit voor forse problemen kan zorgen.

In een aantal gevallen is het (school)probleem van het kind reactief op zijn thuissituatie. De oorzaken kunnen velerlei zijn: onmacht in de opvoeding, conflicten thuis met het kind al dan niet als middelpunt, financiële en/of arbeidsproblemen van de ouders, problemen met integratie in de samenleving (bijv. bij allochtone gezinnen).

Probleemgedrag van een kind is als koorts bij ziekte: het is een signaal dat er iets aan de hand is, maar het zegt nog niet wát er loos is. Hetzelfde probleemgedrag kan zeer uiteenlopende oorzaken hebben. Onderzoek naar factoren die het probleem veroorzaken of in stand houden is hier geboden. In een aantal gevallen is de schoolmaatschappelijk werker hiervoor niet toegerust en daarom aangewezen op de inbreng van anderen. Dit kan gelden voor zowel de diagnose als voor begeleiding aan school en ouders. Erkenning van eigen grenzen voorkomt dat de schoolmaatschappelijk werker te veel verklaart vanuit psychosociale factoren. Die verleiding is er, maar eraan toegeven kan leiden tot verergering van het probleem.

### **Fasering van het schoolmaatschappelijk werk**

*Fase 0 + 1 : Aanmelding en intake.* Aanmelding kan geschieden door de school, de ouders en/of het kind.

- Introductie van de schoolmaatschappelijk werker bij het gezin
- Kennismaking van de maatschappelijk werker met het gezin
- Uitleg motief voor het contact tussen ouders en schoolmaatschappelijk werker
- Samenvatting van het probleem

- Hoe zien de ouders het probleem van de school met het kind?
- Hebben de ouders zelf problemen met hun kind?
- Hoe reageert het kind thuis op school?
- Hoe ervaren de ouders de relatie met de school?
- Hoe staan de ouders tegenover verwijzing naar het schoolmaatschappelijk werk?
- Beroepsgeheim

#### *Fase 2 : Probleemanalyse*

- Contact tussen ouders en school
- Gedrag van het kind en reactie van groep en leerkracht

#### *Fase 3 : Doelformulering*

- Doelformulering in het contact tussen leerkracht en gezin
- Doelformulering op schoolniveau
- Doelformulering in de thuissituatie

#### *Fase 4 : Plan van aanpak*

- Plan van aanpak met het oog op de relatie ouders – school
- Plan van aanpak in de school
- Plan van aanpak in de thuissituatie

#### *Fase 5 : Uitvoering*

- Uitvoering in de relatie ouders – school
- Uitvoering in de school
- Uitvoering in de thuissituatie

#### *Fase 6 : Afsluiting*

- Wat is bereikt in de relatie ouders – school?
- Wat is bereikt met het schoolprobleem van het kind in de school?
- Wat is bereikt met het schoolprobleem van het kind in de thuissituatie?

### **‘Meerkennis’ van de schoolmaatschappelijk werker**

Bijna alle terreinen van het maatschappelijk werk vragen om ‘meerkennis’, toegespitst op de specifieke werkplek, en het schoolmaatschappelijk werk vormt daarop geen uitzondering. Op welk soort kennis en competenties wordt door schoolmaatschappelijk werkers een beroep gedaan?

- *Systeemtheoretisch denken*, meestal in verband met gezinsproblemen behoort van oudsher tot het domein van het maatschappelijk werk, maar is onmisbaar voor het zicht op de wisselwerking tussen school, ouders, kind en groep. Voor ‘echte’ gezinsbehandeling is verwijzing nodig. In de gevolgen van sociaal-economische problemen (bijv. werkloosheid, financiële problemen, huisvestingsproblemen) zal elke maatschappelijk werker zich moeten verdiepen; de schoolmaatschappelijk werker dient zich te concentreren op gevolgen voor de school-/leercondities voor kinderen. *Pedagogische problemen* krijgen in de basisopleiding voor maatschappelijk werker minder accent dan nodig is in de praktijk van het schoolmaatschappelijk werk. Bijscholing op dit punt is dan ook nodig. Weliswaar blijkt een aantal aanmeldingen van ouders met pedagogische problemen te berusten op gezins- of andere problemen, maar om zaken te kunnen onderscheiden is het toch noodzakelijk dat een schoolmaatschappelijk werker zich vertrouwd voelt op pedagogisch gebied.
- Ook *ontwikkelingsproblemen bij kinderen in psychiatrische zin* komen voor, en daarom dient de schoolmaatschappelijk werker deze in grote lijnen te kunnen herkennen.

- *Didactische en/of onderwijskundige zaken.* Didactiek is van groot belang in de school en komt vaak aan de orde in gesprekken met ouders. Een schoolmaatschappelijk werker kan daar geen functie in hebben, maar moet wel weten waar het over gaat.
- *Psychologisch onderzoek.* Ambtshalve zal de schoolmaatschappelijk werker in aanraking komen met de psycholoog en de resultaten van diens onderzoek; mede ten behoeve van ouders dient hij bekend te zijn met de betekenis van de diverse onderdelen.
- *Gedragmodificerende methoden en technieken.* In de opleiding is er meestal een basis gelegd, waar nu op voortgebouwd kan worden.
- *Consultatie aan leerkrachten.* Vaardigheid in communicatietechnieken mag bij een maatschappelijk werker verondersteld worden; consultatieve vaardigheden vragen doorgaans om extra training.
- *Groepsactiviteiten.* Groepsactiviteiten van allerlei aard (bijv. verzorgen van ouder- of thema-avonden, oudergespreksgroepen, themadagen voor of trainingen aan schoolteams) geven de taak een extra dimensie.