PASSENDE ZORG IN DE SOCIALE WIJKTEAMS

Een onderzoek naar toeleiding naar zorg in de sociale wijkteams binnen de Gemeente Nijmegen

Tranzo
Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn



Nienke Smulders, MSc.
dr. Isolde Driesen
prof. dr. Tine Van Regenmortel
prof. dr. René Schalk

Sociaal Wijkteam

Tilburg University

Understanding Society

Colofon

Projectleiding	prof.dr. Tine Van Regenmortel en prof.dr. René Schalk, Academische Werkplaats Sociaal Werk, Tranzo, Tilburg University
Projectuitvoering	Nienke Smulders, MSc., Academische Werkplaats Sociaal Werk, Tranzo, Tilburg University
Projectbegeleiding	dr. Isolde Driesen, NIM Maatschappelijk werk
Financiering	Dit project werd mogelijk gemaakt door de Gemeente Nijmegen en W4 organisaties (Het Inter-lokaal, NIM Maatschappelijk Werk, SWON het seniorennetwerk, Tandem Welzijn)
In opdracht van	W4 organisaties
ISBN	978-94-6167-301-5

Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn
Tilburg University,
Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences

Warandelaan 2
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
www.tilburguniversity.edu/tranzo

Referentie
Gebruik onderstaande referentie als u wilt verwijzen naar dit rapport:

Smulders, N.B.M., Driesen, I.G., Regenmortel, T. Van, & Schalk, M.J.D. (2016). *Passende zorg in de sociale wijkteams: Een onderzoek naar toeleiding naar zorg in de sociale wijkteams in de Gemeente Nijmegen*.
Tilburg: Tranzo, Tilburg University.

Contact
Nienke Smulders (*n.b.m.smulders@tilburguniversity.edu*)
Isolde Driesen (*i.driesen@nim.nl*)

Inhoudsopgave

Samenvatting 5
Inleiding 5
Doel- en vraagstelling 5
Methode en verantwoording 5
Onderzoeksvragen en resultaten 6
Conclusie 7
1. Inleiding 9
1.1 Aanleiding onderzoek 9
1.2 SWTs in de Gemeente Nijmegen 10
1.3 Aansluiting bij andere onderzoeken 11
2. Theoretisch kader 12
2.1 Het begrip passende zorg 12
2.2 Op- en afschalen vanuit de theorie 12
2.3 Op- en afschalen vanuit de praktijk 13
3. Onderzoeksvragen 14
3.1 Hoofdvraag 14
3.2 Deelvragen 14
4. Methode van onderzoek 15
4.1 Onderzoeksdesign 15
4.2 Onderzoeksprocedure en werving 15
Fase 1: Casestudies 17
Fase 2: Focusgroepen 17
4.3 Bescherming gegevens deelnemers 17
4.4 Data-analyse 18
5. Onderzoeksresultaten 19
5.1 Deelvraag 1 en 2 19
5.1.1 Op- en afschalen 19
5.1.2 Afschalen 19
5.1.3 Opschalen 20
5.1.4 Wat wordt door het SWT zelf opgepakt? 20
5.2 Deelvraag 3 21
5.2.1 Cliëntfactoren 21
5.2.2 Professionalfactoren 21
5.2.3 Contextfactoren 22
5.3 Deelvraag 4 22
5.3(a). Sluit de werkwijze aan bij de problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt? 22
5.3(a).1 Intensiteit en timing hulp 27
5.3(a).2 Tevredenheid hulp 22
5.3(a).3 Aansluiting bij hulpvraag cliënt 22
5.3(a).4 Overeenstemming over aanpak 23

5.3(a).5 Succesfactoren volgens cliënten ... 24
5.3(a).6 Verbeterpunten volgens cliënten ... 24
5.3(b). Sluit de werkwijze aan bij de visie van de SWT professionals wat betreft zorg aan gezinnen? ... 25
5.3(b).1 Intensiteit en timing hulp ... 25
5.3(b).2 Tevredenheid hulp ... 25
5.3(b).3 Aansluiting bij hulpvraag cliënt ... 25
5.3(b).4 Overeenstemming over aanpak ... 26
5.3(b).5 Wat zou de SWT professional anders doen? ... 26
5.3(b).6 Succesfactoren volgens SWT professionals ... 26
5.3(b).7 Verbeterpunten volgens SWT professionals ... 27
5.3(c). Sluit de werkwijze aan bij de doelstellingen van de SWTs en de transformatie? ... 29
5.4 Deelvraag 5 ... 30
5.5 Deelvraag 6 ... 31
6. Samenvattende conclusie ... 32
6.1 Voldoet de hulp vanuit de SWTs in Nijmegen aan de uitgangspunten voor passende zorg? ... 32
6.1.1 Cliënt ... 32
6.1.2 Professional ... 33
6.1.3 Context ... 33
6.2 Conclusie: is er sprake van passende zorg? ... 34
... 34
6.3 Resultaten in relatie tot ander onderzoek ... 34
6.3.1 Maatwerk en cliënttevredenheid ... 34
6.3.2 Werkdruk ... 35
6.3.3 Samenwerking ... 35
6.4 Meerwaarde van het onderzoek ... 35
7. Aanbevelingen ... 37
7.1 Aanmelding SWT ... 37
7.2 Vrije ruimte versus kaders ... 37
7.3 Ervaringsdeskundigheid ... 37
7.4. Randvoorwaarde: verminderen werkdruk ... 38
7.5. Integreren systemen SWT met werken vanuit SNS ... 38
7.6. Zorgcontinuïteit ... 38
7.7. Tot slot ... 38
Dankwoord ... 38
Geraadpleegde literatuur ... 39
Bijlagen ... 41
Bijlage 1: Schema deelvragen ... 42
Bijlage 2: Toestemming Ethische Toetsingscommissie Tilburg University ... 43
Bijlage 3: Overzicht op- en afschalen per casus ... 44
Bijlage 4: interviewvragen ... 47
Bijlage 5: Schema uitgangspunten transformatie ... 53

Samenvatting

Inleiding
Op 1 januari 2015 is de stelselwijziging binnen het sociale domein van kracht geworden, waarbij de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Participatiewet (Oude Vrielink, Van der Kolk & Klok, 2014). Deze transformatie binnen het sociale domein heeft de volgende uitgangspunten:

- Meer zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt (eigen plan);
- Integraal werken;
- Eén gezin, één plan, één regisseur;
- Minder gebruik van dure, tweedelijns zorg;
- Specialistische hulp snel beschikbaar en snel weer terugtrekken.

Veel gemeenten zien sociale wijkteams (SWTs) als middel om vorm te geven aan deze uitgangspunten (De Boer & Van der Lans, 2014; Van Arum & Schoorl, 2015). Een SWT bestaat uit professionals uit verschillende organisaties en disciplines (zoals een wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, Wmo-consulent, opbouwwerker) die bijeengebracht worden voor een integrale en generalistische aanpak van sociale problematiek: één gezin, één plan, één regisseur (Oude Vrielink et al., 2014; Werkman, 2015). Hoewel de SWTs hét antwoord lijken op de transformaties, is op dit moment nog onvoldoende duidelijk of de SWTs in staat zijn om zowel de beoogde bezuinigingen als de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie te realiseren (Van Arum & Lub, 2014; Werkman, 2015).

In de gemeente Nijmegen, waar men sinds enkele jaren met SWTs werkt, speelt de vraag of nog steeds te vaak (onnodige) intensieve hulp ingezet wordt, terwijl in andere gevallen te lichte hulp wordt aangeboden waar juist intensievere hulp gewenst is. Er is behoefte aan een reflectie op de manier van toeleiding naar zorg vanuit de SWTs (O&S Nijmegen, 2013). De Gemeente Nijmegen en de in Nijmegen samenwerkende welzijnsorganisaties (het W4 samenwerkingsverband tussen het Inter-lokaal, NIM Maatschappelijk Werk, SWON het seniorennetwerk en Tandem Welzijn) hebben de opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de mate waarin het SWT passende zorg biedt.

Passende zorg
In dit onderzoek staat het begrip passende zorg centraal. Passende zorg dient '*zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig*' te zijn (Wolf, 2015) Dit houdt in dat de principes van 'stepped care' en 'matched care' toegepast worden. Stepped care betekent dat gestart wordt met zo licht mogelijke hulp, gevolgd door intensievere hulp wanneer dat nodig is (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2014). Matched care staat voor het afstemmen van de zorg op de behoeften, wensen en kenmerken van de cliënt (bijv. ernst van de problematiek, vaardigheden) en zijn/haar omgeving (Van Straten, Hill, Richards, & Cuijpers, 2015).

Als we de principes van stepped care en matched care verbinden met de doelstellingen van de SWT's in Nijmegen houdt passende zorg in dat:

1. krachtgericht gewerkt wordt en aangesloten wordt bij mogelijkheden en wensen van de cliënt;
2. vanuit Sociale Netwerk Strategieën (SNS) samengewerkt wordt met de familie en het netwerk van cliënt;
3. verkend wordt of vanuit het voorliggende veld ondersteuning ingezet kan worden;
4. vanuit het SWT zo nodig zelf begeleiding wordt geboden aan de cliënt;
5. zo nodig tijdig de juiste specialistische hulp ingezet en weer teruggetrokken wordt zo gauw dit mogelijk.

Doel- en vraagstelling
Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in het proces van toeleiding naar zorg in de praktijk van het SWT en in de factoren die hierop van invloed zijn, zodat duidelijk wordt hoe passende zorg gerealiseerd kan worden. De centrale vraagstelling luidt: *In hoeverre bieden SWTs in de Gemeente Nijmegen passende zorg aan cliënten?*

Methode en verantwoording
Aangezien de SWTs nog in ontwikkeling zijn, is het op dit moment te vroeg om een effectstudie uit te voeren (Movisie, 2013; Van den Bosch, 2014). Ter voorbereiding hierop is daarom gekozen om een exploratief onderzoek uit te voeren in de vorm van een procesevaluatie, waarbij de werkwijzen van de SWTs nauwkeurig in kaart zijn ge-

bracht. Het betreft dus een eerste verkenning naar de werkwijze van de SWTs op het gebied van passende zorg. Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een casestudy design (Swanborn, 2010a). We hebben ons in dit onderzoek gericht op 3 SWTs van de Gemeente Nijmegen: Dukenburg, Zuid en Oost. De dataverzameling bestond uit het uitvoeren van 10 casestudies, waarbij de ondersteuning vanuit het SWT vanuit verschillende perspectieven bestudeerd werd (dossierstudie en interviews met de cliënten en SWT professionals). Daarna zijn 2 focusgroepbijeenkomsten gehouden met cliënten en professionals.

Onderzoeksvragen en resultaten
In hoeverre bieden SWTs in de Gemeente Nijmegen passende zorg aan cliënten?

Deelvragen 1 en 2
Welke interventieniveaus biedt het SWT bij welke problematiek (Wolf, 2015)?
Wanneer wordt toegeleid naar een andere vorm van zorg (op- of afgeschaald)? En op welke gronden wordt dit gedaan?

In bijna alle bestudeerde trajecten werd zowel op- als afgeschaald. Hieruit blijkt dat op- en afschalen en het toeleiden naar zorg geen lineair proces is, maar juist een iteratief proces waarbij op- en afschalen elkaar af kunnen wisselen.

Afschalen gebeurt voornamelijk wanneer sprake is van isolement of wanneer ondersteuning nodig is op het gebied van praktische zaken (bijvoorbeeld het huishouden of financiële zaken). Ook wordt soms afgeschaald wanneer sprake is van een stabiele situatie en de intensiteit van de zorg dus verminderd kan worden. Opschalen gebeurt vaak wanneer het gezin overbelast is en/of wanneer sprake is van een crisissituatie.

Er is sprake van een gedifferentieerd beeld wat betreft de taken van de SWT professionals, waarbij kortdurende ondersteuning bij praktische zaken, toeleiden naar zorg, motiveren en samenwerking met familie en netwerk van cliënt genoemd worden. In enkele gevallen biedt de SWT professional ook langdurigere ondersteuning en hulp bij zaken die de oorspronkelijke hulpvraag van de cliënt overstijgen.

Deelvraag 3
Welke factoren beïnvloeden de keuze voor op- en afschalen?
Uit de bestudeerde casussen blijkt dat SWT professionals de stappen in het hulpverleningsproces (op- en afschalen) zorgvuldig overwegen: Stappen worden goed beschreven en beargumenteerd. In veel gevallen worden beslissingen vervolgens ook getoetst bij collega's of wordt advies gevraagd van samenwerkingspartners. Wat betreft factoren die de keuze voor het interventieniveau beïnvloeden, kan een indeling gemaakt worden in drie soorten factoren: cliëntfactoren (o.a. vaardigheden, wensen en klachten van cliënt), professionalfactoren (collegiaal advies en werkzaamheid) en contextfactoren.(o.a. kosten, werkdruk, regelgeving en procedures).

Deelvraag 4
In hoeverre leidt het op- en/of afschalen in de SWTs tot passende zorg (Wolf, 2015)?
a) Sluit de werkwijze aan bij de problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt?
Sommige cliënten geven aan dat de intensiteit van de hulp voldoende was, maar tegelijkertijd geven meerdere cliënten aan dat ze meer hulp nodig hadden gehad. Dit heeft vaak te maken met de timing van de hulp: dezelfde cliënten geven aan te laat te zijn geholpen. Als de hulp eenmaal op gang is gekomen, zijn cliënten over het algemeen tevreden met de hulp en noemen hierin vooral de goede werkrelatie met de SWT professional als een belangrijke factor. Een aantal cliënten geeft aan dat zij hun SWT traject vonden passen bij datgene wat ze nodig hadden. Andere cliënten geven echter aan dat sommige stappen die gezet zijn, niet helemaal pasten bij hun situatie of hulpvraag. Soms heeft dit te maken met het feit dat er sprake was van een crisissituatie, waardoor er weinig tijd was om een passende plek te vinden. Over het algemeen hebben cliënten het idee dat er in het hele proces voldoende naar hen geluisterd is en dat ze voldoende betrokken zijn geweest bij de keuzes die in het traject zijn gemaakt. Ook geven ze over het algemeen aan dat de stappen die gezet zijn, aansloten bij wat zij op dat moment wilden.

b) Sluit de werkwijze aan bij de visie van de professional wat betreft passende zorg?
SWT professionals geven aan dat zij denken dat de intensiteit van de hulp juist was. Zij zijn over het algemeen tevreden over het traject dat zij met de cliënt doorlopen hebben en zijn van mening dat de zorg die cliënten hebben gekregen, aansloot bij hun hulpvraag. SWT professionals schatten deze aspecten positiever in dan cliënten zelf. Wat betreft de overeenstemming over de aanpak en de keuzes die in het traject zijn gemaakt, komen de visie van cliënten en SWT professionals overeen: beiden geven aan dat de cliënt betrokken wordt bij keuzes en dat voldoende naar hen wordt geluisterd in het besluitvormingsproces.

c) Sluit de werkwijze aan bij de doelstellingen van de SWTs en de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie?
Volgens cliënten en SWT professionals sluit de werkwijze al redelijk aan bij de doelstellingen op het gebied van integraal werken, normaliseren en zelfregie van de cliënt. Punten van aandacht zijn het werken vanuit Sociale Netwerk Strategieën (SNS) en de reductie van dure (specialistische) tweedelijnszorg. Ook wat betreft preventie, efficiënt werken en het maken van een actieplan door de cliënt lijken nog winsten te kunnen worden behaald.

Deelvraag 5
Wat zijn volgens de stakeholders (cliënten en SWT professionals) de criteria voor passende zorg?
Cliënten en SWT professionals noemen de volgende voorwaarden voor het bieden van passende zorg:

- Hulp snel inzetten;
- Als SWT professional zelf begeleiding oppakken;
- Werkrelatie/vertrouwensband;
- Nabijheid/presentie;
- Geen 9 tot 5 mentaliteit;
- Samenwerking met familie en sociaal netwerk;
- Kennis van maatwerkvoorzieningen en zorgorganisaties.

Deelvraag 6
Wat is er m.b.t. op- en afschalen veranderd t.o.v de situatie vóór de transities/werken vanuit SWTs?
In vergelijking met de situatie vóór de transities/werken vanuit SWTs is volgens SWT professionals het volgende veranderd:

- hulp is dichterbij en laagdrempeliger;
- de caseload bestaat uit minder cliënten met enkelvoudige problematiek;
- de SWT professional biedt minder zelf procesmatige hulpverlening aan cliënten met psychosociale problematiek (gefaseerde aanpak gericht op gedragsverandering cliënt);
- professionals hebben er een nieuwe rol bij gekregen: de rol van indicatiesteller;
- de gesprekken met de cliënt veranderen. Als professional sta je nu meer naast de cliënt en kijk je mee met wat de cliënt nodig heeft in plaats van dat je zegt wat er moet gebeuren;
- het contact met zorgaanbieders is intensiever en er zijn kortere lijnen;
- de SWT professional heeft een andere rol gekregen t.o.v. gemeente, tweede lijn zorgorganisaties en cliënten. Zo speelt netwerken en relatiebeheer met tweedelijnsorganisaties een prominentere rol;
- er is in toenemende mate sprake van acquisitie door kleine zorgaanbieders.

Conclusie
Terugkomend op de centrale onderzoeksvraag (*In hoeverre bieden SWTs in de Gemeente Nijmegen passende zorg aan cliënten?*) is vanuit dit onderzoek een tweeledig antwoord te geven. Enerzijds voldoet de hulp vanuit het SWT reeds aan een groot aantal uitgangspunten van passende zorg, zoals het aansluiten bij wensen en behoeften van cliënten ('matched care'), krachtgericht werken, het verkennen van de mogelijkheden van het voorliggende veld ('stepped care') en het beargumenteerd inzetten van specialistische zorg. Anderzijds komen professionals niet voldoende toe aan bepaalde belangrijke aspecten van passende zorg, zoals het samenwerken met familie en netwerk, het zelf bieden van procesmatige hulpverlening en het tijdig inzetten en weer terugtrekken van specialistische hulp. Hierbij spelen aan de voor- en achterkant (het opstarten en afsluiten van de hulp) een aantal kritische factoren een rol die verdere aandacht behoeven. In onderstaand kader worden de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor het bieden van passende zorg vanuit het SWT samengevat:

Bevorderende factoren:
- Krachtgerichte benadering
- Maatwerk, persoonsgerichte benadering: hulpverlening sluit aan bij problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt
- Werkrelatie/vertrouwensband tussen professional en cliënt
- Gezamenlijk besluit over plan van aanpak
- Stappen en verwijzingen goed beschreven en beargumenteerd
- Deskundigheid binnen het SWT
- Samenwerking binnen het SWT en collegiale toetsing/leren van elkaar
- Korte lijnen met samenwerkingspartners in de wijk

Belemmerende factoren:
- Het SWT komt niet voldoende toe aan het zelf bieden van procesmatige hulpverlening
- Hoge werkdruk binnen het SWT
- Meer tijd nodig voor werken vanuit SNS en transformatie-uitgangspunten
- Systemen/werkprocessen zijn niet aangepast aan werkwijze (bv. werken vanuit SNS niet geïntegreerd in werkproces)
- Gebrek aan passend aanbod zorgaanbieders, bijvoorbeeld plekken voor opvang en begeleid wonen
- Acquisitie door kleine zorgaanbieders die al toezeggingen aan cliënten doen
- Nog niet voldoende controle op kwaliteit zorgaanbieders
- Zorgcontinuïteit /monitoring zorg na afsluiting van het SWT nog niet voldoende geborgd

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

Op 1 januari 2015 is de stelselwijziging binnen het sociale domein van kracht geworden, waarbij de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Participatiewet (Oude Vrielink, Van der Kolk, & Klok, 2014). Deze transformatie binnen het sociale domein heeft de volgende uitgangspunten:

- Meer zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt (eigen plan);
- Integraal werken;
- Eén gezin, één plan, één regisseur;
- Minder gebruik van dure, tweedelijns zorg;
- Specialistische hulp snel beschikbaar en snel weer terugtrekken.

Uit recente cijfers blijkt dat veel gemeenten sociale wijkteams (SWTs) zien als middel om vorm te geven aan deze uitgangspunten (De Boer & Van der Lans, 2014; Van Arum & Schoorl, 2015). Aan het einde van het jaar 2015 werkten reeds 96% van de G32-gemeenten en 86% van de middelgrote tot kleine gemeenten in Nederland met SWTs (Van Arum & Schoorl, 2016).

Een SWT bestaat uit professionals uit verschillende organisaties en disciplines die bijeengebracht worden voor een integrale en generalistische aanpak van sociale problematiek: één gezin, één plan, één regisseur (Oude Vrielink et al., 2014; Werkman, 2015). Hoewel de vorm en invulling van een SWT per gemeente kan verschillen, is het doel voor ieder SWT gelijk (Van Arum & Schoorl, 2015). De taak van de SWTs is om een betere samenwerking tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg te realiseren voor burgers die het alleen niet redden, wat naar verwachting leidt tot een daling van zorgkosten (KPMG Plexus, 2013; Van Arum & Lub, 2014). Concreter zijn de doelstellingen van de SWTs, aansluitend bij de hierboven beschreven uitgangspunten van de transformatie (O&S Nijmegen, 2013):
- Meer zelfregie en maatwerk voor kwetsbare groepen;
- Meer samenwerking met het sociale netwerk bij maatschappelijke ondersteuning;
- Stimulering van vrijwillige inzet;
- Een toegankelijke, inclusieve wijk om de participatie van kwetsbare groepen te vergroten;
- Minder versnippering in het aanbod van zorg en welzijn. Zeker bij de doelgroep van gezinnen in multiprobleemsituaties, die vaak te maken hebben met meerdere hulpverleners, is samenwerking tussen professionals essentieel (Heineke & Stokman, 2011);
- Een verschuiving van zorg naar welzijn en van curatie naar preventie;
- Het afvlakken van de groei van uitgaven voor zorg & welzijn en bijdragen aan de bezuinigingsopgave.

De inzet van SWTs lijkt hét antwoord op de transities in het sociale domein. De verwachtingen zijn dan ook hooggespannen. Maar rechtvaardigt de praktijk dit wel? Hier zijn de nodige twijfels over. Uit landelijk onderzoek komen de nodige aandachtspunten naar voren. Zo wordt vanuit een onderzoek van de nationale ombudsman binnen 15 gemeenten, gesteld dat er binnen de SWTs onduidelijkheid is over de taken, de bevoegdheden en de aanpak. Daarnaast zouden de SWTs volgens dit rapport nog niet de nodige deskundigheid en kennis in huis hebben (Baillieux et al., 2015). Verder blijkt uit een ander recent rapport dat het op dit moment nog onvoldoende duidelijk is of de SWTs in staat zijn om zowel de beoogde bezuinigingen als de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie te realiseren (Van Arum & Lub, 2014; Werkman, 2015). Hoewel 96% van de gemeenten activiteiten onderneemt op het terrein van monitoring en evaluatie, blijkt tegelijkertijd dat in veel gemeenten nog niet duidelijk is hoe de (wijk)teams gemonitord of geëvalueerd worden (Van Arum & Schoorl, 2015; 2016). Onderzoek naar de werking van SWTs is tot op heden, onder andere door de korte looptijd van SWTs, beperkt (De Boer & Van der Lans, 2014; Van Arum & Lub, 2014). De onderzoeken die zijn uitgevoerd, focussen, op enkele uitzondering na (O&S Gemeente Nijmegen, 2013; 2016; Klok, Denters, & Oude Vrielink, 2012), op de bestuurlijke organisatie, maar niet op de gevolgen voor burgers (Van Arum & Lub, 2014). Zowel de gemeenten en de zorg- en welzijnssector als de burger zijn gebaat bij inzichten in resultaten en effecten van SWTs (Movisie, 2013).

Hoewel een eerste analyse van de werking van 3 SWTs in Nijmegen in de ontwikkelfase een positief beeld gaf (O&S Nijmegen, 2013), bleek uit een recent gesprek met beleidsadviseurs van de gemeente dat zij zich afvragen

of nog steeds te vaak (onnodige) intensieve hulp ingezet wordt, terwijl in andere gevallen te lichte hulp wordt aangeboden waar juist intensievere hulp gewenst is. Ook blijkt uit het eerder onderzoek (O&S Nijmegen, 2013) dat SWTs in de Gemeente Nijmegen behoefte hebben aan een reflectie op de manier van toeleiden naar zorg: wanneer moet toegeleid worden naar andere zorg en in hoeverre is het SWT de plek voor het zelf bieden van begeleiding? De gemeente en de in Nijmegen samenwerkende welzijnsorganisaties (het W4 samenwerkingsverband tussen het Inter-lokaal, NIM Maatschappelijk Werk, SWON het seniorennetwerk en Tandem Welzijn) hebben de opdracht gegeven een onderzoek te doen naar de mate waarin het SWT passende zorg biedt. Hulp vanuit het SWT zou passend moeten zijn om zowel de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie te realiseren, als de beoogde bezuinigingen.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in het proces van toewijzing naar zorg in de praktijk en in de factoren die hierop van invloed zijn, zodat duidelijk wordt hoe passende zorg gerealiseerd kan worden. De vraagstelling luidt: *In hoeverre bieden SWTs in de Gemeente Nijmegen passende zorg aan cliënten?*

Alvorens we deze vraag beantwoorden, gaan we nader in op de organisatie van de SWTs in Nijmegen (paragraaf 1.2), onderzoek naar de SWTs in Nijmegen (paragraaf 1.3) en op het begrip passende zorg (theoretisch kader, hoofdstuk 2).

1.2 SWTs in de Gemeente Nijmegen

De Gemeente Nijmegen heeft op dit moment 10 SWTs ingericht voor verschillende stadswijken. Het Stip (Stedelijk informatiepunt)[1] fungeert als de toegangspoort tot de wijkteams. Daarnaast kunnen burgers via onder andere de huisarts, woningcorporaties, politie en scholen worden verwezen naar een SWT.

De inrichting van de SWTs is in Nijmegen zo georganiseerd dat de gemeente als opdrachtgever regie voert op het beleid van de SWTs. De uitvoeringsregie is belegd bij de 4 grote welzijnsinstellingen binnen Nijmegen (het W4 samenwerkingsverband tussen het Inter-lokaal, NIM Maatschappelijk Werk, SWON het seniorennetwerk en Tandem Welzijn). NIM Maatschappelijk Werk heeft de taak van coördinerend bestuur op zich genomen en is hiermee verantwoordelijk voor de uitvoering van het exploitatieplan (Bannink, Van Hulst, Hendriks, & Knoeff, 2014).

Binnen de SWTs in Nijmegen wordt gewerkt vanuit Sociale Netwerk Strategieën (SNS). Dit is een benadering die aansluit bij de gewenste veranderingen in het sociale domein en deze vertaalt naar een professionele aanpak. Werken vanuit SNS houdt in dat cliënten samen met voor hen belangrijke mensen uit het sociale netwerk besluiten nemen over kwesties, een plan voor de toekomst maken en de voortgang van het plan volgen. Zij bepalen welke professionals eventueel een bijdrage kunnen leveren om hun actieplan tot een succes te laten worden. Het werken vanuit SNS is een houding, een manier van werken van waaruit iedere professional samenwerkt met de cliënt. Werken vanuit SNS betekent dus niet dat de cliënt helemaal geen beroep meer kan doen op de professionele hulpverlening, maar dat de cliënt zelf bepaalt of en welke professionals eventueel een bijdrage kunnen leveren aan het plan van de toekomst. De rol van de professional is daarbij die van 'facilitator'. De professional begeleidt het proces en heeft regie over de vorm, terwijl de cliënt de regie heeft over de inhoud binnen het werken vanuit SNS (Portengen, 2016).

Vanuit het SWT wordt samengewerkt met zorgorganisaties die verenigd zijn in 'de Combinatie': een aantal (zorg)organisaties die in Nijmegen (en omliggende gemeenten) hun expertise voor de uitvoering van Wmo- en Jeugdzorgtaken gebundeld hebben en het zorgaanbod voor ambulante en specialistische begeleiding en dagbesteding voor jeugd en volwassenen bieden. Er wordt met ambulante teams gewerkt. Deze bestaan uit professionals van de Combinatie en zijn gekoppeld aan de SWTs. Zij kunnen verwijzers als het SWT vanuit brede expertise adviseren wat de beste ondersteuning kan zijn en welke partner deze ondersteuning het best kan bieden.[2] Daarnaast werkt het SWT samen met kleinschalige zorgaanbieders die niet verbonden zijn aan de Combinatie, de zogenaamde 'kleine aanbieders' Tenslotte bestaan in de gemeente Nijmegen naast de SWTs tevens de regieteams. Deze regieteams bestaan uit een casemanager (vanuit NIM Maatschappelijk Werk) en medewerkers vanuit politie, woningbouwcoöperaties en het meldpunt bijzondere zorg (MBZ). Het regieteam wordt voorgezeten door de wijkteamregisseur van de Gemeente Nijmegen. Vanuit het SWT kan opgeschaald worden naar het regieteam als er sprake is van ernstige probleemsituaties en/of overlast en het noodzakelijk is dat een casemanager outreachende hulp inzet en/of alle hulp in het gezin coördineert.

1.3 Aansluiting bij andere onderzoeken

Binnen de looptijd van dit onderzoek zijn binnen de Gemeente Nijmegen ook andere onderzoeken uitgevoerd die het functioneren van de SWTs raken. Het is positief om te merken dat de Gemeente Nijmegen investeert in onderzoek naar de werkzaamheid van deze relatief nieuwe manier van werken. De meest relevante onderzoeken worden hieronder kort toegelicht.

Allereerst is onlangs door de afdeling Onderzoek en Statistiek van de Gemeente Nijmegen een cliëntervaringsonderzoek uitgevoerd (O&S Nijmegen, 2016). Hierin werd door middel van een vragenlijst inzicht verkregen in de ervaringen en tevredenheid van cliënten Wmo en Jeugdhulp met een maatwerkvoorziening vanuit de Gemeente Nijmegen, het eventuele contact en tevredenheid met het SWT vormt een onderdeel van deze vragenlijst.

Ten tweede wordt vanuit BMC Advies onderzoek verricht naar de SWTs (Top & Wisse, 2016[3]). Dit onderzoek betreft een evaluatie van positie, opdracht en taken van SWTs en Stip's in de Gemeente Nijmegen.

Tot slot werd door Impuls, onderdeel van Radboudumc, een onderzoek uitgevoerd naar de SWTs. Hierin werd door middel van interviews en focusgroepen met professionals de bruikbaarheid en toepasbaarheid van een verwijsmodel voor het beslissen over passende zorg getoetst (Wewerinke, Van Wezep, Kunst, & Wolf, 2016; Wolf, 2015).

De kracht van het huidige onderzoek ten opzichte van een aantal van de hierboven beschreven onderzoeken is dat in dit onderzoek niet is afgegaan op wat professionals zéggen te doen (met het risico op sociaal wenselijke antwoorden), maar dat daadwerkelijk op casusniveau systematisch onderzocht is wat in de praktijk is gedaan op het gebied van passende zorg. Daarnaast speelt in ons onderzoek de visie van de cliënt een grote rol. Dit is ook het geval bij het cliëntervaringsonderzoek (O&S Nijmegen, 2016), echter dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van een vragenlijst. Enerzijds biedt deze methode de mogelijkheid om de ervaringen van veel cliënten op relatief eenvoudige wijze in kaart te brengen en te vergelijken, anderzijds kan niet doorgevraagd worden naar specifieke ervaringen van cliënten. In dit onderzoek komen we hieraan tegemoet door gebruik te maken van diepte-interviews.

Om het overzicht te behouden leggen we in de conclusie van dit rapport verbindingen tussen de resultaten van ons onderzoek en de resultaten van bovenbeschreven onderzoeken.

[1] Stips zijn er voor informatie en advies in de wijk. In een Stip kunnen wijkbewoners terecht met vragen over wonen, inkomen, formulieren, zorg en opvoeding. In de Stips werken bewoners en beroepskrachten samen. De Stips werken nauw samen met de SWTs (zie www.stipnijmegen.nl).

[2] De Combinatie-partijen zijn: Dichterbij, Driestroom, Entrea, 's Heeren Loo, Iriszorg, Kalorama, Karakter, Malderburgh, Pluryn, Pro Persona, Proteion, RIBW Nijmegen & Rivierenland, Sint Jan de Deo, TVN Thuiszorg, Unik, Waalboog, Zorggroep Maas en Waal, Zozijn, ZZG Zorggroep Zie: www.decombinatieregionijmegen.nl

[3] Dit is onderzoek is op dit moment in de afrondende fase. Een definitief eindrapport volgt binnenkort.

2. Theoretisch kader

2.1 Het begrip passende zorg

In dit onderzoek staat het begrip passende zorg centraal. Passende zorg staat voor zorg waar cliënten werkelijk wat aan hebben, effectief en kwalitatief, die alle levensdomeinen omvat en een positieve impact heeft op hun dagelijkse kwaliteit van leven (Wolf, 2015). Passende zorg houdt verder in dat de principes 'stepped care' en 'matched care' toegepast worden. Stepped care betekent dat gestart wordt met zo licht mogelijke hulp, gevolgd door intensievere hulp wanneer dat nodig is (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2014). Matched care staat voor het afstemmen van de zorg op de behoeften, wensen en kenmerken van de cliënt (bijv. ernst van de problematiek, vaardigheden) en zijn/haar omgeving (Van Straten, Hill, Richards, & Cuijpers, 2015). Passende zorg houdt in dat (overeenkomstig de eerstelijns zorgpaden binnen de GGZ) beide principes gecombineerd worden.[4] Met andere woorden, de zorg dient '*zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig*' (Wolf, 2015) te zijn. Daarmee dient voorkomen te worden dat mensen met complexe problematiek door de SWTs te laat of helemaal niet opgemerkt worden, maar ook dat kwetsbare mensen veel langer dan noodzakelijk gebruik maken van maatwerkinterventies, maatwerkvoorzieningen of dure tweedelijnszorg.

Als we de principes van stepped care en matched care verbinden met de doelstellingen van de SWTs houdt passende zorg binnen dit onderzoek in dat:

1. krachtgericht gewerkt wordt en aangesloten wordt bij mogelijkheden en wensen van de cliënt;
2. vanuit Sociale Netwerk Strategieën (SNS) samengewerkt wordt met de familie en het netwerk van cliënt;
3. verkend wordt of vanuit het voorliggende veld ondersteuning ingezet kan worden;
4. vanuit het SWT zo nodig zelf begeleiding wordt geboden aan de cliënt;
5. zo nodig tijdig de juiste specialistische hulp ingezet en weer teruggetrokken wordt zo gauw dit mogelijk.

2.2 Op- en afschalen vanuit de theorie

Het 'referentiekader maatschappelijke zorg' (Wolf, 2015) biedt een verwijsmodel dat gemeenten zou kunnen helpen bij het bieden van passende zorg op verschillende interventieniveaus. De volgende interventieniveaus worden onderscheiden (Wolf, 2006): "*Niveau 0 [...] omvat datgene waarin mensen zelf, via zelfmanagement, samen met hun naastbetrokkenen en informele zorg kunnen voorzien. Niveau 1 bestaat uit basiszorg, dicht bij de mensen, in veel gemeenten geboden vanuit wijkteams. Deze niveaus vormen tezamen de basis van de maatschappelijke zorg. De maatschappelijke zorg als zodanig omvat ambulante maatwerkinterventies (niveau 2) en maatwerkvoorzieningen (niveaus 3 en 4)".*

Het slagen van de transformatiedoelstellingen is afhankelijk van de inschatting van het juiste interventieniveau. In het algemeen wordt uitgegaan van de eigen regie van de burger (niveau 0), maar indien sprake is van problematiek op meerdere levensgebieden kan (tijdelijk) ondersteuning nodig zijn. Dan kan verwezen of opgeschaald worden naar een hoger niveau van zorg (niveau 2, 3, of 4) om escalatie te voorkomen (Bournan & Drouven, 2015; Wolf, 2015). Opschalen kan omschreven worden als het inzetten van een behandeling of gespecialiseerde zorg op hogere interventieniveaus (Wolf, 2015). Het uitgangspunt is dat vervolgens, in het kader van de eigen regie van de cliënt, zo snel mogelijk weer wordt terugverwezen of afgeschaald naar basiszorg of maatschappelijke ondersteuning op een lager interventieniveau (Wolf, 2015). Van afschalen is sprake als (Bournan & Drouven, 2015; Wewerinke et al., 2016; Wolf, 2015):

- het niveau van ondersteunen teruggebracht wordt naar een lager interventieniveau (bijv. het niveau van het SWT);
- vanuit het SWT een voorliggende voorziening wordt ingezet (bv. een vrijwilliger);
- alle hulpverlening uit het gezin wordt gehaald en uit wordt gegaan van volledige zelfredzaamheid van het gezin.

Per situatie dient ingeschat te worden wanneer afgeschaald dan wel opgeschaald dient te worden.

[4] Zie: www.eerstelijnsggz.nl

2.3 Op- en afschalen vanuit de praktijk

Hoewel in de literatuur gesproken wordt over op- en afschalen, blijken deze termen in de praktijk van de SWTs tot verwarring te leiden. De termen op- en afschalen zijn niet gedifferentieerd genoeg om de complexe realiteit te beschrijven. Het indelen in op- en afschalen suggereert dat het een lineair proces betreft, waarbij de categorieën elkaar uitsluiten ('zware' en 'lichte' zorg). In de praktijk van de SWTs gaat het echter veelal om een combinatie van zowel meer als mindere intensieve vormen van zorg en bestaan er ook binnen elk interventieniveau verschillen. Vanuit gesprekken met de SWTs en de Gemeente Nijmegen spreken we daarom over een continuüm van toeleiding naar zorg waarbinnen verschillende mogelijkheden bestaan, zoals:

1. Informatie & Advies (iemand verwijzen naar een voorliggende voorziening in de wijk, bijv. iemand heeft schulden en wordt verwezen naar een vrije inloopavond waarbij hij/zij met inkomsten/uitgaven kan worden geholpen). Dit is wat we in dit onderzoek met afschalen bedoelen;
2. Als SWT zelf (kortdurende) begeleiding bieden;
3. Doorverwijzen van cliënten die niet aan het goede adres zijn bij het SWT (bijv. doorverwijzen naar een huisarts zodat iemand bij specialist terecht komt);
4. Aanvragen Wmo-maatwerkvoorzieningen en Jeugd-individuele voorzieningen, dit kan toeleiden naar geïndiceerde en/of specialistische tweedelijns zorg inhouden. Dit toeleiden is een kerntaak van het SWT en wat we in dit onderzoek met opschalen bedoelen;
5. Direct opschalen naar het regieteam als er sprake is van overlast en/of ernstige langdurige probleemsituatie.

Samenvattend verstaan wij in dit onderzoek onder afschalen het toeleiden naar een voorliggende voorziening (1) en onder opschalen het toeleiden naar geïndiceerde en/of specialistische zorg (4).

3. Onderzoeksvragen

3.1 Hoofdvraag[5]

In hoeverre bieden SWTs in de Gemeente Nijmegen passende zorg aan cliënten?

3.2 Deelvragen

1. Welke interventieniveaus biedt het SWT bij welke problematiek (Wolf, 2015)?
2. Wanneer wordt toegeleid naar een andere vorm van zorg (op- of afgeschaald)? En op welke gronden wordt dit gedaan?
3. Welke factoren beïnvloeden de keuze voor op- en afschalen?
   - In hoeverre leidt het op- en/of afschalen in de SWTs tot passende zorg (Wolf, 2015)?
   - Sluit de werkwijze aan bij de problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt?
   - Sluit de werkwijze aan bij de visie van de SWT professionals wat betreft zorg aan cliënten?
4. Sluit de werkwijze aan bij de doelstellingen van de SWTs en de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie?
5. Wat zijn volgens de stakeholders (cliënten en SWT professionals) de criteria voor passende zorg?
6. Wat is er m.b.t. op- en afschalen veranderd t.o.v de situatie vóór de transities/werken vanuit SWTs?

[5] Zie bijlage 1 voor een uitgebreid overzicht van alle hoofd- en deelvragen, inclusief de fase waarin deze vragen aan bod komen.

4. Methode van onderzoek

Dit onderzoek had een looptijd van 10 maanden (januari 2016 tot november 2016) en werd in deeltijd uitgevoerd door twee onderzoekers (0,3 fte voor de uitvoerend onderzoeker; 0,1 fte voor de projectleider/mede-onderzoeker).

4.1 Onderzoeksdesign

Aangezien de SWTs nog in ontwikkeling zijn, is het op dit moment te vroeg om een effectstudie uit te voeren (Movisie, 2013; Van den Bosch, 2014). Ter voorbereiding hierop is daarom gekozen om een exploratief onderzoek uit te voeren in de vorm van een procesevaluatie, waarbij de werkwijzen van de SWTs nauwkeurig in kaart zijn gebracht. Het betreft dus een eerste verkenning naar de werkwijze van de SWTs op het gebied van passende zorg.

Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van een casestudy design (Swanborn, 2010a). Dit design wordt vaak gebruikt voor innovaties binnen een organisatie, omdat processen op deze wijze uitvoerig gevolgd kunnen worden (Swanborn, 2010b). Gezien de onderzoeksvragen en het prille karakter van de SWTs bleek dit design passend voor dit onderzoek.

Binnen dit onderzoek werd gewerkt volgens de onderzoeksagenda en –pijlers van de Academische Werkplaats Sociaal Werk (Van Regenmortel & Schalk, 2015). Belangrijke pijlers in deze werkplaats zijn o.a. empowerment van kwetsbare burgers en het multi-actorperspectief. Het multi-actorperspectief houdt in dat naast wetenschappelijke kennis ook praktijkkennis en kennis van burgers naar boven wordt gehaald (Van Regenmortel & Schalk, 2015).

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zo'n multi-actorperspectief. Om te evalueren in hoeverre de SWTs passende zorg bieden aan cliënten zijn het perspectief van de cliënt en het perspectief van de uitvoerende professionals beide van groot belang. Zij zijn de experts respectievelijk wat betreft het ontvangen en inschatten van passende zorg. We hechten veel waarde aan de ervaringen van cliënten, aangezien in eerdere onderzoeken naar SWTs tot nu toe nauwelijks aandacht is voor de ervaringen van cliënten (Van Arum & Lub, 2014). Door het betrekken van cliënten geven we aandacht aan zogenoemde 'silenced voices': stemmen van kwetsbare burgers die in klassiek onderzoek veelal buiten beeld blijven (Van Regenmortel & Schalk, 2015).

4.2 Onderzoeksprocedure en werving

We hebben ons in dit onderzoek gericht op 3 SWTs van de Gemeente Nijmegen: Dukenburg, Zuid en Oost. Aan alle teamleiders van de SWTs uit de Gemeente Nijmegen is door de manager van de SWTs gevraagd om mee te doen aan het huidige onderzoek. De teams Dukenburg, Oost en Zuid gaven aan mee te willen doen aan het onderzoek. Deze 3 SWTs bleken een representatieve afspiegeling te zijn van de in totaal 10 SWTs in Nijmegen wat betreft wijkverschillen en de levensduur van de teams. Variatie in de SWTs wat betreft kenmerken en samenstelling van het team, de tijd dat het team actief is, en de populatie van de wijk was wenselijk (Swanborn, 2010). Door 3 SWTs te onderzoeken komen we tot een (voor dit kortlopende onderzoek) maximale balans tussen variatie op kenmerken en controle op individuele kenmerken.

Per SWT dat geïncludeerd is in dit onderzoek, is aan de teamleider gevraagd om 3 SWT professionals te noemen die casussen hadden oftewel cliënten hadden ondersteund waar op- en afschalen aan de orde was. De 3 SWT professionals per team zijn vervolgens benaderd om deel te nemen aan het onderzoek.

Aan elke deelnemende SWT professional werd gevraagd om 5 recent afgesloten casussen (maximaal 2 maanden geleden afgesloten) aan te leveren. We kozen voor recent afgeronde casussen omdat een reflectie op het verloop van de casussen nodig was om de deelvragen te kunnen beantwoorden.

Bij het aanleveren en selecteren van casussen hebben we in eerste instantie een focus gelegd op trajecten van gezinnen in multiprobleemsituaties die hulp hebben gehad van een SWT. Gezinnen in multiprobleemsituaties worden beschreven als gezinnen waar sprake is van problemen op meerdere levensgebieden, waardoor de leden van het gezin beperkt of onvoldoende zelfredzaam zijn (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Normaal gesproken worden multiprobleemgezinnen in de Gemeente Nijmegen doorverwezen naar de regieteams. Echter, uit eerder

onderzoek blijkt dat de SWTs als leidraad hanteren dat wanneer géén sprake is van dwang of drang, het SWT de hulpverlening aan het gezin op kan pakken, ook al is er sprake van zware problematiek. Wanneer wél sprake is van dwang en drang, dient het gezin doorverwezen en geholpen te worden door het regieteam (O&S Nijmegen, 2013). Onze doelgroep betreft dus gezinnen met problemen op meerdere levensgebieden bij wie géén sprake is van drang- of dwangmaatregelen.

We focusten in eerste instantie op multiprobleemgezinnen omdat we verwachtten dat juist bij deze doelgroep, door problemen op meerdere levensgebieden, verschillende organisaties en interventieniveaus aan de orde zouden zijn en het bieden van passende zorg cruciaal zou zijn voor het slagen van de hulpverlening (Bournan & Drouven, 2015). Gedurende het onderzoek bleek echter dat binnen de deelnemende SWTs andere doelgroepen (bv. alleenstaanden met sociale problematiek) ruimer vertegenwoordigd waren. In zo'n situatie namen we deze doelgroep ook mee in het onderzoek. We wilden namelijk zoveel mogelijk aansluiten bij de situaties die in de praktijk van de SWTs spelen en hebben onze onderzoeksopzet hier zodoende op aangepast. Deze werkwijze wordt ook wel een 'emergent design' genoemd (Abma & Widdershoven, 2006; Given, 2016; Van Regenmortel, Steenssens, & Steens, 2016).

Binnen alle casussen die aangeleverd werden, diende op- en/of afschalen een rol te hebben gespeeld. Om te voorkomen dat de SWT professionals alleen de succescasussen naar voren zouden brengen, dienden de casussen die de SWT professionals aanleverden aan een aantal criteria te voldoen:

- ten minste 1 casus die door de SWT professional gezien werd als een succes wat betreft op- en afschalen;
- ten minste 1 casus die volgens de professional minder goed is verlopen;
- ten minste 1 casus waarbij veel onduidelijkheid heerste of waarbij twijfels waren over op- en afschalen.

Per team zouden zodoende 15 casussen worden aangeleverd. Echter, het bleek voor alle betrokken SWT professionals lastig om 5 recent afgesloten casussen aan te leveren. Ten eerste bleek 5 afgesloten casussen in de afgelopen twee maanden erg veel, ten tweede vroeg men zich herhaaldelijk af wat onder "afgerond" moest worden verstaan. Bij veel cliënten was het traject namelijk nog niet officieel afgerond, maar waren de grootste acties uitgezet en hield men vanuit het SWT een vinger aan de pols. Besloten is dat casussen als deze ook als afgesloten konden worden beschouwd en dus aangeleverd konden worden voor het onderzoek.

Wanneer een professional minder dan 5 casussen had afgerond in de afgelopen 2 maanden, is besloten om de professional minder casussen aan te laten leveren. Er is bewust niet gekozen om de periode (maximaal 2 maanden geleden) te verruimen, omdat 1) cliënten dan waarschijnlijk minder goed bereikbaar zouden zijn en 2) het verloop van de trajecten steeds minder vers in het geheugen van cliënt en professional zou zitten, waardoor informatie minder betrouwbaar zou zijn.

De onderzoekers selecteerden vervolgens op basis van eerdergenoemde criteria per SWT 3 casussen voor het onderzoek. Gezien de selectieve steekproef was variatie in de casussen wat betreft achtergrondkenmerken van de cliënten (zoals gezinssamenstelling en type problematiek) gewenst. De SWT professionals die bij deze cliënten betrokken waren, hebben de cliënten vervolgens benaderd voor deelname aan het onderzoek. Wanneer de cliënt aangaf deel te willen nemen, werden de contactgegevens door de SWT professional naar de onderzoekers verstuurd. De onderzoekers namen vervolgens contact op met de cliënt om meer informatie te geven over het onderzoek (en de vrijblijvendheid en anonimiteit hiervan) en een afspraak te maken voor het interview. Ook werd toestemming gevraagd voor inzage in het dossier van de cliënt.

In dit onderzoek werden in totaal 9 SWT professionals betrokken:

- 3 professionals uit SWT Dukenburg, van wie 1 wijkverpleegkundige en 2 maatschappelijk werkers;
- 3 professionals uit SWT Zuid, van wie 1 teamleider (afkomstig uit jongerenwerk), 1 maatschappelijk werker en 1 MEE consulent;
- 3 professionals uit SWT Oost, van wie 1 jongerenwerker en 2 maatschappelijk werkers.

Van deze 9 SWT professionals werden 10 burgers/cliënten geselecteerd voor het onderzoek[6] (zie richtlijnen Creswell, 2002; Collins, Onwuegbuzie, & Jiao, 2007). Deze cliënten hadden de volgende achtergrondkenmerken (zie ook bijlage 3):

- 4 gezinnen met een kind met sociaal-psychische problematiek. In een enkel geval kregen zowel ouder als kind hulp vanuit het wijkteam;
- 4 (jong)volwassenen (20-35 jaar) met sociaal-psychische problematiek. Op een uitzondering na woonden deze jongvolwassenen op zichzelf;
- 2 alleenstaande thuiswonende ouderen met voornamelijk fysieke, maar ook sociaal-psychische problematiek.

De dataverzameling bestond uit twee fasen. Fase 1 bestond uit het uitvoeren van de casestudies. Fase 2 bestond uit focusgroepen.

Fase 1: Casestudies
De volgende activiteiten werden hiervoor uitgevoerd (Swanborn, 2010a):

1. Een interview met de cliënt met de vraag of de hulp aansloot bij de behoeften van de cliënt;
2. Een dossierstudie om inzicht te krijgen in de stappen die tijdens het hulpverleningsproces van het SWT werden gezet en met welke reden(en);
3. Een interview met de SWT professional over welke stappen in het traject werden gezet en met welke reden(en).

Het interview met elke betrokkene duurde maximaal 1,5 uur. Aangezien de onderzoekers ruimte wilden hebben om flexibel om te kunnen gaan met de vragen die gesteld werden, werd gekozen voor semigestructureerde interviews (Gillham, 2005; zie bijlage 4 voor een overzicht van de interviewvragen). Na afloop van het interview kregen alle cliënten als dank een VVV-bon ter waarde van €20,- opgestuurd.

Tijdens het interview met de cliënt werd het gedrag van deze cliënt goed in de gaten gehouden door de onderzoeker. Wanneer de onderzoeker het idee had dat de interviewvragen zaken bij de cliënt oprakelde, werd contact gezocht met de SWT professional die betrokken was bij de cliënt en werd overlegd of eventuele nazorg nodig zou zijn. In een enkel geval is na een interview met een cliënt contact gezocht met de desbetreffende SWT professional, maar de inschatting van deze professional was dat nazorg niet nodig was, ook omdat er nog hulpverlening betrokken was bij cliënt.

Fase 2: Focusgroepen
Op basis van fase 1 werden de eerste conclusies getrokken. Deze voorlopige conclusies werden in focusgroepen aan de betrokkenen voorgelegd. Dit wordt ook wel een 'membercheck' genoemd en gaf de mogelijkheid om de interpretaties van de onderzoekers te valideren (Swanborn, 2010a). Het doel van fase 2 was om de bevindingen uit de casestudies te toetsen, aan te vullen en te veralgemeniseren om zodoende meer inzicht te krijgen in het proces van toeleiden en factoren op te sporen die van invloed zijn op de keuze voor zorgaanbod.

Alle SWT professionals en cliënten die deelnamen aan de interviews werden uitgenodigd voor de focusgroepen. In verband met het heterogene karakter van de betrokken stakeholders werd bewust niet gekozen voor 1 focusgroep, maar werden 2 aparte focusgroepen georganiseerd voor SWT professionals en cliënten (Ritchie & Lewis, 2003). Het organiseren van een aparte focusgroep voor cliënten gaf daarnaast de mogelijkheid om cliënten centraal te stellen en een stem te geven (Van Regenmortel & Schalk, 2015). In totaal namen 7 SWT professionals en 5 cliënten deel aan de focusgroepen.

4.3 Bescherming gegevens deelnemers

Iedere deelnemer (SWT professional, cliënt) werd gevraagd om toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek. Als de persoon bereid was om mee te doen aan het onderzoek dan werd hem/haar gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen. Elke persoon kreeg een willekeurig respondentnummer dat op geen

[6] Eén van de professionals leverde 2 casussen aan die erg interessant waren om mee te nemen in het onderzoek. Vandaar dat uiteindelijk 10 casussen in plaats van 9 casussen zijn geselecteerd.

enkele manier te herleiden was naar de identiteit van desbetreffende deelnemer. De naam- nummerkoppeling werd in een apart bestand opgenomen, voorzien van een wachtwoord waartoe alleen de onderzoeker die verantwoordelijk was voor dit onderzoek toegang had. Tijdens het analyseren van de onderzoeksgegevens werden alleen de respondentnummers, dus niet de namen van de deelnemers, gebruikt. Tijdens de codering van de informatie werden geen namen van deelnemers vermeld. De audio-opnamen die gemaakt werden van de interviews en focusgroepen werden opgeslagen in een aparte map met een wachtwoord waartoe alleen de betrokken onderzoeker toegang had.

Omdat op het toestemmingsformulier wél de naam van de deelnemer stond, werden de toestemmingsformulieren in een aparte map bewaard. Er werd vertrouwelijk met deze gegevens omgegaan en alleen de betrokken onderzoeker had informatie over de plaats waar deze gegevens opgeslagen waren. Bij rapportage van de onderzoeksgegevens (bijvoorbeeld in presentaties) werd nooit de naam van een deelnemer genoemd.

De Ethische Toetsingscommissie (ETC) van Tilburg University heeft voor de start van het onderzoek een positief oordeel over deze onderzoeksopzet gegeven (zie bijlage 2).

4.4 Data-analyse

Met behulp van de gegevens uit fase 1 en fase 2 werd geëvalueerd welke factoren en partijen een rol spelen bij de keuze voor op- en afschalen en welke werkwijze tot welk resultaat leidde. Deze analyses zijn kwalitatief en dus beschrijvend van aard.

De dossiers van de 10 casussen werden geanalyseerd. Hierbij werd, naast enkele beschrijvende gegevens zoals leeftijd en geslacht, voornamelijk gekeken naar de stappen die in het hulpverleningsproces zijn gezet (op- en afschalen). De interviews en de focusgroepen werden opgenomen en zijn vervolgens letterlijk uitgeschreven. Deze gegevens zijn bewerkt en gecodeerd met behulp van het programma Atlas.ti.

Codering gebeurde op basis van een inductieve benadering (Thomas, 2006). Uit elk transcript werd betekenisvolle tekst geselecteerd en voorzien van een code. Later werd gekeken of de codes konden worden samengevoegd (Hsieh & Shannon, 2005; Thomas, 2006). Codes werden dan bijvoorbeeld gegroepeerd in een cluster. Tot slot werd gekeken naar de relaties tussen alle codes en de clusters.

Een aantal acties werden uitgevoerd om de codering zo betrouwbaar en valide mogelijk uit te voeren (Boeije, 2014). Zo werd een codeboek aangemaakt met per code een beschrijving en de regels die toegepast moesten worden bij het clusteren (Hsieh & Shannon, 2005). Vervolgens werd een betrouwbaarheidscheck uitgevoerd (Thomas, 2006). Dit betekent dat de uitvoerend onderzoeker alle data codeerde. De projectleider/mede-onderzoeker ontving vervolgens een interviewtranscript en het codeboek van de uitvoerend onderzoeker. De projectleider/mede-onderzoeker bekeek het transcript en plaatste daar codes uit het codeboek van de uitvoerend onderzoeker bij. De codering van de projectleider/mede-onderzoeker werd vervolgens vergeleken met de codering van de uitvoerend onderzoeker. Wanneer geen overeenstemming bestond over een bepaalde code of een bepaald stuk tekst, werd dit bediscussieerd door de twee codeurs totdat er overeenstemming was over de juiste codering (zie bijv. Hemmings, Underwood, & Bouras, 2009). Na twee interviewtranscripten bleek dat de overeenstemming tussen de twee codeurs hoog genoeg was om het coderen zelfstandig door de uitvoerend onderzoeker te laten uitvoeren. Bij twijfel over codes of categorieën werd altijd de projectleider/mede-onderzoeker om advies gevraagd.

5. Onderzoeksresultaten

De resultaten van het onderzoek worden hieronder per deelvraag weergegeven.

5.1 Deelvraag 1 en 2

1. Welke interventieniveaus biedt het SWT bij welke problematiek (Wolf, 2015)? 2. Wanneer wordt toegeleid naar een andere vorm van zorg (op-of afgeschaald) en op welke gronden wordt dit gedaan?

5.1.1 Op- en afschalen

In Tabellen 1 en 2 is weergegeven in welke situaties respectievelijk werd afgeschaald en opgeschaald en op welke gronden dit werd gedaan. Ook is in bijlage 3 een overzicht per cliënt te vinden van de stappen die in het traject zijn gezet. Belangrijk om te vermelden is dat bij bijna elke bestudeerde casus in het traject zowel op- als afgeschaald is. Uit de analyses blijkt verder dat op- en afschalen niet altijd een lineair proces is (dus niet altijd afschalen → opschalen), maar vaak juist een iteratief proces (bijvoorbeeld opschalen → afschalen → opschalen).

5.1.2 Afschalen

Afschalen gebeurde voornamelijk wanneer sprake was van isolement en wanneer sociale contacten dus wenselijk waren of wanneer ondersteuning nodig was op het gebied van praktische zaken (bijvoorbeeld het huishouden of financiële zaken). Ook werd soms afgeschaald wanneer sprake was van een stabiele situatie en de intensiteit van de zorg dus verminderd kon worden. Meer concreet werd op de volgende gronden afgeschaald: 'heeft gezelschap nodig' (isolement), 'heeft hulp bij het opruimen nodig' (begeleiding bij praktische zaken), 'situatie thuis is goed' (stabilisatie).

Tabel 1: Overzicht afschalen voor de 10 bestudeerde casussen.

Toeleiden	Soort voorziening	Reden(en) voor afschalen
4x begeleiding	Vrijwilliger Jongerenwerk Tandem	Isolement/sociaal contact
	Vrijwilliger COIL	Isolement/sociaal contact
	Vrijwilliger SWON	Isolement/sociaal contact overbelasting cliënt/gezin
	Ambulante begeleiding Pluryn (was eerst opvang, nu afgeschaald naar begeleiding, minder intensieve hulp)	Stabilisatie
2x huishoudelijke hulp	Stagiaires (vrijwillig)	Hulp/begeleiding praktische zaken
	Klussenbus RIBW	Hulp/begeleiding praktische zaken
1x sportvereniging	Onbekend	Isolement/sociaal contact
1x "lotgenoten"contact	COC	Isolement/sociaal contact
1x financiële ondersteuning	Onbekend	Hulp/begeleiding bij praktische zaken
1x oppas	INO, product MEE	Overbelasting cliënt/gezin
		Vaardigheden zelfstandig leven/ wonen
		Isolement/sociaal contact
1x buurtwerker	Onbekend	Ruzie met buurt
1x aanmelding voor vrijwilligerswerk	Doekenborg en Orangerie	Isolement/sociaal contact (uiteindelijk niet doorgegaan)
1x jongerenloket	-	Ondersteuning werk/scholing

5.1.3 *Opschalen*

Opschalen gebeurde vaak wanneer het gezin overbelast was en/of wanneer sprake was van een crisissituatie. Daarnaast was ondersteuning bij werk, scholing of dagbesteding een veelvoorkomende reden om op te schalen als er sprake was van psychische problematiek. Concreter gaven SWT professionals de volgende redenen aan vooral en: 'moeder is aan het einde van haar draagkracht' (overbelasting), 'ouders hebben lucht nodig' (overbelasting), 'er is sprake van urgentie en crisis' (crisissituatie), 'heeft hulp nodig bij het vinden van werk/solliciteren gezien ASS problematiek' (ondersteuning bij werk).

Tabel 2: Overzicht opschalen voor de 10 bestudeerde casussen.

Opschalen	Soort voorziening	Reden(en) voor opschalen
5x ambulante begeleiding	Ambulante begeleiding Dichterbij	Overbelasting cliënt/gezin
	Kenniscentrum ADHD/ASS	Ondersteuning bij werk/scholing
	Begeleiding middellang: thuisbegeleiding	Ondersteuningsnood Hulp/begeleiding praktische zaken Isolement/sociaal contact
	Specialistische begeleiding middellang: RIBW	Structuur Ondersteuning bij werk/scholing/dagbesteding overbelasting cliënt/gezin
	Specialistische begeleiding intensief: RIBW	SWT professional gaat er van uit dat SWT binnen 8 weken moet afronden
4x crisis	Crisisdienst	Crisissituatie
	Dichterbij	Crisissituatie overbelasting cliënt/gezin
	Vince	Crisissituatie
	Zorgboerderij	Crisissituatie overbelasting cliënt/gezin Verergering klacht(en) cliënt

In de focusgroep gaven SWT professionals aan dat bovenstaande tabellen volgens hen moeilijk te interpreteren zijn:

> ***"ik vind het lastig omdat de breedte van de problematiek zo divers is. Je bent eigenlijk niet bezig met dit soort – ik in ieder geval niet – met dit soort bewegingen. Dus je schaalt op als het nodig is, maar ik schaal af als het kan. Het kan op hele basale dingen zijn maar het kan ook op crisissituaties zijn. Het is onvoorspelbaar, in ieder geval voor mij" (SWT professional, #5).***

5.1.4 *Wat wordt door het SWT zelf opgepakt?*

Om een goed beeld te hebben van de werkwijze binnen de SWTs is naast informatie over op- en afschalen kennis over de rol van de SWT professional in de bestudeerde trajecten gewenst. Er is sprake van een gedifferentieerd beeld wat betreft de taken van de SWT professionals in de bestudeerde trajecten. De volgende taken kwamen naar voren:

- Kortdurende ondersteuning. In veel gevallen bood de SWT professional ondersteuning bij praktische zaken: zo ging de SWT professional vaak mee naar afspraken of bezoeken (bv. huisartsafspraak of een afspraak met een andere zorgaanbieder). Ook kwam het vaak voor dat de SWT professional af en toe langs ging bij de cliënt om te vragen hoe het met de cliënt was.
- Toegangspoort. Veelvoorkomend is ook het toeleiden naar zorg. De SWT professional zorgde dan dat contact wordt gelegd met andere betrokkenen om een 'warme overdracht' te realiseren. Een SWT professional noemde zichzelf in dit kader een 'toegangspoort tot de voorzieningen' en een cliënt noemde een SWT professional zijn 'reisleider'.
- Standby staan. Nadat eenmaal is toegeleid naar zorg, kwam het vaak voor dat de SWT professional standby stond voor het geval dat de zorg niet naar wens verliep. In een enkel geval heeft de cliënt bij ontevredenheid contact opgenomen met de SWT professional, die vervolgens vervolgacties uitzette.
- Familiecontact. Het leggen van contacten met familie en het netwerk kwam soms voor. Bij conflicten werd soms een gesprek met de familie aangegaan en soms werd een gesprek gehouden met familie over wat voor zorg en ondersteuning de cliënt al had gehad. Dit laatste was vooral het geval wanneer één van de kinderen uit het gezin ondersteuning kreeg van een SWT.
- Motiveren. In sommige gevallen activeerde en motiveerde de SWT professional de cliënt tot het accepteren van zorg.
- Hulpvraagoverstijgend. In enkele gevallen pakte de SWT professional zaken op die niet hoorden bij de hulpvraag van de cliënt, maar waarvan de SWT professional vond dat het nodig was om deze zaken op te pakken.

  > ***"Ik ben op dat moment in die situatie gaan kijken wat er wel nodig was. Ik heb hem toegeleid naar het jongerenloket, en al dat soort dingen heb ik erbij opgepakt, dus eigenlijk heb ik hem breder gemaakt dan wat de vraag was" (SWT professional, #3).***

- Langduriger ondersteuning bieden. In slechts enkele gevallen bood de SWT professional langduriger praktische en/of psychosociale hulpverlening aan de cliënt. Bij 1 cliënt werd dit gedaan omdat de wachttijd van een zorgaanbieder erg lang was, waardoor tijd moest worden overbrugd. In een ander geval is in verband met de vertrouwensband tussen de cliënt en de SWT professional de gehele begeleiding gedaan door de SWT professional samen met iemand uit het netwerk van de cliënt.

5.2 Deelvraag 3

Welke factoren beïnvloeden de keuze voor op- en afschalen?

Allereerst bleek dat SWT professionals de stappen in het hulpverleningsproces (op- en afschalen) zorgvuldig overwegen: Stappen worden goed beschreven en beargumenteerd. In veel gevallen worden beslissingen vervolgens ook getoetst bij collega's of wordt advies gevraagd van samenwerkingspartners. Wat betreft factoren die de keuze voor het interventieniveau beïnvloedden, kan een indeling gemaakt worden in drie soorten factoren: cliëntfactoren, professionalfactoren en contextfactoren.

5.2.1 *Cliëntfactoren*

Uit de analyse blijkt dat in alle bestudeerde casussen bij de keuze voor op-afschalen of een stap in het proces de klachten/problematiek/vaardigheden van de cliënt werden meegenomen (matched care). Met andere woorden: wat heeft de cliënt nodig? Voorbeelden hiervan zijn:

- Wat zou de toekomst van cliënt kunnen zijn?
- Welke vaardigheden heeft cliënt (nodig), redt cliënt het met eigen kracht?
- Wat zijn klachten/problematiek van cliënt of systeem?
- Inschatting van de situatie. Is er sprake van een crisissituatie? Hoe is de situatie thuis? Wat is mogelijk in deze situatie?

  > ***"Moeder is aan het einde van haar draagkracht. Druk bij moeder moet worden weggehaald" (uit dossier SWT, #2).***

5.2.2 *Professionalfactoren*

Wat betreft professionalsfactoren gaven SWT professionals aan dat keuzes voor op- en afschalen afhankelijk waren van de volgende zaken:

- Advies van anderen. SWT professionals maakten vaak gebruik van advies van anderen wanneer zij twijfelden over een bepaalde keuze in het traject. Het kan hierbij gaan om advies van een collega binnen het SWT of advies van een externe samenwerkingspartner. Wat betreft deze laatste werd bijvoorbeeld door meerdere SWT professionals een psychologisch onderzoek aangevraagd. Dit onderzoek werd vervolgens gebruikt om de juiste keuze te maken voor een vervolgstap in het traject.
- Werkzaamheid. Sommige SWT professionals maakten keuzes op basis van werkzaamheid. Als bijvoorbeeld bleek dat een bepaalde aanpak werkte bij een cliënt, werd op basis van dit succes besloten om die aanpak voort te zetten.

5.2.3 Contextfactoren

SWT professionals gaven aan dat de volgende contextfactoren een rol speelden bij keuzes voor op- en afschalen:

- Kostenoverwegingen. In sommige gevallen werd door SWT professionals expliciet vermeld dat, in het kader van kostenreductie, rekening gehouden werd met het 'opbouwen' van hulp (dus waar mogelijk laag beginnen bij voorliggende voorzieningen, oftewel stepped care).

  "Ik begin wel met een zo laag mogelijke inzet die dan toch voldoet en die de gemeente niets kost. En dat werkte" (SWT professional, #7).

- Werkdruk en wachtlijsten. Door de verhouding tussen werkvoorraad en doorlooptijden ervaren SWT professionals een hoge werkdruk. Deze werkdruk speelde ook een rol in de keuze voor op- of afschalen. In de focusgroep werd door SWT professionals benoemd dat sommige beslissingen binnen het SWT bewust werden gemaakt om de druk van de wachtlijst van het SWT af te laten nemen. Ook wachtlijsten van zorgorganisaties speelden een rol. Zo werd in een enkele casus besloten om de begeleiding tijdelijk zelf uit te voeren, omdat er een wachtlijst was bij de organisatie waar de cliënt naar toegeleid werd.
- Regelgeving en procedures. Soms waren omstandigheden rondom regelgeving en procedures een reden waarom voor een bepaalde stap in het proces werd gekozen.

  De WLZ aanvraag is drie weken geleden ingediend. Gezien de strenge toetsingscriteria en het opknappen van de persoon is de kans op een afwijzing groot. Enige optie is dan verder dat de persoon teruggaat naar zijn moeder. Het risico bestaat dat de oude stress situatie dan opnieuw ontstaat. Voorlopig is dit echter de enige optie. Toeleiding naar een vorm van beschermd wonen kan op basis van zijn LVG indicatie niet. Dat zou via een andere ingang moeten bijv. eerst ambulante begeleiding die mogelijk overgaat in een vorm van begeleid wonen" (SWT professional, #5).

5.3 Deelvraag 4

In hoeverre leidt het op- en/of afschalen in de SWTs tot passende zorg (Wolf, 2015)?

5.3(a). Sluit de werkwijze aan bij de problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt?

Om antwoord te geven op deze vraag is een onderscheid gemaakt in de beleving van de cliënt op de volgende gebieden: intensiteit van de hulp, timing van de hulp, tevredenheid hulp, aansluiting van de hulp bij de hulpvraag van de cliënt, de mate van overeenstemming over de aanpak vanuit het SWT, succesfactoren volgens cliënten en verbeterpunten volgens cliënten.

5.3(a).1 Intensiteit en timing hulp

Sommige cliënten gaven aan dat de intensiteit van de hulp goed was en dat zij voldoende hulp hebben gekregen om verder te kunnen. Echter meerdere cliënten, zowel cliënten met enkelvoudige als met meervoudige problematiek, gaven duidelijk aan dat zij te weinig hulp hebben gehad:

"Ik zou wel meer hulp willen, maar ik ben bang dat ik het niet krijg. Ik ben wel heel erg blij met de hulp, maar het is te weinig" (cliënt, #4).

De cliënten die aangaven te weinig hulp te hebben gehad, relateerden dit vaak aan de timing van de hulp. Zij gaven aan dat zij te laat zijn geholpen. In een enkel geval kwam dit door de wachttijd. Andere redenen zijn miscommunicatie, een fout in het registratiesysteem, wisseling van hulpverlening of het gevoel dat de hulpvraag te laat is opgepakt of opgemerkt volgens de cliënt door andere hulpverlenende instanties . Dit laatste was het geval bij cliënten met meervoudige problematiek. Bij een aantal cliënten kwam de hulp zo laat, dat de hulpvraag inmiddels was veranderd of niet meer actueel was. Een kleiner aantal cliënten gaf aan dat zij op tijd zijn geholpen door het SWT.

5.3(a).2 Tevredenheid hulp

Wat betreft de hulp vanuit het SWT, waren cliënten over het algemeen duidelijk te spreken over de hulp die zij van het SWT hebben gehad. Deze tevredenheid lijkt vooral te maken te hebben met de goede werkrelatie die deze cliënten met hun SWT professional hadden:

*"In die zin hebben we aan *naam SWT professional* zóveel gehad. Die heeft zóveel voor ons kunnen organiseren, kunnen regelen" (vriend van cliënt, #5).*

"Over Nijmegen en hoe zij met onze zaak in ieder geval omgaan, ben ik heel tevreden. Hij gaat niet alleen over het proces maar vraagt ook hoe het afgelopen weken is geweest, hoe gaat het nu. Ook op sociaal-emotionele basis heeft hij gewoon vragen en heeft hij ook oor. Niet alleen het zakelijke, dat is heel prettig want dat stukje hoort er ook bij en zit erbij" (cliënt, #7).

*"Ik zou de hulpverlening vanuit het sociale wijkteam een dikke 10 willen geven. Ik ben echt blij met *naam SWT professional*, ik ben heel blij met haar" (cliënt, #10).*

Wat betreft hulp buiten het SWT komt hetzelfde beeld naar voren: over het algemeen waren cliënten tevreden over de hulp die ze kregen van organisaties waar het SWT naartoe heeft verwezen.

"Over het algemeen zijn we daar echt wel tevreden over, want ze zorgden goed voor hem, er was niks van te zeggen" (cliënt, #1).

Toch zijn er ook een aantal cliënten die uitspraken minder tevreden te zijn over deze organisaties. In sommige gevallen kwam dit door conflicten die zijn ontstaan tussen de cliënt en de zorgaanbieder, in andere gevallen was de zorg die deze cliënten kregen niet de zorg die zij op voorhand verwacht hadden te krijgen (zie ook 5.3(a).3 Aansluiting bij hulpvraag cliënt).

"Achteraf had ik toch beter een ander bureau kunnen nemen want ik geloof niet dat dit van de grond komt" (cliënt, #3).

"Bij mijn huidige begeleider duurde het heel lang voordat we een plan hadden. En dat miste ik wel een beetje want ja ik wil ook wel echt aan de slag" (cliënt, #8).

5.3(a).3 Aansluiting bij hulpvraag cliënt

Een aantal cliënten gaf aan dat zij hun SWT traject vonden passen bij datgene wat ze nodig hadden. Andere cliënten, zowel cliënten met enkelvoudige als met meervoudige problematiek, gaven echter aan dat sommige stappen die gezet zijn, niet helemaal pasten bij hun situatie of hulpvraag. Bij deze groep cliënten leek het in eerste instantie vaak de juiste keuze te zijn, maar bleek de hulp achteraf toch niet te voldoen aan de verwachtingen. Een enkele cliënt wilde eigenlijk specialistische hulp, maar kreeg in plaats daarvan bijvoorbeeld een vrijwilliger toegewezen en zei daarover het volgende:

"Het sloot niet helemaal aan maar het was prima. Maar het is geen specialist en geen specialistische zorg" (cliënt, #7).

Soms had de beperkte aansluiting bij de hulpvraag van de cliënt te maken met het feit dat er sprake was van een crisissituatie, waardoor er weinig tijd was om een passende plek te vinden:

"Het was een noodopvang zeiden ze ook en daar was ik ook heel blij om, maar in feite hoorde hij daar niet thuis" (cliënt, #1).

5.3(a).4 Overeenstemming over aanpak

Over het algemeen hadden cliënten het idee dat er in het hele proces voldoende naar hen geluisterd is en dat ze voldoende betrokken zijn geweest bij de keuzes die in het traject zijn gemaakt. Ook gaven ze over het algemeen aan dat de stappen die gezet zijn, aansloten bij wat zij op dat moment wilden. Een cliënt verwoordde het als:

"ik heb nooit het idee gehad dat voor mij gekozen is, ik had wel echt het idee dat het mijn proces was" (cliënt, #8).

5.3(a).5 Succesfactoren volgens cliënten

In de focusgroep met cliënten is aan hen de vraag gesteld wat volgens hen goed gaat in de SWTs met betrekking tot passende zorg. Zoals eerder beschreven waren cliënten over het algemeen erg te spreken over de SWTs:

> ***"Wij kunnen niet zonder de wijkteams, ze moeten blijven! (cliënten, #4, #5, #10)."***

Concreet noemden zij de volgende zaken die volgens hen goed gaan in de huidige werkwijze van de SWTs met betrekking tot passende zorg:

- De samenwerking met de SWT professionals is erg goed. Cliënten gaven aan dat ze een goede klik hadden met de betrokken SWT professional. Zij ervoeren het als prettig dat zij 1 contactpersoon hadden en dat SWT professionals duidelijk waren over waar ze bij konden helpen. Daarnaast was er ruimte voor een pauze in contact als de cliënt dat nodig had. Volgens cliënten stonden de SWT professionals altijd voor hen klaar en waren zij erg betrokken.
- Betrokkenheid na aanvragen van een voorziening. In de meeste gevallen bleven SWT professionals nog betrokken na het aanvragen van een voorziening. Dit werd door cliënten als erg prettig ervaren.
- Kennis SWT van zorgaanbieders. Een aantal cliënten gaf aan dat het prettig was dat de SWT professional alle hulpverleners kende met wie zij te maken kregen.
- "Dat soort mensen, die weten waar ze aan moeten kloppen, heb je nodig" (vriend van cliënt, #5).

5.3(a).6 Verbeterpunten volgens cliënten

Aan cliënten is tijdens de focusgroep ook gevraagd wat volgens hen nog beter kan in de huidige werkwijze van de SWTs met betrekking tot passende zorg:

- De gemeente zou zorgaanbieders moeten controleren op kwaliteit. Volgens de cliënten ligt de controle daarvan nu bij de cliënt. Als de cliënt niet tevreden is over de kwaliteit van de hulpverlening, moet de cliënt zelf de stap zetten om contact op te nemen met organisatie of met het SWT. Volgens cliënten zou de regie hierover bij de gemeente moeten liggen.
- Communicatie tussen SWT en zorgaanbieders bij ontevredenheid. Wanneer cliënten ontevreden zijn over de hulp van een zorgaanbieder en geen contact meer hebben met een SWT professional, moeten zij zich opnieuw aanmelden bij het SWT. Dit werd door cliënten als zeer vervelend ervaren.

> ***"Ze verwijzen en het loopt voor geen meter. Eigenlijk zitten wij na een jaar weer bij punt nul. Dan zul je weer terug moeten naar het wijkteam. Ik ben er een beetje klaar mee" (cliënt, #3).***

Een uitzondering hierop vormen cliënten die nog contact hebben na toeleiding, dus bij wie de hulp vanuit het SWT nog niet helemaal is afgesloten. Zij kunnen bij onvrede gemakkelijk contact leggen met de SWT professional. Bij één van de cliënten leidde dit tot een vruchtbaar gesprek met de cliënt, het SWT en de zorgaanbieder in kwestie.

- Meer bekendheid SWTs. Volgens cliënten zouden SWTs meer bekendheid moeten krijgen in de wijk. Het beleid van de gemeente Nijmegen is dat de Stip de eerste plek is waar bewoners binnenlopen, de Stip moet dus meer bekend zijn. Tijdens de focusgroep gaven alle aanwezige cliënten aan dat zij van tevoren niet wisten van het bestaan van SWTs. Hierdoor duurde het bij al deze cliënten lang voordat zij de weg naar het SWT hadden gevonden. Meerdere cliënten gaven aan van het kastje naar de muur te zijn gestuurd. Meer bekendheid van de Stip's/SWTs zou hun proces kunnen hebben versneld.

> ***"De voorkant, als je bij het wijkteam komt, dat is een hele lange weg. Dat is een moeilijke weg. Op het moment dat je bij het wijkteam bent, dan gaat het heel snel. Ik snap wel dat het ergens moet worden uitgezocht en geanalyseerd of de hulp wel nodig is. Het is niet zo van: "Je neemt eens contact op met het wijkteam. Wat moet ik ermee doen?" Je wordt van het kastje naar de muur gestuurd. Uiteindelijk kom je bij één iemand uit die dan het verlossende woord geeft" (cliënt, #5).***

- SWT als coördinator van de zorg. Volgens een aantal cliënten zou het wijkteam een functie moeten hebben waarbij het SWT de zorg dient te monitoren en coördineren als 1 centraal punt. Eén van de cliënten benoemde dat het SWT casemanagement als taak op zich zou moeten nemen.

> ***"Eigenlijk zou een sociaal wijkteam een poortwachtersfunctie moeten hebben, zoals een huisarts. Die heeft ook een poortwachtersfunctie. "Gaan we doorsturen naar een specialist of ... ? " Dat het wijkteam eigenlijk boven die paraplu hangt. Vanuit daar. Niet dat je eerst al naar de specialist stapt en de specialist zegt: "Ja, maar dat ... " Je moet die specialisten hebben en ga maar terug naar de huisarts. Die coördineert. Een casemanager zou misschien mooi zijn, denk ik dan" (cliënt, #3).***

- Meer mogelijkheden voor cliënten om begeleid te werken. Volgens cliënten zou de gemeente meer werkplekken moeten creëren voor mensen die nu een uitkering hebben, maar begeleid zouden kunnen en willen werken.

> ***"Misschien moet de Gemeente meer in gaan zetten op bedrijven die mensen een kans willen geven om wel te werken, wetende dat ze een soort begeleiding daarbij nodig blijven hebben. Werk blijft belangrijk voor iedereen en om een invulling voor je dag te hebben. Maar, als je dat in het normale circuitgebeuren doet, dan worden ze continu afgerekend op dingen, waar ze dus echt niets aan kunnen doen, terwijl ze keihard werken" (cliënt, #3).***

- Meer geschikte plaatsen voor begeleid wonen. Cliënten gaven aan dat de zoektocht naar een geschikte plaats om begeleid te wonen soms erg lastig is. Volgens hen is er een tekort aan plaatsen en zouden daarom meer plaatsen moeten worden gecreëerd.

> ***"Ze zeggen wel: "Zoveel plaatsen en zoveel plaatsen." Als je dan aanklopt, hebben ze nergens plek. Ze maken zich nergens druk over" (vriend van cliënt, #5).***

5.3(b). Sluit de werkwijze aan bij de visie van de SWT professionals wat betreft zorg aan gezinnen?

Naast de visie van cliënten op de zorg vanuit het SWT is ook aan SWT professionals gevraagd hoe zij de huidige werkwijze van de SWTs met betrekking tot passende zorg zouden beoordelen. Om antwoord te geven op deze vraag is een onderscheid gemaakt in de beleving van de SWT professional op de volgende gebieden: intensiteit en timing van de hulp, tevredenheid hulp, aansluiting van de hulp bij de hulpvraag van de cliënt, mate van overeenstemming over de aanpak vanuit SWT, wat zou de SWT professional de volgende keer anders doen, wat gaat goed volgens SWT professionals en wat kan beter volgens SWT professionals.

5.3(b).1 Intensiteit en timing hulp

Over het algemeen gaven professionals aan dat zij denken dat de intensiteit van de hulp juist was. Zij denken dat zij gedaan hebben wat nodig was. Ook blijkt dat SWT professionals juist die trajecten die zij snel op konden pakken (waar geen wachttijd voor de cliënt was) als meest succesvol beoordelen.. Een enkele SWT professional gaf aan dat de cliënt het wellicht ook had gered met iets minder intensieve zorg. De visie van SWT professionals wat betreft de intensiteit van de hulp wijkt af van de visie van cliënten. Zoals eerder beschreven gaven cliënten namelijk aan over het algemeen te weinig hulp te hebben gehad.

5.3(b).2 Tevredenheid hulp

Over het algemeen waren SWT professionals tevreden over het traject dat zij met de cliënt doorlopen hebben. Wat betreft hulp vanuit het SWT hebben een aantal cliënten aan hun SWT professional benoemd dat zij tevreden zijn over de hulp vanuit de SWT professional. Ook hoorden SWT professionals soms van cliënten terug dat het traject bij de zorgorganisatie waar naar toegeleid was succesvol verliep. Echter een aantal SWT professionals vernam van hun cliënt dat de hulp vanuit een zorgorganisatie niet naar wens verliep. Eén van deze SWT professionals is met de cliënt en desbetreffende organisatie in gesprek gegaan.

5.3(b).3 Aansluiting bij hulpvraag cliënt

Over het algemeen waren SWT professionals van mening dat de zorg die cliënten hebben gekregen, aansloot bij hun hulpvraag. In een enkel geval dat de hulp volgens SWT professionals niet aansloot, had dit te maken met het feit dat snel een crisisplek moest worden gezocht. Hierdoor was weinig tijd en ruimte om het aanbod optimaal aan te laten sluiten bij de hulpvraag van de cliënt.

SWT professionals schatten de aansluiting bij de hulpvraag van de cliënt positiever in dan cliënten zelf: cliënten gaven aan dat de hulp niet altijd aansloot bij wat zij nodig hadden.

5.3(b).4 Overeenstemming over aanpak

In een aantal gevallen waren de SWT professional en cliënt het oneens over de aanpak of over de gang van zaken in het traject. In dat geval, afgezien van crisissituaties waarbij geen andere keuze was, kreeg de cliënt volgens SWT professionals het laatste woord: als de cliënt niet wilde, dan hield het op en werd die keuze gerespecteerd. Ook als de cliënt iets wilde wat de SWT professional niet zou adviseren, werd in sommige gevallen toch de keuze van de cliënt gevolgd.

> ***"Dus als ik daar ben, dan ga ik met die man eh, denken en doen en eh, meedenken. En als hij zegt: 'Nou ik vind het niks', nou, dat is ook goed" (SWT professional, #6).***

Wat betreft de overeenstemming over de aanpak en de keuzes die in het traject zijn gemaakt, komen de visie van cliënten en SWT professionals overeen: beiden gaven aan dat de cliënt betrokken werd bij keuzes en dat voldoende naar hen werd geluisterd in het besluitvormingsproces.

In de focusgroep gaven SWT professionals aan het opvallend te vinden dat volgens cliënten goed naar hen geluisterd werd en zij voldoende betrokken werden bij keuzes, terwijl tegelijkertijd volgens meerdere cliënten de hulp niet aansloot bij de hulpvraag. Zoals eerder beschreven, lijkt het erop dat de hulp van organisaties buiten het SWT bij deze cliënten achteraf toch niet was wat zij ervan verwacht hadden. SWT professionals gaven aan dat het wellicht ook bij het proces hoort om samen op zoek te gaan naar de juiste ondersteuning en voorzieningen.

5.3(b).5 Wat zou de SWT professional anders doen?

Aan de SWT professionals is gevraagd wat zij een volgende keer anders zouden doen bij dezelfde cliënt of een gelijksoortige situatie. Hieruit kwamen de volgende zaken naar voren:

- Weinig/niets. Een aantal SWT professionals gaf aan dat zij niets anders zouden hebben gedaan als ze deze cliënt opnieuw zouden gaan ondersteunen;
- Eerder toeleiden naar andere zorg. Een aantal SWT professionals gaf aan dat hij/zij eerder hulp hadden moeten inschakelen van een andere organisatie. Eén van deze SWT professionals gaf aan dat diegene zou kijken in de wijk wie bij deze casus betrokken zou kunnen worden, omdat de SWT professional er nu zelf (te) veel werk aan heeft gehad. Een andere professional zei dat hij/zij de cliënt overgedragen zou hebben aan anderen die meer expertise hebben dan de SWT professional zelf.
- Actievere rol. Een enkele SWT professional zou een actievere rol in de toeleiding en overdracht naar een zorgverlener willen. Hierdoor was het contact tussen de cliënt en de zorgaanbieder naar verwachting gemakkelijker tot stand gekomen.
- Voorgeschiedenis. Een van de SWT professionals zou meer tijd hebben willen besteden aan het in kaart brengen van de voorgeschiedenis en situatie van de cliënt.

> ***"Als je een goede beoordeling en afweging wilt maken van wat er nodig is, moet je gewoon eigenlijk wel heel goed het voortraject weten om te weten of dat wat jij inzet dat een herhaling van zetten is of dat dat echt iets gaat brengen, zeg maar. En ik denk dat er niks anders gebeurd zou zijn maar ik denk wel dat ik er wel van geleerd heb om tóch, als ik nog vragen heb, dat ik écht die eerst wil weten, ja, voordat ik eh...of dat ik die daarna nog wil weten, maar vóór het inzetten van zorg" (SWT professional, #2).***

5.3(b).6 Succesfactoren volgens SWT professionals

Volgens SWT professionals verlopen de volgende zaken goed in de huidige werkwijze van de SWTs:

- Korte lijnen. SWT professionals gaven aan dat de lijntjes met voorliggende voorzieningen en tweedelijnsorganisaties veel korter zijn.

> ***"Veel kortere lijnen aan de onderkant. Je hebt geen grenzen meer, geen afbakeningen meer, je kunt vrij op iemand afstappen en zeggen van "Nou eh kun jij iets betekenen in deze situatie'?" (SWT professional, #1).***

- Multidisciplinair team. SWT professionals zagen de verscheidenheid aan disciplines binnen het SWT als een positief punt.

> ***"De teams zijn heel rijk, er zit veel kennis in de teams, jeugd en psychiatrie en ouderen, alles zit in mijn team" (SWT professional, #4).***

- Gemakkelijk op- en afschalen. Een ander succespunt van de huidige werkwijze is volgens de SWT professionals het gemakkelijk kunnen op- en afschalen en het zo nodig snel kunnen toeleiden, waardoor maatwerk geleverd kan worden.
- Zelf indicaties stellen. Sommige SWT professionals zagen het als een voordeel dat zij zelf indicaties mogen stellen.

> ***"Er is geen CIZ[7] die je plan soms in de weg zit" (SWT professional, #7).***

- Stappen in plaats van voorgegeven resultaat. SWT professionals ervaren het als prettig dat zij in kleine stappen kunnen denken. Zodoende kan de SWT professional zichzelf per stap afvragen: heb ik goed nagedacht over de stap die ik nu wil gaan zetten?
- Huisbezoek. SWT professional gaven aan dat een huisbezoek erg waardevol is, omdat op deze manier meer inzicht kan worden verkregen in welke problemen er 'achter de voordeur' spelen en waar kansen liggen binnen het gezin.
- Collectiviteit. SWT professionals vinden het positief dat binnen het SWT mogelijkheden zijn om collectieve zaken op te pakken, maar zeiden tegelijkertijd dat daar erg weinig tijd voor is.
- Out of the box denken. SWT professionals vinden het prettig dat er ruimte is om buiten de kaders te denken:

> ***"En je mag 'out of the box' denken. Dat vind ik ook heel erg leuk. Dus, ik hoef me helemaal niet aan die zorgaanbieders te houden, als iets werkt en het is een parochiaan die helpt of je schoonmoeder die een heel andere rol kan vervullen. Je zit vaak in netwerksystemen en mensen hebben zich daar ook een beetje vast in gezet. De rollen en ontwikkelmogelijkheden zijn in zo'n netwerk vaak heel apart, die kunnen heel veel geactiveerd worden. Dat vind ik écht heel leuk. Met relatief weinig middelen" (SWT professional, #7).***

Samenwerken met het netwerk. Tot slot werd de mogelijkheid om intensiever samen te werken met het netwerk door SWT professionals als een positief punt beschouwd. Tegelijkertijd gaven zij aan dat zij kritisch zijn over de manier waarop dit plaats zou moeten vinden (zie ook 5.3(b).7 Verbeterpunten volgens SWT professionals).

5.3(b).7 Verbeterpunten volgens SWT professionals

Volgens SWT professionals zouden de volgende zaken nog verbeterd moeten worden om vanuit het SWT passende zorg te kunnen bieden:

- Tijd. SWT professionals hebben naar eigen zeggen te weinig tijd om bepaalde zaken op te pakken.

> ***"Ik vind de snelheid waarmee dingen moeten, afbreuk doen aan wat je aan informatie kan verzamelen. Ik zat in deze ruimte en *naam cliënt* zou komen, maar hij kwam gewoon niet. Achteraf bleek dat hij niet wist hoe hij naar binnen moest komen, in paniek is geraakt en teruggefietst is naar huis. Het is moeilijk om in zo'n korte tijd in je vingers te hebben wat er gebeurt. Een jongvolwassene zegt niet dat-ie bang is voor een ingang" (SWT professional, #3).***

> ***"Gekanteld werken en daar de tijd voor nemen en te zoeken naar voorliggende voorzieningen of andere oplossingen komt toch minder aan bod" (SWT professional, #7).***

- Werkdruk. De hoge werkdruk ontstaat door de werkvoorraad in verhouding tot doorlooptijden in het SWT, waardoor wachtlijsten ontstaan. SWT professionals voelen zich hierdoor beperkt in het uitvoeren van hun taken. Zo denken zij dat het in het kader van passende zorg effectiever zou zijn geweest om cliënten zelf hulpverlening te bieden, maar was dit door de ervaren werkdruk in veel gevallen niet mogelijk. Professionals spreken in dit verband over 'procesmatige hulpverlening', dit houdt een gefaseerde aanpak in, gericht op het proces van bewustwording of gedragsverandering bij de cliënt. Dit is een van de kerntaken van het maatschappelijk werk bij psychische- en/of sociale problematiek en wordt onderscheiden van kortdurende ondersteuning bij praktische zaken die ook vanuit het SWT geboden wordt (Bool, 2013). Professionals geven aan dat ze niet toekomen aan deze kerntaak door de hoge werkdruk en het uitvoeren van andere taken (zoals indicaties stellen). Volgens hen zou er een oplossing moeten komen voor de werkdruk en zou onderzoek

[7] Het CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg, deed voorheen de indicatiestelling voor zorg die nu onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) valt. Vanaf 2015 doet het CIZ alleen de indicatiestelling voor zorg uit de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

gedaan moeten worden naar de wachtlijsten per team (wachtlijstmanagement) om passende zorg te kunnen bieden.

"En de wachtlijst, dus soms kan het ook, euh, van: oké, ga bij een aantal mensen, ga maar hulp inzetten en laat de begeleiding, laat die iemand anders dan maar doen, maar dat is eigenlijk niet wat ik van binnenuit wil" (SWT professional, #4).

"Ik begeleid zelf bijna niet meer. En dat is denk ik precies wat we niet willen met elkaar. Want ik denk juist dat als ik hem een korte periode had mogen, kunnen begeleiden had ik meer met hem kunnen doen, meer voor elkaar kunnen krijgen" (SWT professional, #3).

"Er moet meer een plan achter zitten. Want als individu en als team krijg je de wachtlijst niet opgelost" (SWT professional, #8).

- Zelf indicaties stellen. Hoewel sommige SWT professionals het stellen van indicaties als een voordeel zien, zien zij tegelijkertijd ook de nadelen ervan.

"Eerder heb ik dit werk altijd gedaan. Het was niets anders dan dit. Alleen ik hoefde niet te beoordelen hoeveel uren er in werden gezet. Dus ik was onafhankelijk, dus kon ik vrij, fris en fruitig huppetee kon ik met die hele casus aan de slag. En nu heb ik dus een pet op van inventariseren, eh, uitwerken en beoordelen en vervolgens evalueren en weer beoordelen of het nog klopt. Ik heb 26 petten op. Ik moet beoordelen hoeveel uren daar uiteindelijk naartoe gaan en moet vervolgens beoordelen of die zorgaanbieder dat wel kan leveren. Dat is nog veel te ruw" (SWT professional, #3).

- Goede en minder goede praktijkvoorbeelden delen. SWT professionals gaven aan dat delen van 'good and bad practices' tussen SWTs beter kan. Meer uitwisseling van goede en minder goede praktijkvoorbeelden, en bijvoorbeeld ook van goede en minder goede zorgorganisaties, zou naar verwachting zorgen voor een efficiëntere manier van werken.
- Administratie/elektronisch registratiesysteem. Veel SWT professionals zien de administratie als een last. Daarnaast gaven SWT professionals aan dat het elektronisch registratiesysteem (WIZ) nog niet voldoende is afgestemd op de dagelijkse praktijk van de SWT professionals.

"Koppel het aanvragen van een maatwerkvoorziening aan WIZ. Dat ik met 1 druk op de knop de gegevens van de cliënt heb en dan staan alle gegevens daar en stuur ik hem vanuit mijn WIZ naar de WLZ" (SWT professional, #6).

"WIZ heeft met de kanteling weinig raakvlakken vind ik. Wij leren dan SNS maar dat kan je nergens kwijt in WIZ, dus dat verdwijnt allemaal weer in de prullenbak" (SWT professional, #4).

- Onduidelijkheid rol SWT. Volgens SWT professionals heerst er onduidelijkheid over de rol van het SWT en waar die rol ophoudt. Veel casussen belanden 'op het bord' van het SWT, terwijl het de vraag is of die casussen daar thuishoren. Ook komt het voor dat wanneer advies wordt gevraagd van een professional uit de tweedelijnszorg, deze professional geen advies wil geven omdat zij de casus niet als hun verantwoordelijkheid zien. Tot slot vragen SWT professionals zich af wat de rol van het SWT is bij langdurige en complexe situaties die al jarenlang voortduren.
- Werken vanuit SNS/samenwerken met het netwerk. Meerdere SWT professionals gaven aan dat zij niet voldoende tijd en ruimte hebben om te werken vanuit SNS. Ook ervaren sommigen knelpunten in het werken vanuit SNS.

"Ik denk dat het een hele goede visie is, maar die gewoon niet toepasbaar is door de mensen in het sociale wijkteam doordat je gewoon te weinig tijd hebt, te weinig begeleiding hebt, te weinig ruimte hebt om dat helemaal zoals dat bedoeld is, in te zetten" (SWT professional, #9).

Dit terwijl het werken vanuit SNS wel wordt gezien als een mogelijkheid voor het bieden van passende zorg:

"Hulpverlening werkt verslavend. Als je dat in gaat zetten, dan heb je nooit genoeg. Dus als je het hebt over SNS, je bent snel geneigd om in die oplossing-of resultaatverwachting te gaan staan, maar je moet eigenlijk ook heel sterk in die zelfredzaamheid van die klant blijven staan. Je moet als professional niet heel hard aan het werk zijn terwijl het systeem of de cliënt achterover zit" (SWT professional, #1).

- Acquisitie door kleine zorgaanbieders. SWTs hebben regelmatig te maken met kleine aanbieders die actief cliënten werven en al toezeggingen aan cliënten doen. SWT professionals ervaren het als belastend dat de relatie met zorgaanbieders in deze gevallen erg moeizaam verloopt,

Je hebt te maken met zorgaanbieders die heel vervelend kunnen reageren, die zelf al actief aan het werven zijn en zeggen ja we moeten nu nog even wat uren hebben anders worden we niet betaald"(SWT professional, #9).

Monitoring kwaliteit van zorgaanbieders. In samenhang met het vorige punt maken SWT professionals zich soms zorgen over de kwaliteit van zorg die sommige kleine zorgaanbieders in het veld aanbieden aan cliënten. Er heerst onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Volgens SWT professionals zou de gemeente hiervoor verantwoordelijkheid moeten nemen. Als oplossing gaven zij bijvoorbeeld dat wanneer de gemeente vanuit de SWTs 3 negatieve signalen krijgen over dezelfde zorgaanbieder, vervolgstappen zouden moeten worden genomen.

"ZZP'ers of kleine bedrijfjes die ontstaan, die overal uit de grond schieten en wat ik dan mis is, wat is de kwaliteit die je biedt? En wie is verantwoordelijk daarvoor? Is dat de gemeente? Want de gemeente gaat die contracten aan" (SWT professional, #9).

- Screening en zij-instroom. Volgens SWT professionals zijn veel winsten te behalen bij het aan de voorkant selecteren en screenen. Het zou bijvoorbeeld wenselijk zijn om iemand aan te stellen voor telefoondienst en screening. Daarnaast is bij de SWTs sprake van veel zij-instroom (bijv. crisissituaties die bij het SWT worden aangemeld door o.a. Veilig Thuis, het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling). De tijd die het SWT hieraan besteedt, gaat af van de tijd die zij aan hun oorspronkelijke caseload kunnen besteden.
- Vrijheid van handelen versus kaders. SWT professionals gaven aan dat zij erg veel vrijheid hebben in hun manier van werken. Zij ervaren dit enerzijds als prettig, maar anderzijds missen zij enige houvast. Zo hebben zij behoefte aan een aantal concrete uitgangspunten en doelstellingen waar vervolgens op geëvalueerd en gestuurd wordt. Daarnaast zouden zij meer duidelijkheid willen over de verwachtingen: wat verwachten cliënt, partners in de zorg, het SWT en de gemeente van elkaar en wie doet wat (rolverdeling)?
- Weinig tijd voor (bij)scholing. Door de werkdruk die SWT professionals ervaren, komen zij naar eigen zeggen niet toe aan (bij)scholing. Zij zouden hier wel graag tijd en ruimte voor willen hebben.

"En nu is iedere maandagmiddag dat leerhuis. Er zitten veel leuke dingen bij, maar moet ik daar óók nog naartoe dan?" (SWT professional, #7).

5.3(c). Sluit de werkwijze aan bij de doelstellingen van de SWTs en de transformatie?

Tijdens de focusgroepen is zowel aan cliënten als aan SWT professionals een schema voorgelegd. Dit schema betrof een vertaling van de doelstellingen van de SWTs en inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie (Postma, 2015). Aan cliënten is gevraagd om in het schema per uitgangspunt aan te geven in hoeverre in hun traject volgens dat uitgangspunt gewerkt is. Aan SWT professionals werd gevraagd om in hun schema per uitgangspunt aan te geven in hoeverre volgens hen binnen hun team volgens dat uitgangspunt gewerkt wordt. De inschattingen van cliënten en SWT professionals zijn vervolgens samengevoegd (zie bijlage 5 voor meer informatie over de totstandkoming van het schema). Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van dit schema is geboden, aangezien dit schema slechts door 5 cliënten en 6 SWT professionals is ingevuld. Hierdoor kunnen de resultaten een vertekend beeld geven. Echter, het schema geeft een eerste indruk over in hoeverre volgens cliënten en SWT professionals binnen de SWTs volgens de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie wordt gewerkt.

Schema 1: Vertaling naar schema zoals voorgelegd in focusgroepen[8]

Van											Naar
Schotten											Integraal
Medicaliseren											Normaliseren
Professional bepaalt											Zelfregie
Hulpverleningsplan											Eigen actieplan
Cliënt individueel											Context van netwerk
Betrekken sociaal netwerk											Werken vanuit SNS
Dure (specialistische) zorg											Reductie dure (specialistische) zorg
Oplopende problematiek											Preventie
Inefficiëntie											Efficiëntie
Product- en aanbodgericht											Doen wat nodig is

Perspectief cliënt

Perspectief professional

Vanuit het schema is te zien dat volgens cliënten en SWT professionals al redelijk volgens de uitgangspunten op het gebied van integraal werken, normaliseren en zelfregie van de cliënt wordt gewerkt. Punten van aandacht zijn voor SWT professionals het werken vanuit SNS en voor cliënten de reductie van dure (specialistische) tweedelijnszorg. Ook wat betreft preventie, efficiënt werken en het maken van een eigen actieplan door de cliënt lijken nog winsten te kunnen worden behaald. Opvallend is dat in de meeste gevallen de inschatting van de cliënten wat betreft het werken volgens de uitgangspunten van de transformatie lager of minder positief is dan de inschatting van de SWT professionals. Dit kan te maken hebben met het feit dat cliënten het schema vanuit hun eigen SWT traject beantwoord hebben, terwijl SWT professionals hierbij een bredere visie hebben gehanteerd (namelijk de werkwijze binnen hun hele team).

5.4 Deelvraag 5

Wat zijn volgens de stakeholders (cliënten en SWT professionals) de criteria voor passende zorg?

Aan zowel cliënten als professionals is gevraagd wat volgens hen werkzame factoren zijn in het bieden van passende zorg. Met andere woorden: wat is volgens hen nodig om passende zorg te bieden binnen de SWTs? Zij noemden daarbij een aantal punten die hieronder worden toegelicht.

- Hulp snel inzetten. SWT professionals gaven aan dat het snel kunnen inzetten van zorg een belangrijke voorwaarde is om passende zorg te kunnen bieden aan cliënten. Cliënten lopen vaak al lang rond met een probleem voordat zij de stap naar het SWT zetten en dus is het volgens hen van belang dat vragen snel worden opgepakt.
- Zelf begeleiding oppakken. Een aantal SWT professionals en cliënten benoemde dat het erg waardevol is om cliënten met psychosociale problematiek zelf voor langere tijd te begeleiden met als doel gedragsverandering te bewerkstelligen (procesmatige hulpverlening). Hierdoor wordt tevens de mogelijkheid geschept om een goede werkrelatie op te bouwen met elkaar (zie ook het volgende punt).
- Werkrelatie/vertrouwensband. Zowel cliënten als SWT professionals hechtten veel belang aan de klik tussen SWT professional en cliënt. Eén van de SWT professionals gaf daarbij aan dat het helpend is om naar mogelijkheden en kwaliteiten te kijken in plaats van slechts te focussen op wat niet goed gaat bij een cliënt.

  "Als je geen vertrouwensband hebt, kun je doen wat je wil, maar dan heb je nergens een intrinsiek proces" (SWT professional, #1).

- Nabijheid/presentie: Enkele cliënten en SWT professionals benoemden dat het belangrijk is om als SWT professional dichtbij de cliënt te staan en gedurende het gehele traject een vinger aan de pols te houden.

[8] Voor cliënten werd een aangepaste versie gebruikt met toegankelijker taalgebruik.

Geen 9 tot 5 mentaliteit. In relatie met het vorige punt vermeldden enkele cliënten dat het erg waardevol was dat de betrokken SWT professional altijd bereikbaar was.

"Ze staan wel altijd voor je klaar. Het is niet zomaar van negen tot vijf werken. Het is echt, ze staan altijd voor je klaar" (vriend van cliënt, #5).

Samenwerking met familie en sociaal netwerk. Volgens meerdere SWT professionals is samenwerken met iemand uit het sociaal netwerk van de cliënt onmisbaar.

"De sleutel zat bij zijn beste vriend. Als je er hem niet bijgehad, dan, dan had je eh, nou, dat durf ik hardop te zeggen, dan had je er alles bij kunnen halen, dan was je er niet doorheen gekomen bij deze cliënt" (SWT professional, #5).

Kennis van maatwerkvoorzieningen en zorgorganisaties. Tot slot gaven SWT professionals aan dat het voordelig werkt om kennis te hebben over de gang van zaken rondom het aanvragen van maatwerkvoorzieningen.

5.5 Deelvraag 6

Wat is er m.b.t. op- en afschalen veranderd t.o.v. de situatie vóór de transities/werken vanuit SWTs?

SWT professionals noemden in de focusgroep een aantal zaken die volgens hen veranderd zijn ten opzichte van de situatie vóór de transities/werken vanuit SWTs. In de huidige situatie:

- is de hulp dichterbij en laagdrempeliger;
- bestaat de caseload uit minder cliënten met enkelvoudige problematiek (die gaan volgens SWT professionals vaker naar de praktijkondersteuner van de huisarts, POH);
- bieden SWT professionals zelf minder procesmatige hulpverlening;
- hebben professionals er een nieuwe rol bij gekregen: de rol van indicatiesteller;
- veranderen de gesprekken met de cliënt. Als professional sta je nu meer naast de cliënt en kijk je mee met wat de cliënt nodig heeft in plaats van dat je zegt wat er moet gebeuren;
- is het contact met zorgaanbieders intensiever en is er sprake van kortere lijnen;
- hebben SWT professionals een andere rol gekregen t.o.v. gemeente, tweede lijn zorgorganisaties en cliënten. Zo speelt netwerken en relatiebeheer met zorgaanbieders een prominentere rol:

  "je wordt soms gezien als een gemeenteambtenaar die het bepaalt. Maar voor de tweede lijn geldt dat ook, je merkt dat ze goed contact met ons willen" (SWT professional, #7).

- is in toenemende mate sprake van acquisitie door kleine zorgaanbieders. Dit houdt in dat zorgaanbieders buiten het SWT om zelf mensen werven en vervolgens samen met de cliënt een indicatie komen vragen bij het SWT die vervolgens ingezet kan worden bij de betreffende zorgaanbieder.

6. Samenvattende conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in het proces van toeleiding naar zorg in de praktijk en in de factoren die hierop van invloed zijn, zodat duidelijk wordt hoe passende zorg gerealiseerd kan worden.

Volgens de principes van stepped en matched care en de doelstellingen van het SWT houdt passende zorg in dat:

1. krachtgericht gewerkt wordt en aangesloten wordt bij mogelijkheden en wensen van de cliënt;
2. vanuit Sociale Netwerk Strategieën (SNS) samengewerkt wordt met de familie en het netwerk van cliënt;
3. verkend wordt of vanuit het voorliggende veld ondersteuning ingezet kan worden;
4. vanuit het SWT zo nodig zelf begeleiding wordt geboden aan de cliënt;
5. zo nodig tijdig de juiste specialistische hulp ingezet en weer teruggetrokken wordt zo gauw dit mogelijk.

6.1 Voldoet de hulp vanuit de SWTs in Nijmegen aan de uitgangspunten voor passende zorg?

In bijna elke bestudeerde casus werd in het traject zowel op- als afgeschaald. Op- en afschalen blijkt geen lineair proces of een strikt stappenplan, maar een iteratief proces waarbij telkens gekeken wordt wat nodig is bij desbetreffende cliënt. Hierbij lukt het goed om vanuit het matched care-principe krachtgericht te werken en aan te sluiten bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt (1). Ook worden de mogelijkheden van het voorliggende veld verkend (3) en wordt specialistische zorg beargumenteerd ingezet (5).

Extra aandacht is nog nodig voor het samenwerken met familie en netwerk/werken vanuit SNS (2), het zelf bieden van begeleiding vanuit het SWT (4) en het tijdig inzetten en weer terugtrekken van specialistische hulp (5). Zo gaf een aantal SWT professionals aan dat zij achteraf bezien eerder hulp hadden kunnen inschakelen van een andere organisatie.

Het bieden van passende hulp is afhankelijk van factoren op verschillende niveaus (cliënt, professional en context). Hieronder wordt vanuit deze 3 verschillende invalshoeken dieper ingegaan op de mate van passende hulp vanuit de SWTs in de gemeente Nijmegen.

6.1.1 Cliënt

Zoals hierboven beschreven, blijken bij de keuze voor op- en afschalen de vaardigheden/klachten/problematiek van de cliënt centraal te staan (matched care). Er is sprake van een krachtgerichte benadering, waarbij gestreefd wordt naar eigen regie van de cliënt over de inhoud van de hulpverlening. Dit blijkt onder andere uit het zoeken naar mogelijkheden en kwaliteiten die cliënten en hun netwerk hebben, in plaats van slechts te focussen op beperkingen en klachten van de cliënt (Van Regenmortel & Schalk, 2015).
Cliënten zelf zijn over het algemeen tevreden over de ondersteuning die zij vanuit het SWT hebben ontvangen, maar meerdere cliënten geven aan dat ze meer hulp nodig hadden gehad. Dit hangt samen met de timing van de hulp, deze cliënten vinden dat zij te laat zijn geholpen. Als de hulp vanuit het SWT eenmaal is opgestart, zijn cliënten over het algemeen tevreden met de hulp en noemen hierin vooral de goede werkrelatie met de SWT professional als een belangrijke factor. Over het algemeen hebben cliënten ook het idee dat er in het hele proces voldoende naar hen geluisterd is en dat ze voldoende betrokken zijn geweest bij de keuzes die in het traject zijn gemaakt. Een aantal cliënten geeft aan dat zij hun SWT traject vonden passen bij datgene wat ze nodig hadden. Andere cliënten geven echter aan dat sommige stappen die gezet zijn, niet helemaal pasten bij hun situatie of hulpvraag. Soms heeft dit te maken met het feit dat er sprake was van een crisissituatie, waardoor er weinig tijd was om een passende plek te vinden. Over het algemeen geven cliënten aan dat de stappen die gezet zijn, aansloten bij wat zij op dat moment wilden.

Wanneer het perspectief van cliënten wordt vergeleken met het perspectief van SWT professionals, blijkt het cliëntperspectief van cruciaal belang te zijn om te beoordelen of hulp echt passend is geweest. Het perspectief van cliënten strookt op sommige punten namelijk niet met het perspectief dat SWT professionals hebben over de hulp. Zo schatten SWT professionals de intensiteit van de hulp en de aansluiting bij de hulpvraag positiever in dan cliënten. Dit pleit ervoor om in evaluatieonderzoek naar SWTs het cliëntperspectief centraal te stellen.

Wat betreft de overeenstemming over de aanpak en de keuzes die in het traject zijn gemaakt, komen de visie van cliënten en SWT professionals wel overeen. Beiden geven aan dat er goed geluisterd wordt naar cliënten en dat beslissingen gezamenlijk worden genomen. Hieruit kunnen we concluderen dat de SWT professionals er over het algemeen in lijken te slagen om maatwerk te leveren en persoonsgerichte zorg te bieden.

6.1.2 Professional

SWT professionals blijken de stappen in het hulpverleningsproces (op- en afschalen) zorgvuldig te overwegen: Stappen worden goed beschreven en beargumenteerd. In veel gevallen worden beslissingen vervolgens ook getoetst bij collega's of wordt advies gevraagd van samenwerkingspartners.

In tegenstelling tot wat gesteld wordt in het rapport van de kinderombudsman (Baillieux et al., 2015), concluderen wij dat de deskundigheid binnen het SWT voldoende aanwezig is om in te schatten welke zorg passend is. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat SWT professionals ondanks hun deskundigheid aangeven behoefte te hebben aan meer ruimte voor bijscholing.

6.1.3 Context

Naast factoren op het niveau van de cliënt en de SWT professional spelen ook contextuele factoren een rol bij het bieden van passende zorg. Hierbij valt te denken aan werkprocessen en systemen waarmee de professional dient te werken, werkdruk, de samenwerking met zorgaanbieders en de continuïteit van de zorg.

Ten eerste sluit volgens SWT professionals het werkproces van het SWT niet aan bij het werken vanuit SNS. Werken vanuit SNS vraagt om een brede verkenning van de kwesties en het netwerk van de cliënt, waarbij het tempo van de cliënt gevolgd dient te worden. Dit staat haaks op het feit dat binnen de Wmo een wettelijke termijn geldt van 6 weken waarbinnen een onderzoeksverslag geschreven dient te zijn wanneer een maatwerkvoorziening aangevraagd wordt. Ook geven SWT professionals aan dat het werken vanuit SNS niet bemoedigd wordt door het elektronisch registratiesysteem (WIZ). In WIZ kan men bijvoorbeeld geen gegevens kwijt vanuit het netwerkkompas. SWT professionals dienen in zo'n geval zelf mogelijkheden te zoeken om de relevante informatie toch in WIZ te documenteren.

Ten tweede wordt het bieden van passende zorg ernstig gehinderd door het bestaan van een hoge werkdruk binnen de SWTs. Hierdoor komen SWT professionals niet toe aan een aantal belangrijke taken, zoals het werken vanuit SNS, het zelf bieden van procesmatige hulpverlening en outreachend werken. Ook andere belangrijke taken in het kader van passende zorg, zoals preventie, signaleren en collectieve hulp, raken door tijdgebrek in het geding. Dit is zorgelijk omdat cliënten altijd bij een SWT aan zouden moeten kunnen kloppen en laagdrempelig en snel hulp zouden moeten ontvangen, ook om te voorkomen dat problemen zich opstapelen. Dit is tevens voor SWT professionals een onwenselijke situatie, omdat ze niet toekomen aan één van hun kerntaken die zij als effectief ervaren, namelijk het zelf bieden van (kortdurende) procesmatige hulpverlening. Juist dit wordt door professionals en cliënten benoemd als voorwaarde voor passende zorg. Wachtlijsten zijn vanuit het oogpunt van de doelstellingen van het SWT en de noodzakelijke bezuinigingen bezien zeer ongunstig. SWT professionals geven aan dat de werkdruk hen soms dwingt om cliënten snel toe te leiden naar specialistische hulp, terwijl ze inschatten dat het effectiever zou zijn als zij de ondersteuning zelf op zouden pakken.

Ten derde merken SWT professionals in de praktijk dat naast de goede samenwerking en korte lijnen met de samenwerkingspartners vanuit de Combinatie en kleine zorgaanbieders, er ook kleine zorgaanbieder zijn die zich concurrerend op kunnen stellen ten opzichte van het SWT, waarbij het belang van de zorgaanbieder boven dat van de cliënt lijkt te staan. Daarnaast worden de wachtlijsten bij zorgaanbieders als hinderlijk ervaren en is er volgens cliënten te weinig passend aanbod voor opvang en begeleid wonen. Zowel cliënten als professionals pleiten voor een controle op de kwaliteit van geleverde zorg vanuit de gemeente.

Tot slot is de continuïteit van de zorg een belangrijk aandachtspunt. Het blijkt van groot belang om als SWT professional dichtbij de cliënt te staan en gedurende het gehele traject een vinger aan de pols te houden. Ook na afsluiting zou het SWT centraal aanspreekpunt moeten blijven en de zorg moeten blijven monitoren. Wanneer dit gerealiseerd wordt, wordt voorkomen dat cliënten zich bij ontevredenheid over de hulp opnieuw aan moeten melden bij het SWT.

6.2 Conclusie: is er sprake van passende zorg?

Terugkomend op de centrale onderzoeksvraag (*In hoeverre bieden SWTs in de Gemeente Nijmegen passende zorg aan cliënten?*) is vanuit dit onderzoek een tweeledig antwoord te geven. Enerzijds voldoet de hulp vanuit het SWT reeds aan een groot aantal uitgangspunten van passende zorg, zoals het aansluiten bij wensen en behoeften van cliënten ('matched care'), krachtgericht werken, het verkennen van de mogelijkheden van het voorliggende veld ('stepped care') en het beargumenteerd inzetten van specialistische zorg. Anderzijds komen professionals niet voldoende toe aan bepaalde belangrijke aspecten van passende zorg, zoals het samenwerken met familie en netwerk, het zelf bieden van procesmatige hulpverlening en het tijdig inzetten en weer terugtrekken van specialistische hulp. Hierbij spelen aan de voor- en achterkant (het opstarten en afsluiten van de hulp) een aantal kritische factoren een rol die verdere aandacht behoeven. In onderstaand kader worden de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor het bieden van passende zorg vanuit het SWT samengevat

Bevorderende factoren:

- Krachtgerichte benadering
- Maatwerk, persoonsgerichte benadering: hulpverlening sluit aan bij problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt
- Werkrelatie/vertrouwensband tussen professional en cliënt
- Gezamenlijk besluit over plan van aanpak
- Stappen en verwijzingen goed beschreven en beargumenteerd
- Deskundigheid binnen het SWT
- Samenwerking binnen het SWT en collegiale toetsing/leren van elkaar
- Korte lijnen met samenwerkingspartners in de wijk

Belemmerende factoren:

- Het SWT komt niet voldoende toe aan het zelf bieden van procesmatige hulpverlening
- Hoge werkdruk binnen het SWT
- Meer tijd nodig voor werken vanuit SNS en transformatie-uitgangspunten
- Systemen/werkprocessen zijn niet aangepast aan werkwijze (bv. werken vanuit SNS niet geïntegreerd in werkproces)
- Gebrek aan passend aanbod zorgaanbieders, bijvoorbeeld plekken voor opvang en begeleid wonen
- Acquisitie door kleine zorgaanbieders die al toezeggingen aan cliënten doen
- Nog niet voldoende controle op kwaliteit zorgaanbieders
- Zorgcontinuïteit /monitoring zorg na afsluiting van het SWT nog niet voldoende geborgd

6.3 Resultaten in relatie tot ander onderzoek

We gaan kort in op de overeenkomsten en verschillen tussen onze onderzoeksuitkomsten en de uitkomsten van ander recent onderzoek dat is uitgevoerd naar SWTs en relevant is voor de situatie in Nijmegen.

6.3.1 Maatwerk en cliënttevredenheid

Onze conclusie dat vanuit het SWT krachtgericht wordt gewerkt en maatwerk geboden wordt, stemt overeen met de resultaten van de quickscan (O&S Nijmegen, 2013). Uit deze quickscan bleek dat het de SWTs lukte om de zelfregie van cliënten te versterken en maatwerk te realiseren in de wijken. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat deze quickscan in 2013 is uitgevoerd (vóór de decentralisaties) binnen de drie eerste SWTs in Nijmegen. Het positieve beeld betreft de startfase, het al dan niet bieden van passende zorg was geen concreet thema binnen deze quickscan.

Wat betreft de tevredenheid van cliënten met de SWTs worden de uitkomsten van ons onderzoek ondersteund door de uitkomsten van een grootschalig cliëntervaringsonderzoek dat onlangs werd uitgevoerd door de Gemeente Nijmegen (O&S Nijmegen, 2016). Dit onderzoek werd onder een bredere groep cliënten uitgevoerd, namelijk de totale groep cliënten met een maatwerkvoorziening.
Van de Wmo-respondenten geeft 38% aan contact te hebben gehad met het SWT. Bijna tweederde hiervan (64%) was tevreden of heel tevreden over dat contact. Bij de cliënten huishoudelijke hulp, woonvoorzieningen, vervoer en rolstoelen lag dit nog iets hoger (68-69%). Bij de ouders van jongere jeugdhulpcliënten en bij de jeugdhulpcliënten van 15 en ouder zelf heeft 29% contact gehad met het SWT, waarvan meer dan tweederde (69%) tevreden of heel tevreden over dit contact was.

6.3.2 Werkdruk

Uit ons onderzoek blijkt dat het bestaan van een hoge werkdruk een belangrijke belemmerende factor is voor het bieden van passende zorg. Dit probleem wordt ook breed genoemd in de door ons geraadpleegde onderzoeken. Zo bleek uit het onderzoek van Impuls (Wewerinke et al., 2016) dat vanwege een hoge werkdruk en wachtlijsten de SWTs niet toekomen aan het bieden van (kortdurende) begeleiding aan cliënten. Ook uit een recent onderzoek van Movisie (Van Arum & Schoorl, 2016) blijkt dat SWTs landelijk door de werkdruk nog niet toekomen aan een aantal belangrijke doelstellingen van de SWTs, zoals outreachend werken, preventief werken, het ondersteunen van collectieve voorzieningen en het organiseren van nuldelijnszorg (informele netwerken, buurthulp).

De hoge werkdruk zorgt er volgens SWT professionals ook voor dat er weinig tijd en ruimte overblijft om te werken vanuit SNS. Het werken vanuit SNS vergt volgens SWT professionals uit ons onderzoek meer tijd dan dat nu beschikbaar is. Visser & Van Biene (2015) wezen in hun evaluatieonderzoek naar de SWTs in de Gemeente Nijmegen eerder al dat binnen de SWTs in de gemeente Nijmegen het werken vanuit SNS niet altijd wordt toegepast. Zij wijzen op de noodzaak om meer diepgang en begeleiding te bieden bij het leren werken vanuit SNS.

Volgens SWT professionals uit ons onderzoek wordt de werkdruk niet alleen veroorzaakt door de caseload, maar ook door de grote hoeveelheid administratie en bureaucratie. SWT professionals noemen veel tijd kwijt te zijn aan administratie en bureaucratie, een resultaat dat bevestigd wordt door meerdere evaluatieonderzoeken (Top & Wisse, 2016; Van Arum & Schoorl, 2016).

6.3.3 Samenwerking

De samenwerking binnen het SWT komt in ons onderzoek als succesfactor voor passende zorg naar voren, iets wat ook genoemd wordt in het evaluatieonderzoek van Visser & Van Biene (2015). De directe samenwerking tussen de SWT professionals zorgt voor kortere lijnen en snellere hulp voor cliënten.

Wat de samenwerking tussen SWTs en de Combinatie en kleine zorgaanbieders betreft blijkt de intensieve samenwerking met deze partners bevorderend te werken voor het bieden van passende zorg. Vanuit ons onderzoek blijkt de samenwerking met sommige kleine zorgaanbieder nog aandacht te behoeven. Zo is soms sprake van concurrerende samenwerkingspartners. Dit gegeven wordt ook onderschreven en aangevuld vanuit de evaluatieonderzoeken van Kolner & Sprinkhuizen (2014) en van BMC Advies naar SWTs in de Gemeente Nijmegen (Top & Wisse, 2016):

> ***"De noodzaak om te bezuinigen, de invloed van marktwerking, en de weinig transparante aanbestedingsprocedures leiden ertoe dat samenwerkende partijen het risico lopen als concurrenten tegen elkaar uitgespeeld te worden". (Kolner & Sprinkhuizen, 2014, p.18)***

6.4 Meerwaarde van het onderzoek

De kracht van dit onderzoek is dat in de opzet van het onderzoek bewust uitgegaan is van de kennis en kracht van cliënten. Cliënten benoemden expliciet hoe zeer zij het waardeerden dat er in dit onderzoek met hen samengewerkt werd. Zo gaf één van de deelnemende cliënten aan:

> ***"Het is eigenlijk wel prettig dat er eens een keer naar ons geluisterd wordt. Vaak is het maar van één kant en dan hoor je verder niets meer" (cliënt, #4)***

Tijdens de focusgroepsbijeenkomst vulden meerdere cliënten elkaar aan:

> ***"Het was heel nuttig om mee te werken aan dit onderzoek. Eigenlijk zou de gemeente elk jaar moeten kijken hoe het gaat, want het sociale vlak is erg belangrijk" (cliënt, #3, #4, #10).***

Een ander sterk punt van dit onderzoek ten opzichte van andere onderzoeken naar SWTs is dat niet afgegaan is op wat professionals zéggen te doen (met het risico op sociaal wenselijke antwoorden), maar dat daadwerkelijk op casusniveau systematisch onderzocht is wat in de praktijk gebeurt op het gebied van passende zorg.. De keuze voor casestudies heeft ons de mogelijkheid gegeven om diepgaand inzicht te verkrijgen in het verloop van SWT trajecten en factoren die hierbij een rol spelen. Daarbij zijn verschillende perspectieven gekruist (cliënten,

SWT professionals) wat de interne validiteit van het onderzoek ten goede komt.

Een positieve bijkomstigheid van dit onderzoek is dat door de opzet van het onderzoek een leereffect optrad bij de SWT professionals. In de interviews werden SWT professionals ten eerste aangezet tot een reflectie op de genomen stappen in het hulpverleningstraject. Ten tweede bood de focusgroep de mogelijkheid om met andere SWT professionals uit verschillende teams in gesprek te gaan en elkaar te bevragen over op- en afschalen en passende zorg.

7. Aanbevelingen

Zoals gesteld in de conclusie, is het SWT goed op weg om passende zorg te bieden aan cliënten. Hieronder worden een aantal aspecten uitgelicht die volgens ons van belang zijn om te behouden en/of te verbeteren in de doorontwikkeling van de SWTs.

7.1 Aanmelding SWT

Om te zorgen dat hulpvragen snel opgepakt kunnen worden, valt aan de voorkant (aanmelding SWT) veel winst te behalen. Zo blijken cliënten de weg naar het SWT moeilijk te kunnen vinden. Dit zou verbeterd kunnen worden door de zichtbaarheid van de Stip's in de wijk te vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door aan te sluiten bij bestaande wijkinitiatieven en huis- aan huisverspreiding van flyers. De zichtbaarheid is van belang om cliënten laagdrempelig te kunnen ondersteunen en tevens omdat uit dit onderzoek blijkt dat hulpvragen die relatief snel opgepakt werden, volgens SWT professionals en cliënten tot een goed resultaat hebben geleid.

Om als SWT daadwerkelijk passende zorg te kunnen bieden, dient niet gewacht te worden totdat burgers met opgelopen problematiek naar het SWT toekomen, maar dient het SWT juist vanuit de wijk present te zijn, een vinger aan de pols te houden en proactief outreachend te werken. Dit biedt naar verwachting mogelijkheden om hulpvragen van burgers eerder op te pakken (Van Doorn et al., 2013).

7.2 Vrije ruimte versus kaders

Binnen de SWTs is sprake van een persoonsgerichte benadering: SWT professionals passen de hulp zo goed mogelijk aan bij de problematiek, vaardigheden en mogelijkheden van de cliënt (matched care). Zij volgen geen vooropgesteld stappenplan, maar bekijken per individu wat nodig is aan zorg en ondersteuning. Zodoende zijn zij in veel gevallen in staat om maatwerk te leveren. In een traject dat zowel door de SWT professional als de client als succesvol werd ervaren, is bijvoorbeeld maatwerk geleverd door out-of-the-box te denken, waarbij buiten de bestaande procedures om passende ondersteuning werd gevonden. Hierbij hielp het dat de SWT professional geen 9 tot 5 mentaliteit had. Echter, uit het gesprek met desbetreffende SWT professional bleek dat deze manier van werken op dit moment nog niet breed gedeeld en gefaciliteerd wordt. Wij pleiten daarom voor meer professionele "scharrelruimte" (Van Regenmortel, 2009). Dit biedt mogelijkheden om nog beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt.

Naast dat zij het belang van vrije ruimte benadrukken, hechten SWT professionals ook waarde aan duidelijkheid. Zij hebben behoefte aan een aantal concrete uitgangspunten en doelstellingen waar vervolgens op geëvalueerd en gestuurd wordt Zo geven zij aan verheldering te willen over wat er van hen verwacht wordt en duidelijkheid over de rolverdeling tussen de gemeente, zorgpartners en het SWT (bijv. wat dient wel en niet door het SWT opgepakt te worden, wie doet wat).

7.3 Ervaringsdeskundigheid

Wat betreft het opstellen van een plan en het maken van keuzes blijkt dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de wensen en behoeften van de cliënt. Cliënten benadrukken dat zij het waarderen dat er genoeg ruimte is voor hun eigen visie en ideeën wat betreft de hulpverlening. Daarom dient blijvend geïnvesteerd te worden in het versterken van het cliëntperspectief. Een manier om de inbreng van cliënten te intensiveren is door ervaringsdeskundigen een rol te geven in de SWTs. Op dit moment is in Nederland de betrokkenheid van burgers binnen SWTs nog erg beperkt (Van Arum & Schoorl, 2016; Van Hogendorp, 2016). Dit terwijl uit de eerste onderzoeksresultaten de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid binnen SWTs blijkt (zie bijv. Van Bergen, Poll, Van der Werf, & Willemsen, 2015). Zo draagt de inzet van ervaringsdeskundigen bij aan betere participatie van kwetsbare burgers. Het samenwerken met ervaringsdeskundigen biedt de mogelijkheid om de kennis van burgers, een vorm van kennis die net zo belangrijk is als kennis van SWT professionals en beleidsmakers, te benutten en de eigen kracht van burgers te verstevigen. Wanneer initiatieven als deze niet worden opgepakt, bestaat het risico dat burgerkennis en burgerkracht uit beeld raakt. Door Movisie is recentelijk een handreiking geschreven die kan helpen bij het inzetten van ervaringsdeskundigheid in de wijk (Van Bergen et al., 2015).

7.4. Randvoorwaarde: verminderen werkdruk

Tijd blijkt een grote rol te spelen bij de realisatie van passende zorg. Zo hebben SWT professionals meer tijd nodig om de situatie en vaardigheden van de cliënt goed in te schatten en te werken vanuit SNS. Ook geven SWT professionals aan dat het zelf bieden van procesmatige hulpverlening effectief is, maar dat hier op dit moment te weinig tijd en ruimte voor is. Het verdient aanbeveling te investeren in onderzoek naar wijzen om de werkdruk te verlagen (bijvoorbeeld efficiënter inrichten werkprocessen, meer gebruik maken van partners in het veld, uitbreiding van capaciteit). De werkdruk kan daarnaast verminderd worden door administratieve last te beperken (zie ook Top & Wisse, 2016) en een effectief wachtlijstbeheer te ontwikkelen. Dit is nodig om daadwerkelijk te realiseren dat zorg zo licht als mogelijk en zwaar als nodig wordt ingezet.

7.5. Integreren systemen SWT met werken vanuit SNS

SWT professionals onderschrijven de visie van het werken vanuit SNS en verwachten dat dit een bijdrage kan leveren aan het bieden van passende zorg. Tegelijkertijd geven zij echter aan dat meer tijd en ruimte nodig is om deze werkwijze in de vingers te krijgen, omdat werken vanuit SNS om een investering vraagt. Het werken met SNS wordt verder bemoeilijkt doordat het werkproces van het SWT volgens SWT professionals niet aansluit bij het werken vanuit SNS. In het kader van efficiënt werken zou het werken vanuit SNS geïntegreerd moeten worden in de werkwijze van het SWT, bijvoorbeeld door binnen WIZ de mogelijkheden te creëren gegevens vanuit het netwerkkompas en drieluik op te slaan.

Het gegeven dat een overbelast netwerk vaak aanleiding is tot het inzetten van specialistische hulp onderschrijft het belang van werken vanuit SNS. Het lijkt echter dat SWT professionals inschatten dat werken vanuit SNS niet tot nauwelijks mogelijk is wanneer het netwerk overbelast is. Om het werken vanuit SNS ook in deze gevallen te faciliteren zou coaching on the job gewenst zijn. Binnen NIM Maatschappelijk Werk is een SNS-coach beschikbaar. Deze coach zou samen met SWT professionals kunnen bekijken hoe samengewerkt kan worden met een overbelast netwerk.

7.6. Zorgcontinuïteit

Een laatste aanbeveling betreft een aanbeveling rondom de continuïteit van de ondersteuning door de SWTs. Cliënten geven aan dat het SWT de zorg zou moeten monitoren en coördineren, ook als de hulp vanuit het SWT reeds is afgesloten. Wat betreft monitoring door het SWT na afronding van het traject stellen wij de volgende werkwijze voor:

- Na afronding van het SWT traject wordt waar nodig 3 maanden nazorg geboden door het SWT. Dit betekent dat cliënten in deze periode contact op kunnen nemen met het SWT als zij hier behoefte aan hebben, bijvoorbeeld bij onvrede over de zorgaanbieder(s). Bij kwetsbare groepen en zorgmijders neemt het SWT zelf na 3 maanden contact op om te monitoren. Een randvoorwaarde hierbij is dat de werkdruk eerst verminderd wordt. SWT professionals maken nu soms de keuze om niet te monitoren uit angst voor 'extra werk';
- Bij ontevredenheid van de cliënt over de zorgaanbieder binnen deze 3 maanden volgt een driegesprek tussen cliënt-SWT-zorgaanbieder(s) om te evalueren en waar nodig het actieplan bij te stellen;
- Bij meerdere klachten over eenzelfde zorgaanbieder wordt dit gerapporteerd aan de Gemeente Nijmegen.

7.7 Tot slot

Het SWT is goed op weg om passende zorg te bieden aan burgers die dat even nodig hebben. Verbeterpunten liggen op het gebied van toegang tot het SWT, wachtlijstbeheer, het verminderen van werkdruk en monitoring. Wanneer aandacht wordt besteed aan deze zaken, komen SWTs naar verwachting meer toe aan het zelf begeleiden van cliënten, outreachend werken en het werken vanuit SNS. In dat geval kan het SWT daadwerkelijk gaan fungeren als het schakelpunt dat preventie en vroeghulp biedt aan gezinnen en zoveel mogelijk voorkomt dat gezinnen instromen in de zwaardere vormen van zorg.

Dankwoord

Wij danken de medewerkers van het SWT Zuid, Dukenburg en Oost, de teamleiders en de cliënten die wij voor dit onderzoek geïnterviewd hebben.

Geraadpleegde literatuur

Abma, T. & Widdershoven, G. (2006). *Responsieve Methodologie: Interactief Onderzoek in de Praktijk*. Amsterdam: Boom uitgevers Amsterdam.

Arum, S. van, & Lub, V. (2014). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. *Beleidsonderzoek Online*, februari 2014.

Arum, S. van, & Schoorl, R. (2015). *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht: State of the art najaar 2014*. Utrecht: Movisie.

Arum, S. van, & Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld*. Utrecht: Movisie.

Baillieux, G., Farla, G., Heuvel, A. van den, Jong, M. de, Kleinjan-Van Zwet, M.M., Mobach, C.E., & Pons, K. (2015). *De zorg waar ze recht op hebben: Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie*. Amersfoort/Den Haag/ Veldhoven:.

Bannink, J., Hulst, G. van, Hendriks, T. en Knoeff, T. (2014). *Sociale Wijkteams Nijmegen, Exploitatieplan 2015*. Nijmegen: Gemeente Nijmegen.

Bergen, A.M. van, Poll, A., Werf, M. van der, & Willemsen, E. (2015). *Ervaringsdeskundigheid in de wijk: Hoe organiseer je het?* Utrecht: Movisie.

Bosch, A., van den (2014). Sociale wijkteams en de lessons learned. *Sociaalbestek,* 10-12.

Boer, N. de & Lans, J. van der (2014). *Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat*. Den Haag: Platform 31.

Bool, M. (2013). *Verkenning methoden algemeen maatschappelijk werk*. Utrecht: Movisie.

Bournan, S., & Drouven, L. (2015). *Aanpak Voorkoming Escalatie*. Enschede: HHM.

Creswell, J. (2002). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.

Collins, K.M.T., Onwuegbuzie, A.J., & Jiao, Q.G. (2007). A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research. *Journal of Mixed Methods Research, 1,* 267-294.

Doorn, L. van, Huber, M.A., Kemmeren, C., Linde, M. van der, Räkers, M., & Uden, T. van (2013). *Outreachend werkt!* Utrecht: Movisie.

Driesen, I., & Besselink, P. (2014). *Sociale Netwerk Strategieën in het Algemeen Maatschappelijk Werk: Een onderzoek naar de ervaringen van professionals en cliënten*. Nijmegen: NIM Maatschappelijk werk.

Gillham, B. (2003). *Research Interviewing: the range of techniques.* Berkshire/New York: Open University Press/ Two Penn Plaza.

Given, L. (2016). *100 Questions (and Answers) About Qualitative Research*. London: Sage Publications.

Hemmings, C.P., Underwood, L.A., & Bouras, N. (2009). Services in the community for adults with psychosis and intellectual disabilities: a Delphi consultation of professional's views. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(7), 677-684.

Heineke, D., & Stokman, M. (2011). *Gebundelde krachten. Vier voorbeelden in de coördinatie van zorg voor gezinnen in multiprobleemsituaties*. Utrecht: Conclusion Advies en Management.

Hogendorp, S. van (2016). Niks mis mee om buurtbewoners te betrekken bij het wijkteam. *Zorg + Welzijn, 22*(10), 33.

Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). *Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Klok, P.J., Denters, B., & Oude Vrielink, M. (2012). *Wijkcoaches in Velve-Lindenhof: Overkoepelende eindrapportage*. Twente: Universiteit Twente.

KPMG Plexus (2013). *Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging*. Amstelveen: KPMG Plexus.

Movisie (2013). *Het meten van effecten van sociale wijkteams*. Utrecht: Movisie.

Onderzoek & Statistiek Gemeente Nijmegen (2016). *Ervaringen Wmo en Jeugdhulp. Cliëntervaringsonderzoek Nijmegen 2016*. Gemeente Nijmegen

Onderzoek & Statistiek Gemeente Nijmegen (2013). *De start van de sociale wijkteams in Nijmegen – verslaglegging quickscan een jaar na de aftrap*. Nijmegen: Gemeente Nijmegen.

Oude Vrielink, M., Kolk, H. van der, & Klok, P.J. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams: Inrichting, organisatie en vraagstukken*. Den Haag: Platform31 (in samenwerking met BMC advies en Universiteit Twente).

Postma, A. (2015). *Duurzaam in groei en ontwikkeling. Strategie Programma Jeugd 2015-2017.* Nijmegen, NIM Maatschappelijk Werk.

Portengen, R. (2016). Werken vanuit Sociale NetwerkStrategieën. Ontwikkelen vanuit beweging. In: Wilken, J.P. en Bergen, A.M. van (2016). *Handboek Werken in de Wijk*. Hoofdstuk 15. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2014). Samen verder, verder samen: Zorgen voor kinderen met complexe problemen. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Regenmortel, T. Van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 18,* 22-42.

Regenmortel, T. Van, & Schalk, M.J.D. (2015). Samen sterk voor sociaal werk. *Maatwerk, 4,* 13-14.

Regenmortel, T. Van, Steenssens, K., & Steens, R. (2016). Empowerment research: A critical friend for social work practitioners. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 25*(3), 4-23. doi: http://doi.org/10.18352/jsi.493

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.
Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam: Een studie in het kader van Klein maar Fijn – CEPHIR*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
Straten, A. van, Hill, J., Richards, D.A., & Cuijpers, P. (2015). Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine, 45, 231-246.
Swanborn, P. (2010a). *Casus Study Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
Swanborn, P. (2010b). *Basisboek sociaal onderzoek*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers.
Thomas, D.R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. American Journal of Evaluation, 27, 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
Top, W., & Wisse, E. (2016). *Evaluatie SWT's, Stips, I&A-lijn: Terugkoppeling stap 1 (presentatie)*. Amersfoort/Den Haag/Veldhoven: BMC Advies.
Visser, G., & Biene, M. van (2015). *Kantelen doe je samen! Evaluatie van het transformatieproces van tien SWT's in Nijmegen met de leergerichte innovatie aanpak*. Nijmegen: Kenniscentrum HAN SOCIAAL.
Werkman, R. (2015). Sociale wijkteams onder druk: Een veranderkundig perspectief. *Tijdschrift Conflicthantering, 2,* 9-13.
Wewerinke, D., Wezep, M. van, Kunst, I., & Wolf, J. (2016). *Onderzoek naar de inzet van generalistische en specialistische zorg: een verkenning bij drie gemeenten*. Nijmegen: Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboud UMC.
Wolf, J. (2006). *Handreiking OGGZ in de WMO*. Den Haag: Ministerie van VWS.
Wolf, J. (2015). *Niemand tussen wal en schip: Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties*. Nijmegen: Academische werkplaats OGGZ.

Bijlagen

Bijlage 1: Schema deelvragen

Hoofdvraag: In hoeverre bieden SWTs passende zorg aan gezinnen?

Deelvragen	Bijbehorende vragen uit fases	Fase(n)
1. Welke interventieniveaus biedt het SWT bij welke problematiek (Wolf, 2015)?	Wat was de werkwijze in deze casus? Wat waren de activiteiten?	1.Casestudies
	Wie had de casus regie	1.Casestudies
	Wat was het interventieniveau en waarom is voor dit interventieniveau gekozen?	1.Casestudies
	Zijn er bepaalde vormen van psychosociale problematiek, waarvan bekend is dat er preventieve/lichtere/afgeschaalde vormen van zorg voor zijn om verbeteringen te krijgen?	2. Focusgroepen
	Zijn er bepaalde vormen van psychosociale problematiek, waarvan bekend is dat er zwaardere vormen van zorg nodig zijn?	2. Focusgroepen
2. Wanneer wordt toegeleid naar een andere vorm van zorg (op- of afgeschaald)? En op welke gronden wordt dit gedaan?	Wanneer in het proces werd op- en of afgeschaald (bijv. afschalen naar een STIP)?	1. Casestudies 2. Focusgroepen
	Hoe en op welke gronden wordt in het algemeen op- en afgeschaald?	1. Casestudies 2. Focusgroepen
	Wat wordt door het SWT zelf opgepakt?	1. Case studies 2. Focusgroepen
3. Welke factoren beïnvloeden de keuze voor op- en afschalen?	Wat was het interventieniveau en waarom is voor dit interventieniveau gekozen?	1. Casestudies 2. Focusgroepen
4. In hoeverre leidt het op- en/of afschalen in de SWTs tot passende zorg (Wolf, 2015)?	Is de hulp passend geweest?	1. Casestudies
a. Sluit de werkwijze aan bij de problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt?	Sluit de werkwijze aan bij de problematiek, vaardigheden, behoeften en wensen van de cliënt?	1. Casestudies
b. Sluit de werkwijze aan bij de visie van de SWT professionals wat betreft zorg aan gezinnen?	Sluit de werkwijze aan bij de visie van de professional wat betreft passende zorg?	1. Casestudies 2. Focusgroepen
	Zouden collega's hetzelfde gehandeld hebben in een bepaalde casestudie als de betrokken SWT professional? Waarom wel/niet?	2. Focusgroepen
c. Sluit de werkwijze aan bij bestaande onderzoeken (bijv. Bournan & Drouven, 2015; Wolf, 2015) en de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie?	Sluit de werkwijze aan bij de bestaande onderzoeken (Bournan & Drouven, 2015; Wolf, 2015) en inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie?	2. Focusgroepen
5. Wat zijn volgens de stakeholders (cliënten en SWT professionals) de criteria voor passende zorg?	Wat zijn de criteria voor passende zorg?	1. Case studies 2. Focsugroepen
6. Wat is er m.b.t. op- en afschalen veranderd t.o.v. de situatie vóór de transities/werken vanuit SWTs?	Hoe was het op- en afschalen geregeld vóór de transities/SWTs? Hoe verschilt dat van hoe het nu wordt gedaan?	2. Focusgroepen

Bijlage 2: Toestemming Ethische Toetsingscommissie Tilburg University

TILBURG UNIVERSITY

SCHOOL OF SOCIAL AND BEHAVIORAL SCIENCES
ETHISCHE TOETSINGSCOMMISSIE

Departement Tranzo
Prof.dr. M.J.D. Schalk
Prof.dr. M.R.F. van Regenmortel

Geachte prof. Schalk, prof. Van Regenmortel,

Datum
18-12-2015

Onderwerp
Beoordeling onderzoeksvoorstel

Datum uw brief
9-12-2015

Ons kenmerk
EC-2015.69

Telefoon
013 466 29 56

Telefax
013 466 20 67

E-mail
PETC@tilburguniversity.edu

De Ethische Toetsingscommissie (ETC) heeft uw onderzoek *"Passende zorg voor gezinnen in multiprobleemsituaties in sociale wijkteams"* behandeld en heeft geoordeeld dat er in voldoende mate aan de gegeven suggesties en overwegingen tegemoet gekomen is, en ziet geen verdere ethische bezwaren. U kunt het onderzoek dus gaan uitvoeren.

De commissie wijst u verder op de voorwaarden en verplichtingen die in de bijlage zijn vermeld.

De commissie zou graag op de hoogte worden gehouden van de start- en einddatum van de dataverzameling en vraagt dan ook of u hierover de commissie wilt berichten per e-mail. Jaarlijks zal hiervan ten behoeve van het jaarverslag een inventarisatie gemaakt worden.

Mocht u veranderingen aan het onderzoek aanbrengen, dan kunt u een amendement ter goedkeuring aan de ethische commissie aanbieden.

Met vriendelijke groeten,

Dr. Nina Kupper
Voorzitter Ethische Toetsingscommissie

Bijlage 3: Overzicht op- en afschalen per casus

Casus	*Perspectief professional, cliënt en overzicht van stappen in hulpverleningsproces*
1, Gezin met een kind met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: vertrouwensband, korte lijnen Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: kanteling organisaties/gemeenten, regelgeving/procedures (bepaalde beperkende regels waardoor 'tussen de regels door' op zoek moet naar de juiste hulp) *Cliënt:* Intensiteit en timing: Hulp te laat, hadden eerder hulp willen hebben. Wel tevreden over hulp binnen SWT en buiten SWT. Hulp sloot niet in alle gevallen aan bij de hulpvraag: Cliënt wilde eerder hulp en crisisplaats was niet helemaal passend bij achtergrond cliënt, maar andere stappen in het proces waren wel passend. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Opschalen: psychiatrie (via huisarts) Afschalen: SWON vrijwilliger voor moedWer Opschalen: De Praktijk (voor diagnostisch onderzoek) Opschalen: Pluryn ambulante begeleiding Opschalen: Crisisopvang bij Dichterbij Afschalen: terug naar huis en voortzetting ambulante begeleiding Aanvraag WLZ indicatie
2. Gezin met een kind met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: korte lijnen, multidisciplinair team Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: Administratie, wachtlijst. *Cliënt:* Intensiteit en timing: Te weinig hulp gehad, vooral te laat. Tevredenheid hulp: Tevreden over de hulp die ze ontvangen hebben. Aansluiting bij hulpvraag: Cliënt was het eens met stappen die zijn gezet. Hulp sluit aan/is passend. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Opschalen: begeleiding middellang voor moeder (bleek door miscommunicatie niet te zijn opgestart) Opschalen: indicatie kortdurend verblijf dochter (Uniek) Opschalen: indicatie specialistische dagbehandeling dochter (Uniek) Aanvragen indicatie vervoer 4x per week naar dagbehandeling dochter Vervolgens opnieuw aanmelding wijkteam omdat ouders meer hulp willen in thuissituatie.
3. Gezin met een kind met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: gemakkelijk op- en afschalen Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: Indicaties zelf doen, kanteling organisaties/gemeente, tijdgebrek. *Cliënt:* Intensiteit en timing: Te laat hulp gekregen die nodig was volgens moeder. Tevredenheid hulp: Tevreden over wijkteam, niet tevreden over hulp buiten wijkteam: niet de juiste soort hulp. Aansluiting bij hulpvraag: Niet passend. Hulp leek in eerste instantie aan te sluiten op hulpvraag en wensen, maar uiteindelijk bleek hulp toch tegen te vallen en bleek hulp niet datgene te zijn wat moeder ervan verwacht had. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Afschalen: jongerenwerk Tandem Afschalen: aanmelding jongerenloket Opschalen: specialistische begeleiding kenniscentrum voor ADHD en ASS
4. Alleenstaande thuiswonende oudere met voornamelijk fysieke, maar ook sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: multidisciplinair team, indicaties zelf doen. Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: WIZ/administratie, wachtlijst, tijd, indicaties *Cliënt:* Intensiteit en timing: te laat en vindt ook dat te weinig hulp is ingezet. Zou graag meer hulp hebben gehad. Tevredenheid hulp: cliënt is tevreden over de hulp. Aansluiting bij hulpvraag: Hulp sluit aan/is passend. Eens over de stappen die zijn gezet. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Afschalen: huishoudelijke hulp door 2 stagiaires/vrijwilligers Beschikking huishoudelijke hulp
5. (Jong) volwassene met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: Geen 9 tot 5 mentaliteit, nabijheid/presentie, vertrouwensband, korte lijnen, samenwerken met netwerk. Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: Tijdgebrek, indicaties zelf doen, samenwerking met 2e lijn, wijknetwerk mist. *Cliënt:* Intensiteit en timing: Intensiteit goed, timing goed. Tevredenheid hulp: Tevreden zowel over SWT als buiten SWT. Aansluiting bij hulpvraag: Soms oneens over aanpak, maar uiteindelijk wel tot een overeenkomst kunnen komen. Noodopvang/crisisopvang was niet passend bij achtergrond/situatie cliënt. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Opschalen: aanvraag GGD begeleid wonen (wordt 4 maanden later goedgekeurd) Opschalen: crisisopvang Afschalen: terug naar huis Opschalen: aanmelding GGD voor onderzoek Verwijzing naar huisarts Opschalen: aanvraag ambulante begeleiding (werd afgesproken tijdens overleg met HA maar lijkt niet te zijn opgestart) Verwijzing naar talentenexpeditie (ondersteuning werk) Gehele traject: begeleiding door SWT professional
6. Alleenstaande thuiswonende oudere met voornamelijk fysieke, maar ook sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: Korte lijnen, multidisciplinair team Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: Administratie, indicaties zelf doen, te weinig inzet vrijwilligers, kloof tussen wetgeving en praktijk van SWTs, veel wordt 'over de schutting' gegooid van de wijkteams, regelgeving/procedures (het is helemaal niet ontschot), meer inzicht nodig in hulpverleningsnetwerk. *Cliënt:* Intensiteit en timing: Te weinig hulp gehad. Tevredenheid hulp: Geeft aantal keer aan tevreden te zijn met hulp SWT, andere keren geeft hij aan niet tevreden te zijn. Aansluiting bij hulpvraag: Soms eens met aanpak, maar over sommige stappen zijn ze het niet eens. Geeft meerdere malen aan dat hulp niet passend was, maar dat het soms wel passend was. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Herindicatie huishoudelijke hulp (omdat indicatie verlopen was) Opschalen: thuisbegeleiding

7. Gezin met een kind met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: goede zorg bieden, multidisciplinair team Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: meer formatie binnen SWT nodig, te weinig tijd/ruimte voor werken vanuit SNS, tijd algemeen, wachtlijst, WIZ *Cliënt:* Intensiteit en timing: Moeder geeft aan dat er soms wat meer hulp mag zijn. Geeft aan dat ze als gezin net op tijd geholpen zijn. Tevredenheid hulp: Cliënt is tevreden over hulp SWT Aansluiting bij hulpvraag: Sommige stappen waren passend, 1 stap sloot niet helemaal aan bij wat cliënt wilde. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Afschalen: INO (vrijwillig, voor een oppas) Opschalen: behandeling (via huisarts, naar polikliniek karakter) Opschalen: aanvraag begeleiding intensief (logeeropvang en vakantieopvang zorgboerderij) Opschalen: spoedaanvraag begeleiding kortdurend (crisisopvang) Opschalen: CIZ indicatie begeleid wonen goedgekeurd.
8. (Jong)volwassene met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: gemakkelijk op-afschalen Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: tijd, wachtlijst, WIZ *Cliënt:* Intensiteit en timing: Intensiteit goed, timing: net op tijd Tevredenheid hulp: Tevreden over hulp SWT, minder tevreden over hulp andere organisatie (plan van aanpak duurde lang) Aansluiting bij hulpvraag: Ja, cliënt geeft aan dat het echt haar traject was. WB andere organisatie waren verwachtingen cliënt iets anders dan realiteit (cliënt wilde snel aan de slag). *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Begeleiding door SWT professional Opschalen: aanvraag specialistische begeleiding middellang
9. (Jong) volwassene- met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Succesfactoren werkwijze SWTs: Collectiviteit, indicaties zelf doen, korte lijnen Belemmerende factoren/verbeterpunten werkwijze SWTs: indicaties, kwaliteit zorginstanties, veel 'over de schutting' van wijkteams gegooid, samenwerking 2e lijn, SNS/sociaal netwerk betrekken, tijd, wachtlijst *Cliënt:* Intensiteit en timing: Intensiteit goed. Tevredenheid hulp: Tevreden over hulp vanuit wijkteam, ook hulp van andere organisatie werd gewaardeerd. Aansluiting bij hulpvraag: Hulp was passend en sloot aan. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Verwijzing: sollicitatietraining UWV Begeleiding door SWT professional
10. (Jong) volwassene met sociaal-psychische problematiek	*Professional* Idem als bij 9 *Cliënt:* Intensiteit en timing: Intensiteit goed, maar niet de juiste hulp vanuit andere organisatie. Tevredenheid hulp: Tevreden over hulp SWT, niet tevreden over hulp andere organisatie. Cliënt heeft toen ook besloten met die hulp te willen stoppen. Aansluiting bij hulpvraag: Oneens over aanpak van andere organisatie. Hulp SWT sluit wel aan bij wat cliënt nodig had. *Resultaat/welke stappen zijn gezet (chronologische volgorde):* Opschalen: individuele specialistische begeleiding (RIBW) Opschalen: specialistische dagbesteding (RIBW) Nieuwe aanmelding wijkteam rondom onenigheid met zorgaanbieder over verlenging begeleiding Begeleiding door SWT professional

Bijlage 4: interviewvragen

Cliënt

Inleiding[max 15 min]

1. Cliënt op gemak stellen [stel bijv. vraag of cliënt het heeft kunnen vinden, geef aan dat je het fijn vindt dat diegene tijd vrij wil maken
2. Kennismaking: voorstellen [breng nog geen hulpverlening ter sprake]. Wees als onder-zoeker open over je rol en het doel van het onderzoek, dat is ethisch gezien de beste methode 2005ham). Geef in ieder geval aan: je naam, waar je werkt, je functie, en wat je precies doet.
3. Uitleg over het onderzoek en doel van het interview. Geef ook aan hoe de structuur van het terview eruit ziet. Geef aan dat het gesprek opgenomen wordt en waarom. Vermeld eventueel dat je de recorder aanzet en dan na 5 minuten even checkt of hij goed werkt
4. Benadruk dat de cliënt geen goede/foute antwoorden kan geven: hij/zij is expert
5. Bespreek de brief over het onderzoek
6. Uitleg over de vertrouwelijkheid [wie kan resultaten inzien], anonimiteit [geen naamvermelding], veiligheid [waar wordt het bewaard], publicatie (zie Gillham, 2005)
7. Toestemming vragen interview opnemen / toestemmingsformulier laten tekenen
8. Tijdsduur van het interview [max. 1 uur] bespreken
9. Geef aan dat je de lijst met vragen [die je aan iedereen stelt], erbij houdt en daar soms op zal kijken ter herinnering. Geef ook aan dat je aantekeningen maakt, voor het geval de audio het niet goed opneemt.
10. Vraag of cliënt nog vragen heeft over het interview of het onderzoek

Aanmelding bij SWT [vanaf hier max 45 min]

11. [Check eerst of cliënt weet wat het SWT is/inhoudt. Zo niet, korte uitleg geven] Hoe bent u bij het SWT terecht gekomen?
    - Met wie heeft u contact gezocht?
    - Wie heeft u bij het SWT aangemeld?
12. Hoelang heeft het geduurd voordat hulp vanuit het SWT opgepakt werd na uw aanmelding? In hoeverre bent u geïnformeerd over de wachttijd?

Beschrijving hulpvraag cliënt ➔ keukentafelgesprek

13. Kunt u mij wat vertellen over de reden waarom u graag hulp wilde?
    - Wat waren uw wensen en behoeften? Wat wilde u graag bereiken?
    - Wat verwachtte u van de hulpverlening?
14. Hebt u het idee dat na het keukentafelgesprek het voor de werker voldoende duidelijk was waarom u graag hulp wilde en wat uw wensen en behoeften waren [aanvulling n.a.v. gesprek SWT Oost]?

Proces SWT

15. Welke stappen zijn er genomen in het hulpverleningsproces vanuit SWT? [laat cliënt chronologisch vertellen hoe hulp vanuit SWT tot stand is gekomen en welke stappen/activiteiten daarin zijn genomen]. Vragen bij elke nieuwe stap/activiteit:
    - Wie heeft de keuze voor deze stap gemaakt?
    - Waarom is hiervoor gekozen volgens u?
    - Was u het eens met deze stap? Waarom wel/niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw de reden waarom u hulp zocht? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij wat u zelf (aan)kunt/uw mogelijkheden? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw wensen? Waarom wel of niet?

Toeleiden (opschalen/afschalen)

16. [als dit uit het chronologische verhaal van cliënt nog niet voldoende naar voren is gekomen] Bent u op enig moment in het proces verwezen naar hulp van een andere zorgorganisatie [bijv. een GGZ-instelling of een jeugdinstelling]? Zo ja, waarom? *Vraag ook bij 'nee' uit of het aansluit bij wensen cliënt!*
    - Was u het eens met deze stap? Waarom wel/niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw hulpvraag? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw krachten/vaardigheden? Waarom wel of niet?

- Sloot deze stap/keuze aan bij uw wensen? Waarom wel of niet?
- Hield het SWT, nadat u was doorverwezen naar een andere organisatie, nog contact met u?
- Bent u op een bepaald moment weer terugverwezen naar het SWT? Zo ja, wat was de reden hiervoor? Zo nee, waarom niet?

17. [als dit uit het chronologische verhaal van cliënt nog niet voldoende naar voren is gekomen] Bent u op enig moment in het proces door het SWT terugverwezen naar zorg die vanuit uw omgeving gegeven kan worden [bijv. STIP, mantelzorg, zorg door vrienden/buren/familie] Zo ja, waarom? *Vraag bij 'nee' ook of dit aansluit bij wensen cliënt*!
    - Was u het eens met deze stap? Waarom wel/niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw hulpvraag? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw krachten/vaardigheden? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw wensen? Waarom wel of niet?
    - Hield het SWT nog contact met u toen zij u terugverwezen naar zorg die vanuit uw omgeving gegeven kan worden?
    - Bent u op een bepaald moment weer terugverwezen of zelf teruggegaan naar het SWT? Zo ja, wat was de reden hiervoor? Zo nee, waarom niet?

[Voordat je verdergaat, vat het proces samen en check of je alle stappen in het proces beschreven hebt]

Betrokkenheid stakeholders

18. Hoe waardevol is de hulp vanuit het SWT voor u geweest?
19. Hebt u voldoende hulp gehad om zonder de hulp van het SWT verder te kunnen?
20. Zijn alle zaken waar u graag hulp voor wilde, aan bod gekomen?
21. Denkt u dat de hulp die u vanuit het SWT hebt gekregen, ook door een vrijwilliger gegeven had kunnen worden, of bijvoorbeeld door iemand uit uw eigen netwerk [vrienden/familie]? Waarom wel/niet?
22. Hoe hebt u uw eigen rol tijdens de hulp ervaren?
    - Vindt u dat u voldoende betrokken bent door het SWT bij de keuzes die gemaakt moesten worden over de hulp die u ontving? Waarom wel/niet?
    - Vindt u dat voldoende rekening is gehouden met uw wensen tijdens het traject? Waarom wel/niet?
23. Had u tijdens het traject bij het SWT een vast aanspreekpunt bij wie u terecht kon? [*casusregie*]

Passende zorgverlening

24. Over het algemeen: in hoeverre vond u de hulp die u vanuit het SWT hebt ontvangen bij uw hulpvraag passen? Was het te licht/zwaar/precies goed?
25. Was er een moment waarop u dacht dat u eigenlijk meer of juist minder hulp wilde, maar dat dit niet gebeurde [*bijv. te lang in specialistische zorg, of juist te kort in SWT*]? Indien cliënt bevestigend antwoordt:
    - Waarom bent u niet verwezetoegeleid n naar minder of juist meer hulp?
    - Wat had ervoor kunnen zorgen dat wél op tijd toegeleid werd naar de hulp die u eigenlijk nodig had? [wat was uw rol/rol professional/rol aanbieder/rol organisatie hierin?]

Afsluiting

26. Geef een samenvatting van het gesprek. Bijv: we hebben dit en dit besproken. Hebt u het idee dat ik iets vergeten ben?
27. at vond u van het interview? Vraag aan de cliënt of hij/zij nog opmerkingen heeft of vragen heeft over wat we hebben besproken, of over het onderzoek in het algemeen
28. Bedank cliënt voor openhartigheid
29. Vraag of cliënt transcript wil nalezen
30. Geef contactgegevens indien cliënt nog contact wil opnemen [bijv. i.v.m. vragen over het onderzoek]
31. Vraag of cliënt op de hoogte wil worden gehouden van het onderzoek
32. Geef aan dat de cliënt een VVV-bon ontvangt na deelname focusgroep en wij daarvoor nog contact opnemen met cliënt.

SWT professional

Inleiding

1. Professional op gemak stellen [bijv. geef aan dat je het heel fijn vindt dat diegene tijd vrij wil maken, ondanks alle drukte in het SWT]
2. Kennismaking: voorstellen. Wees als onderzoeker open over je rol en het doel van het onderzoek, dat is ethisch gezien de beste methode (Gillham, 2005). Geef in ieder geval aan: je naam, waar je werkt, je functie, en wat je precies doet.
3. Uitleg over het onderzoek en doel van het interview. Geef aan om welke client het gaat en geef een korte beschrijving (u was betrokken bij….., wij hebben contact met u gehad over….). Geef ook aan hoe de structuur van het interview eruit ziet (doel = proces beschrijven wat met deze cliënt doorlopen is, welke stappen zijn gezet, welke factoren speelden een rol bij de keuze voor deze stappen. Afsluiting met meer algemene vraag over de wijkteams). Geef aan dat het gesprek opgenomen wordt en waarom. Vermeld eventueel dat je de recorder aanzet en dan na 5 minuten even checkt of hij goed werkt
4. Laat folder zien (check of professional deze heeft gehad en gelezen) en geef nog kort uitleg over de vertrouwelijkheid [wie kan resultaten inzien], anonimiteit [geen naamvermelding], veiligheid [waar wordt het bewaard], publicatie (zie Gillham, 2005)
5. Toestemming vragen interview opnemen / toestemmingsformulier laten tekenen
6. Tijdsduur van het interview [max. 1 uur] bespreken
7. Geef aan dat je de lijst met vragen [die je aan iedereen stelt], erbij houdt en daar soms op zal kijken ter herinnering. Geef ook aan dat je aantekeningen maakt, voor het geval de audio het niet goed opneemt.
8. Benadruk dat de professional geen goede/foute antwoorden kan geven, hij/zij is expert
9. Vraag of de professional nog vragen heeft over het interview of het onderzoek
10. Geef aan dat de termen die wij gebruiken (zoals opschalen/afschalen) kunnen afwijken van de termen & definities die binnen het wijkteam gebruikt worden. Benadruk dat bij onduidelijkheid de professional altijd kan vragen wat ermee wordt bedoeld, en dat ik soms ook zal peilen in hoeverre we het over hetzelfde hebben.

Aanmelding bij SWT (Aanmelding bij SWT [vanaf hier max 45 min])

11. Hoe is deze cliënt bij het SWT terecht gekomen?
    - Wie heeft de cliënt aangemeld bij het SWT?
12. Wat was de reden voor aanmelding van de cliënt bij het SWT?

Beschrijving hulpvraag cliënt ➠ keukentafelgesprek

13. [Check of keukentafelgesprek is gevoerd door professional die voor je zit]
14. Welke hulpvra(a)g(en) van de cliënt kwam(en) naar voren in het keukentafelgesprek?
15. Welke problemen of moeilijkheden signaleerde u zelf bij de cliënt?
16. Wat wilde de cliënt bereiken met de hulpverlening vanuit het SWT? Wat waren zijn/haar wensen?
17. Waren er nog andere zaken die naar boven kwamen tijdens het keukentafelgesprek?
18. Is volgens u de hulpvraag van de cliënt en de achterliggende problematiek voldoende inzichtelijk gekregen?
19. Had u inzicht in welke hulpverleners betrokken waren bij deze cliënt?

Proces SWT

20. Welke stappen zijn er genomen in het hulpverleningsproces vanuit SWT? [laat professional chronologisch vertellen hoe hulp vanuit SWT tot stand is gekomen en welke stappen/activiteiten daarin zijn genomen]. Vragen bij elke nieuwe stap/activiteit:
    - Wie heeft de keuze voor deze stap gemaakt? [professional alleen of bijv. samen met collega's/team]
    - Waarom is hiervoor gekozen? / Waar is deze keuze op gebaseerd? [bijv. zelfredzaamheidsmatrix, of andere methodieken?]
    - Welke zaken waren van invloed op deze keuze? Wat is de reden hiervan? prompt: cliëntfactoren, maar vraag ook naar factoren van organisatie [was er bijv. tijdsdruk] of naar factoren van professional zelf [bijv. te laat gesignaleerd].
    - Wat was de rol van SNS bij deze keuze [familienetwerkberaad/netwerkcompas]?
    - Hoe verliep de samenwerking met de partner naar wie is toegeleid wat betreft regie en informatie overdracht? [Bijv. in hoeverre werd het SWT na toeleiding geïnformeerd over de cliënt door de organisatie waarnaar werd toegeleid?]

- Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de hulpvraag/problematiek van de cliënt? Waarom wel of niet?
- Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de krachten/vaardigheden van de cliënt? Waarom wel of niet?
- Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij uw wensen van de cliënt? Waarom wel of niet?
- Sloot deze stap/keuze aan bij uw visie wat betreft passende zorg/ zorg? [kan professional zich vinden in keuze?]
- Was deze stap zwaar/intensief genoeg? Waarom wel/niet?
- Is de cliënt na toeleiding naar specialistische zorg op enig moment weer terugverwezen naar jullie SWT [met andere woorden: is afgeschaald]? Zo ja, waarom en wanneer? Zo nee, waarom niet?

Toeleiden naar zorg (opschalen/afschalen)

21. [als dit nog niet is besproken in het chronologische verhaal hierboven] Is de cliënt op enig moment in het proces toegeleid naar specialistische zorg, bijv. een GGZ-instelling [met andere woorden: is er opgeschaald]? Of is bijvoorbeeld een maatwerkvoorziening aangevraagd? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? *Vraag ook wanneer ' nee' wordt gezegd de vragen over of de keuze aansloot bij de cliënt/visie professional/transformatie uit.*
    Indien ja: wanneer in het proces is dit gedaan?
    - Wie heeft deze keuze gemaakt? [professional alleen of bijv. samen met collega's/team]
    - Waarom is hiervoor gekozen? / Waar is deze keuze op gebaseerd [bijv. zelfredzaamheidsmatrix, of andere methodieken]?
    - Welke zaken waren van invloed op deze keuze? Wat is de reden hiervan? prompt: cliëntfactoren, maar vraag ook naar factoren van organisatie [was er bijv. tijdsdruk] of naar factoren van professional zelf [bijv. te laat gesignaleerd].
    - Wat was de rol van SNS/SNS bij deze keuze [familienetwerkberaad/netwerkcompas]?
    - Hoe verliep de samenwerking met de partner naar wie is toegeleid wat betreft regie en informatie-overdracht? Bijv. in hoeverre werd het SWT na opschalen geïnformeerd over deze cliënt door de orga nisatie waarnaar is toegeleid?
    - Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de hulpvraag/problematiek van de cliënt? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de krachten/vaardigheden van de cliënt? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de wensen van de cliënt? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw visie wat betreft passende zorg/ zorg? [kan professional zich vinden in keuze?]
    - Was deze stap zwaar/intensief genoeg? Waarom wel/niet?
    - Is de cliënt na toeleiding naar specialistische zorg op enig moment weer terugverwezen naar jullie SWT[met andere woorden: is afgeschaald]? Zo ja, waarom en wanneer? Zo nee, waarom niet?
22. [als dit nog niet is besproken in het chronologische verhaal hierboven] Is de cliënt op enig moment in het proces toegeleid naar minder intensieve zorg (bijv. terugverwezen naar SWT of naar STIP)? Met andere woorden, is er afgeschaald? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? *Vraag ook wanneer ' nee' wordt gezegd de vragen over of de keuze aansloot bij de cliënt/visie professional/transformatie uit.*
    - Indien ja: wanneer in het proces is dit gedaan?
    - Wie heeft deze keuze gemaakt? [professional alleen of bijv. samen met collega's/team]
    - Waarom is hiervoor gekozen? / Waar is deze keuze op gebaseerd [bijv. zelfredzaamheidsmatrix, of andere methodieken]?
    - Welke zaken waren van invloed op deze keuze? Wat is de reden hiervan? prompt: cliëntfactoren, maar vraag ook naar factoren van organisatie [was er bijv. tijdsdruk] of naar factoren van professional zelf [bv. te laat gesignaleerd].
    - Wat was de rol van SNS/SNS [familienetwerkberaad/netwerkcompas] bij deze keuze?
    - Hoe verliep de samenwerking met de partner naar wie is toegeleid wat betreft regie en informatie-overdracht? Bijv. in hoeverre werd het SWT na opschalen geïnformeerd over deze cliënt door de organisatie waarnaar is toegeleid?
    - Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de hulpvraag/problematiek van de cliënt? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de krachten/vaardigheden van de cliënt? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze volgens u aan bij de wensen van de cliënt? Waarom wel of niet?
    - Sloot deze stap/keuze aan bij uw visie wat betreft passende zorg/ zorg? [kan professional zich vinden in keuze?]
    - Was deze stap licht genoeg? Waarom wel/niet?
    - Is de cliënt na toeleiding naar minder intensieve zorg op enig moment weer terugverwezen naar jullie SWT? Zo ja, waarom en wanneer? Zo nee, waarom niet? [het kan zijn dat dit nog niet is gebeurd omdat het recent afgeronde casussen zijn en de tijd dan nog te kort is, maar we gaan toch deze vraag stellen omdat het wel zou kunnen dat het voorkomt].

[Check bij professional of alle gezette stappen nu uitgevraagd/besproken zijn voordat je verder gaat!]

Betrokkenheid stakeholders

23. Was er bij deze casus sprake van casusregie? Zo ja, wie had de casusregie?
24. Was er bij deze casus sprake van procesregie? Zo ja, wie had de procesregie?
25. Wie was tijdens dit traject het eerste aanspreekpunt voor de cliënt?
26. Hoe hebt u de betrokkenheid van de samenwerkingspartners [indien van toepassing] ervaren? Was er sprake van voldoende contact en samenwerking?
27. In hoeverre hebt u de ingezette hulp zelf uitgevoerd?

Afronding casus

28. Is de casus al afgerond?
29. Zo ja, wanneer is besloten om deze casus af te ronden? En waarom is hier toen voor gekozen?
30. Als u nu terugkijkt naar de casus en het resultaat daarvan, in hoeverre vindt u het verloop van de casus dan succesvol? Waarom wel/niet?

Intensiteit en ideaalsituatie

31. Was er een moment waarop u dacht dat eigenlijk minder intensieve of juist intensievere hulp geboden diende te worden, maar dit vervolgens niet gebeurd is [bijv. te lang in specialistische zorg, of juist te kort in SWT]? Indien professional bevestigend antwoordt:
    - Waarom is uiteindelijk geen minder intensieve/intensievere hulp ingezet?
    - Wat had ervoor kunnen zorgen dat dit wél op tijd gedaan was? [wat was uw rol/rol cliënt/rol aanbieder/rol organisatie hierin?]
32. Indien u zelf een keuze hebt gemaakt voor een bepaalde stap in het proces van deze cliënt: hoe kijkt u terug op deze keuze(s) [bijv. staat u er nog steeds achter?]
33. In de ideale situatie, als er geen beperkingen zouden zijn geweest, welke stappen zou u achteraf dan bij deze cliënt hebben gezet? Hoe zou het toeleiden naar zorg [op- en afschalen] eruit hebben gezien? Wat zou u dan inzetten?

Algemeen: werkwijze SWTs

34. We hebben nu heel het proces van deze cliënt doorlopen. Dan wil ik nu graag afsluiten met een wat bredere, algemene vraag over het doel van de transformatie. Dit doel wordt vaak samengevat als: "zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig". Als het doel is 'zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig', wat zijn dan volgens u de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze (=het werken in de wijkteams zoals dat nu gebeurt)?

Afsluiting

35. Geef een samenvatting van het gesprek. Bijv: we hebben dit en dit besproken. Hebt u het idee dat ik iets vergeten ben?
36. Wat vond u van het interview? Vraag aan de professional of hij/zij nog opmerkingen heeft of vragen heeft over wat we hebben besproken, of over het onderzoek in het algemeen
37. Bedank professional voor openhartigheid
38. Vraag of professional transcript wil nalezen
39. Geef contactgegevens indien professional nog contact wil opnemen [bijv. i.v.m. vragen over het onderzoek]
40. Vraag of professional op de hoogte wil worden gehouden van het onderzoek
41. Vraag of je de professional na de case studies nog (telefonisch) mag contacten om eventuele onduidelijkheden te verhelderen [verwijs hierbij naar informatiebrief, waarin dit ook vermeld staat]
42. Geef eventueel visitekaartje en geef aan dat we nog contact zoeken met professional in verband met de focusgroep en met (daarna) de brainstormbijeenkomst.

Geraadpleegde literatuur voor interviews
Driesen, I., & Besselink, P. (2014). *Sociale Netwerk Strategieën in het Algemeen Maatschappelijk Werk: Een onderzoek naar de ervaringen van professionals en cliënten*. Nijmegen: NIM Maatschappelijk werk.
Gillham, B. (2003). *Research Interviewing: the range of techniques*. Berkshire/New York: Open University Press/ Two Penn Plaza.
Keats, D.M. (2000). *Interviewing: a practical guide for students and professionals*. Buckingham: Open University Press.
Sacks, D., & Westwood, M. (2003). An approach to interviewing adolescents. *Pediatrics & Child Health, 8*, 554-556.

Bijlage 5: Schema uitgangspunten transformatie

Doelstellingen SWTs (O&S Nijmegen, 2013)
- Meer zelfregie en maatwerk voor kwetsbare groepen;
- Meer samenwerking met het sociale netwerk bij maatschappelijke ondersteuning;
- Stimulering van vrijwillige inzet;
- Een toegankelijke, inclusieve wijk om de participatie van kwetsbare groepen te vergroten;
- Minder versnippering in het aanbod van zorg en welzijn. Zeker bij de doelgroep van gezinnen in multiprobleemsituaties, die vaak te maken hebben met meerdere hulpverleners, is samenwerking tussen professionals essentieel (Heineke & Stokman, 2011);
- Een verschuiving van zorg naar welzijn en van curatie naar preventie;
- Het afvlakken van de groei van uitgaven voor zorg & welzijn en bijdragen aan de bezuinigingsopgave.

Inhoudelijke beweging transformatie
In het strategieplan Programma Jeugd van 2015 tot 2017van NIM worden de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie vertaald naar de volgende beweging (Postma, 2015):

Van	Naar
schotten voor ieder probleem hulpverlener met eigen aanpak	**integraal** één gezamenlijk plan waarin ieder zijn rol speelt
medicaliseren hulpvraagverkenning, analyse en diagnose door professional vanuit specialisme	**normaliseren** na verkenning van kwesties besluit cliënt tot inschakelen specialist voor analyse en diagnose
professioneel bepaald professional bepaalt op basis van zijn specialisme met aanmelder wat nodig is voor cliënt	**zelfregie** cliënt maakt met hulp van familie en sociaal netwerk eigen keuzes na informatie van professionals
hulpverleningsplan professionals stellen hulpverleningsplan vast; vaak in multidisciplinair team	**eigen actieplan** cliënt maakt met hulp van familie en sociaal netwerkwerk zijn actieplan
cliënt individueel werken met alleen het perspectief van de cliënt	**context van netwerk** verschillende perspectieven verkennen, erkennen en verbinden
werken met sociaal netwerk betrekken van sociaal netwerk bij hulpverleningsplan	**werken vanuit Sociale Netwerk Strategieën** cliënt en sociaal netwerk betrekt professionals bij hun actieplan
dure zorg opschaling naar specialisten	**reductie dure zorg** stimulering van vrijwillige zorg gerichte inzet specialistische zorg
oplopende problematiek onderliggende kwesties worden onderweg duidelijk	**preventie** voorkomen dat onderliggende kwesties probleem worden
inefficiënt iedere professional werkt aan zijn hulpverleningsplan	**efficiënt** professionals werken samen aan actieplan cliënt
product- en aanbodgericht hulpvraag afstemmen op bestaande aanbod en gehele product inzetten	**doen wat nodig is** cliënt vraagt professional bij te dragen aan succes van zijn actieplan niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk.

Schema 1: Vertaling naar schema zoals voorgelegd in focusgroepen[9]

Van											Naar
Schotten											Integraal
Medicaliseren											Normaliseren
Professional bepaalt											Zelfregie
Hulpverleningsplan											Eigen actieplan
Cliënt individueel											Context van netwerk
Betrekken sociaal netwerk											Werken vanuit SNS
Dure (specialistische) zorg											Reductie dure (specialistische) zorg
Oplopende problematiek											Preventie
Inefficiëntie											Efficiëntie
Product- en aanbodgericht											Doen wat nodig is

Perspectief cliënt

Perspectief professional

9 Voor cliënten werd een aangepaste versie gebruikt met toegankelijker taalgebruik.