

Rekenkameronderzoek

Eigen kracht in het Amersfoortse sociaal domein: een conceptuele verkenning

Rekenkamer Amersfoort

6 november 2018



Colofon

Uitgavedatum: 6 november 2018



Rekenkamer Amersfoort
Stadhuisplein 5
Postbus 4000
3800 EA Amersfoort

T 033 469 43 12
E rekenkamer@amersfoort.nl
I www.amersfoort.nl/rekenkamer

Regioplan
Jollemanhof 18
1019 GW Amsterdam

T 020 531 5315
E info@regioplan.nl
I www.regioplan.nl

Onderzoeksteam Regioplan: drs. K.B.M. (Katrien) de Vaan

Onderzoeksteam Rekenkamer: drs. R.C.M. (Karin) Stadhouders en drs. M.P. (Marleen) van den Nieuwendijk RA

Inhoudsopgave

Afkortingen- en begrippenlijst.....	5
Samenvatting.....	6
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	10
1.1 Inleiding	10
1.2 Achtergrond.....	10
1.3 Doel en onderzoeksvragen.....	12
1.4 Analyse kader	12
1.5 Scope en afgrenzing	14
1.6 Onderzoeksopzet	15
1.7 Leeswijzer.....	17
Hoofdstuk 2 Beleidsmatige invulling van ‘eigen kracht’	18
2.1 Inleiding	18
2.3 Cluster I: leefgebieden.....	19
2.4 Cluster II: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont	21
2.5 Cluster III: zelfregulatie.....	22
2.6 Cluster IV: uitingsvormen van ‘eigen kracht’	23
2.7 Samengevat.....	26
Hoofdstuk 3 De toegang tot zorg en ondersteuning	27
3.1 Inleiding	27
3.2 De toegangswegen naar zorg en ondersteuning	27
3.2 ‘Eigen kracht’ in de toegang	30
3.3 Samengevat.....	36
Hoofdstuk 4 Het begrip ‘eigen kracht’ op Casusniveau	38
4.1 Inleiding	38
4.2 Casus 1: werk & inkomen	38
4.3 Casus 2: het wijkteam (1).....	43
4.4 Casus 3: het wijkteam (2).....	46
4.5 Casus 4: het voorliggend veld	50

4.6 De casussen samen beschouwd.....	55
4.7 Mogelijke risico's voor kwaliteit zorg en ondersteuning	57
Hoofdstuk 5 Beantwoording van de onderzoeksvragen en de aanbevelingen.....	60
5.1 Inleiding	60
5.2 Beantwoording onderzoeksvragen.....	60
5.3 Beantwoording centrale onderzoeksvraag	64
5.4 Aanbevelingen.....	64
Bijlage 1. Overzicht gebruikte documenten.....	67
Bijlage 2. Overzicht respondenten	69

AFKORTINGEN- EN BEGRIPPENLIJST

ASD	Adviesraad Sociaal Domein
Basisinfrastructuur	Laagdrempelige vormen van ondersteuning die vrij (zonder beschikking) toegankelijk zijn en voorzieningen die een functie hebben in de algemene ondersteuning van inwoners.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
Samenkracht	Het netwerk van formele en informele voorzieningen en verbanden in de wijken en buurten van Amersfoort.
Signalerings-structuur	Een informeel samenwerkingsverband van de gemeente, uitvoerders in de toegang en ketenpartners daar omheen die zorg- en ondersteuningsvragen signaleren en aan elkaar doorgeven.
Toegang	Waar in dit rapport over ‘toegang’ wordt gesproken, betreft het de structuur die inwoners toegang biedt tot zorg en ondersteuning in het kader van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet, met name de wijkteams, Indebuurt033 en de afdeling WIZ.
Uitvoering	Waar in dit rapport over ‘de uitvoering’ wordt gesproken, gaat het over de partijen die (de toegang tot) zorg en ondersteuning in het sociaal domein bieden.
WIZ	De gemeentelijke afdeling Werk, Inkomen en Zorg. De afdeling WIZ bestaat uit 4 teams: team Klantbeheer, team Arbeidsintegratie, team administratief Beheer en team Zorg. De eerste drie teams voeren (verschillende onderdelen van) de Participatiewet uit. Team Zorg voert de WMO uit voor wonen, rollen en vervoer.
Wmo	De Wet maatschappelijke ondersteuning
ZRM	Zelfredzaamheidsmatrix

SAMENVATTING

Wat is dat eigenlijk, ‘eigen kracht’? Wat verstaan de gemeente en andere stakeholders in het Amersfoortse sociaal domein daar onder? En wat betekent die invulling van dit begrip voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning? Deze vragen stonden centraal in dit onderzoek van de Rekenkamer Amersfoort naar ‘eigen kracht’ in het sociaal domein. Het onderzoek is een conceptuele verkenning; het toetst niet of ‘eigen kracht’ wordt ingevuld volgens de norm, want die norm is er niet. Het verkent hoe ‘eigen kracht’ in de praktijk wordt ingevuld en wat daar de consequenties van kunnen zijn. Daarmee draagt het onderzoek bij aan een gedeeld begrip van één van de centrale concepten waar stakeholders in het sociaal domein mee werken.

Binnen het begrip ‘eigen kracht’ kunnen, op basis van de beschikbare literatuur over het onderwerp, verschillende dimensies worden onderscheiden: wat iemand kan en weet (de competentionele dimensie), factoren die van invloed zijn op wat iemand wil (de motivationele dimensie) en iemands sociale netwerk (de sociale dimensie). Deze dimensies beïnvloeden iemands ‘eigen kracht’ op een achttal leefgebieden, zoals lichamelijke en psychische gezondheid, opvoeden en opgroeien, participatie en financiën. Of iemand ook daadwerkelijk in staat is om zijn of haar ‘eigen kracht’ aan te wenden is afhankelijk van iemands vermogen tot zelfregulatie. Dat wordt onder andere beïnvloed door intelligentie en talent en door het kunnen reflecteren op het eigen handelen. ‘Eigen kracht’ zien we dan vervolgens terug in iemands vermogen om zelfredzaam te zijn, zelf de regie over het eigen leven te voeren, eigen verantwoordelijkheid te nemen en zichzelf te ontplooiën. Bovengenoemde dimensies, leefgebieden, vermogens en uitingsvormen vormden de kapstok voor dit onderzoek naar ‘eigen kracht’.

Het onderzoek laat zien dat er geen heldere beschrijving is van wat de gemeente en andere stakeholders onder ‘eigen kracht’ verstaan. Ook de gemeentelijke beleidskaders geven hier geen duidelijkheid over. In verschillende stukken zijn wel fragmenten van het begrip terug te vinden. Die fragmenten samen laten zien dat:

- De gemeente aandacht heeft voor alle relevante leefgebieden;
- Het gemeentelijk beleid vooral inzet op het versterken van ‘eigen kracht’ via het versterken van de sociale omgeving waarin mensen elkaar kunnen helpen. Er is in het beleid minder aandacht voor andere factoren die bijdragen aan iemands ‘eigen kracht’: wat mensen kunnen en weten (competenties), wat zij willen (aspecten van motivatie) en de mate waarin zij in staat zijn op hun eigen gedrag te reflecteren en dat te veranderen (zelfregulatie).
- De gemeente inzet op ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie en daarbij veel waarde hecht aan eigen verantwoordelijkheid en zelfregie. De onderkenning dat die alle vier uitingsvormen zijn van eigen kracht, en eigen verantwoordelijkheid en zelfregie dus ook ondersteuning (kunnen) vereisten, is in het beleid afwezig.

Bij de inrichting van het toegangsproces en de voorwaarden waaronder zorg en ondersteuning worden toegekend, probeert de gemeente rekening te houden met de beperkingen van mensen die een beroep doen op hulp. Toch blijven de laagdrempeligheid en vindbaarheid van de toegang een aandachtspunt. Er zijn signalen dat zowel inwoners als professionals de weg niet altijd goed weten. Specifieke groepen die volgens respondenten in dit onderzoek onvoldoende bereikt worden en aandacht vragen, zijn inwoners die laaggeletterd zijn en inwoners met een migratie-achtergrond. Positief is dat als inwoners eenmaal ‘de toegang’ hebben bereikt, daar gewerkt wordt

met kaders die aandacht besteden aan alle hierboven onderscheiden elementen van 'eigen kracht'. De mate waarin dat gestructureerd gebeurt verschilt wel per toegangsvorm: in de sociale basisinfrastructuur ligt de nadruk op de sociale dimensie via het concept 'samenredzaamheid'; de wijkteams en het team Arbeidsintegratie beschikken over instrumenten die hen helpen om gestructureerd aandacht aan alle relevante leefgebieden, dimensies en uitingvormen van 'eigen kracht' te besteden; de klantmanagers van de afdeling WIZ moeten dat ook doen maar hebben daar een minder scherp instrumentarium voor.

Uiteindelijk draait het natuurlijk niet om beleid of uitvoeringskaders, maar om de praktijk. Wat verstaan de professionals die met cliënten werken zelf onder 'eigen kracht'? Wat verwachten ze in dat kader van cliënten? En is dat reëel? Dit is onderzocht door fictieve casussen voor te leggen aan uitvoerend professionals en cliëntvertegenwoordigers. De casussen bevatten problematiek die veel voorkomt in het sociaal domein: lichamelijke en psychische klachten die participatie belemmeren, opvoed- en opgroei-problematiek, overbelasting van mantelzorg, huiselijk geweld, lichte verstandelijke beperkingen, echtscheidingsproblematiek, schulden, verslaving, afhankelijkheden door ziekte en ouderdom.

Hieruit blijkt dat er geen grote verschillen zijn tussen de verschillende stakeholders in hoe zij 'eigen kracht' invullen en ook dat er geen grote 'missers' gevonden zijn: problemen die wel in de casusbeschrijvingen waren opgenomen maar niet als zodanig door de stakeholders werden (h)erkend. Over het algemeen kijken professionals naar alle relevante leefgebieden en dimensies. Zij proberen te handelen op basis van de krachten die zij zien, hoe klein ook, en niet op basis van de beperkingen. Maar zij hebben daarbij zeker ook oog voor de beperkingen waar cliënten mee kampen en de grenzen die deze stellen aan wat er van cliënten zelf, en hun netwerk, gevraagd kan worden.

Als belangrijke voorwaarden voor zelfregie, eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en participatie/zelfontplooiing noemen professionals in de uitvoering voldoende cognitieve vermogens, zelfinzicht, psychische gezondheid en elementen van de motivationele dimensie (zoals vertrouwen in het eigen kunnen). Dat onderstreept de noodzaak om bij de intake van cliënten goed zicht op deze aspecten te krijgen. Een goede gespreksvoering blijkt hierbij van groot belang. Met name waar het gaat om aspecten van motivatie en het vermogen tot zelfregulatie zijn goede gespreksvoeringstechnieken nodig om goed in te kunnen schatten waar een cliënt toe in staat is. Stakeholders noemen dit het achterhalen van de 'vraag achter de vraag'.

Hoewel stakeholders over het algemeen eenzelfde invulling aan het begrip 'eigen kracht' geven en professionals de relevante elementen daarvan ook duidelijk op het netvlies hebben staan, laat het onderzoek ook risico's zien van de wijze waarop 'eigen kracht' wordt geïnterpreteerd. Die risico's kunnen van invloed zijn op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning. Ze hangen samen met het spanningsveld tussen enerzijds de wens om aan te sluiten bij wat mensen zelf kunnen en willen en dat te versterken, en anderzijds het feit dat het in het sociaal domein om mensen gaat die nu juist kampen met gebreken in 'eigen kracht'. In dit spanningsveld is het steeds opnieuw zoeken naar de juiste balans; uit het onderzoek blijkt dat die balans nog niet altijd wordt gevonden. De stakeholders met wie in het kader van het onderzoek is gesproken zijn zich echter wel van de risico's bewust en laten ook zien dat er aandacht is voor het zorgvuldig handelen in dit spanningsveld.

De rekenkamer komt naar aanleiding van het onderzoek tot een aantal aanbevelingen die een bijdrage leveren aan de invulling van het concept 'eigen kracht' in het Amersfoortse sociaal domein. Zij beveelt de gemeenteraad aan om het college de volgende zaken op te laten pakken:

1. Blijf werken aan de laagdrempeligheid en vindbaarheid van de toegang tot zorg en ondersteuning op basis van de Participatiewet, Wmo en Jeugdwet. Een zo dekkend mogelijke signaleringsstructuur voor wie niet zelf de toegang tot zorg en ondersteuning vindt of zoekt, is van groot belang. Blijf werken aan grotere bekendheid van de toegang bij de partners in het voorliggend veld en in de eerste en tweede lijn. Werk ook aan het vertrouwen bij deze partners in het functioneren van de toegang.

Wees daarbij extra alert op de volgende aspecten:

- Ga na of en op welke punten de toegang verbeterd kan en moet worden voor doelgroepen die problemen ondervinden in de toegang vanwege bijvoorbeeld fysieke beperkingen, cognitieve beperkingen, laaggeletterdheid of anderstaligheid. Betrek mensen uit deze doelgroepen bij het zoeken naar oplossingen.
- Besteed aandacht aan het verbeteren van het bereik van zorg en ondersteuning:
 - onder mantelzorgers;
 - onder mensen met een migratie-achtergrond.

Evalueer periodiek het succes van de genomen maatregelen samen met de toegang, samenwerkingspartners en doelgroepen en stel maatregelen waar nodig bij.

2. Bewaak met cliënten, uitvoerend professionals in de toegang en samenwerkingspartners de balans tussen de inzet op 'eigen kracht' enerzijds en het rekening houden met beperkingen anderzijds. Bevorder een lerend proces, bijvoorbeeld via intervisie.
3. Laat de volle breedte van het begrip 'eigen kracht' terugkomen in het gemeentelijk beleid. Betrek de gemeenteraad hierbij. Waar nu de meeste aandacht uitgaat naar de sociale dimensie, zou het beleid aandacht moeten hebben voor zowel de competentionele, de motivationele en de sociale dimensie als voor het vermogen van mensen tot zelfregulatie. Zelfregie en eigen verantwoordelijkheid zijn, net als zelfredzaamheid en participatie, uitingsvormen van 'eigen kracht', waar juist bij de doelgroep van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet niet zonder meer een beroep op kan worden gedaan.
4. Ga met de uitvoerende partijen in gesprek over hoe zij de aandacht voor (aspecten van) motivatie en zelfregulatie meer expliciet kunnen maken. Bevorder dat uitvoerend professionals en samenwerkingspartners via training en intervisietrajecten gezamenlijk werken aan de ontwikkeling van een gemeenschappelijk referentiekader. Daarbij kunnen de uitkomsten van dit rekenkameronderzoek worden benut.

Tot slot

5. De volgende algemene punten:

- Zet de opdrachten vanuit de raad i.c. de door de raad overgenomen aanbevelingen uit dit rekenkamerrapport, expliciet als opdrachten door naar de organisatie¹.
- Rapporteer binnen één kwartaal aan de raad over de aanpak of implementatie van de opdrachten.
- Het college draagt er zorg voor dat de status van en ontwikkelingen in de uitvoering van de door de raad aangenomen aanbevelingen van de rekenkamer geregistreerd en geborgd worden en informeert de raad in een jaarlijkse rapportage over de stand van zaken. Deze rapportage omvat in ieder geval hoe de aanbevelingen zijn opgepakt, wat er gedaan is en of dit conform de afspraken gebeurt.
- Rapporteer over een jaar aan de rekenkamer hoe bovenstaande aanbevelingen zijn opgevolgd².

¹ Deze eerste drie algemene aanbevelingen betreffen een herhaling van de op 9 juli 2013 tijdens Het Besluit overgenomen aanbevelingen uit het overall rapport over de doorwerking van aanbevelingen uit rekenkamerrapporten, met inachtneming van het aangenomen amendement, met als doel de set van aanbevelingen voor dit onderliggende onderzoek compleet weer te geven.

² Zoals in het overall rapport over de doorwerking van aanbevelingen uit rekenkamerrapporten in 2013 is aangegeven, neemt de rekenkamer een 'vangnetaanbeveling' op. Dit gebeurt in de vorm van een verzoek van de raad aan het college om, een jaar na het onderzoek, informatie over de uitvoering van de aanbevelingen aan de rekenkamer te laten verstrekken.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Inleiding

De rekenkamer heeft in 2014 extra budget gekregen van de gemeenteraad om vier jaar lang onderzoek te doen naar de decentralisaties binnen het sociale domein. Het onderzoek waar dit rapport verslag van doet, is het vierde onderzoek³. Dit vierde onderzoek was oorspronkelijk gepland om in 2018 op te starten, maar is naar voren gehaald en in de tweede helft van 2017 opgestart. Op die manier kon de rekenkamer gebruik maken van de kennis van en ervaringen met de decentralisaties, die de raadsleden in de afgelopen raadsperiode hadden opgedaan, en tegelijkertijd de nieuwe gemeenteraad ondersteunen in zijn kaderstellende rol.

De raad is nauw betrokken geweest bij het bepalen van de focus voor dit onderzoek. Op 12 september 2017 heeft een Pressure Cooker sessie⁴ met raadsleden plaatsgevonden. In deze sessie hebben de deelnemers aan de hand van vier thema's aangegeven aan welke informatie zij in het sociaal domein behoefte hebben. In een deel van de informatiebehoefte, die de deelnemers formuleerden, wordt voorzien door de (doorontwikkeling van de) gemeentelijke Monitor Sociaal Domein, door het rekenkameronderzoek naar de sociale wijkteams en door het derde decentralisatieonderzoek (jeugdhulpveld). Kijkend naar de overige input die in de sessie is opgehaald, heeft de rekenkamer besloten in dit onderliggende rekenkameronderzoek één van de kernconcepten uit het sociaal domein centraal te stellen: 'eigen kracht'. Dit concept loopt als een rode draad door het sociaal domein, ook als het gaat om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning.

1.2 Achtergrond

In het sociaal domein is de laatste jaren de nadruk verschoven van een focus op de *bepkeringen* die mensen belemmeren om te participeren, naar meer aandacht voor de *capaciteiten* die mensen wél hebben en voor de vraag hoe deze capaciteiten zo goed mogelijk kunnen worden ondersteund en aangevuld. Daarbij wordt een aantal centrale begrippen gehanteerd, zoals 'zelfredzaamheid', 'eigen kracht', 'sociaal netwerk' en 'eigen verantwoordelijkheid'. Van deze begrippen bestaan geen eenduidige definities. Dat brengt risico's met zich mee, omdat de wijze waarop ze geïnterpreteerd en gehanteerd worden voor cliënten grote gevolgen kan hebben. Hierop wijst onder andere een recent rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.⁵ Ook de Nationale Ombudsman⁶ en de Transitiecommissie Sociaal Domein⁷ hebben hier in het verleden op gewezen.

³ Het eerste onderzoek betrof een domeinbrede verkenning van het sociaal domein in de vorm van een SWOT-analyse; het tweede betrof de effectiviteit/efficiëntie van de sociale wijkteams; het derde wordt momenteel uitgevoerd en betreft het jeugdzorgveld. www.amersfoort.nl/rekenkamer.

⁴ Het betrof een Pressure Cooker sessie van anderhalf uur tijdens De Ronde waar raadsleden in relatief kort tijdsbestek, met de kennis van het reilen en zeilen van de decentralisaties in het achterhoofd, op intuïtieve en effectieve manier konden brainstormen over de zaken die dit laatste onderzoek van de reeks onder de loep zou moeten nemen. Er is in de pressure cooker door 16 raadsleden in 4 steeds wisselende groepen van 4 raadsleden gebrainstormd. Via deze weg kon ook goed gebruik gemaakt worden van de feedback die raadsleden kunnen geven op basis van de geluiden die zij uit de Amersfoortse samenleving horen.

⁵ WRR (2017) *Weten is nog geen doen*.

⁶ Bijvoorbeeld in *Terug aan tafel, samen de klacht oplossen. Onderzoek naar klachtbehandeling in het sociaal domein na de decentralisaties* (2017), p. 6/7.

⁷ Bijvoorbeeld in de Vierde Rapportage, 25 februari 2016.

De nadruk op ‘eigen kracht’ bij het verlenen van zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet, Participatiewet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) impliceert aansluiting bij wat inwoners zelf, al dan niet samen met hun netwerk, kunnen doen om te komen tot een zo volwaardig mogelijke participatie in de samenleving. Het gaat hier echter om een kwetsbare groep: mensen die het (in ieder geval in eerste instantie) zonder zorg en ondersteuning van anderen niet redden. Dat betekent dat er een spanning bestaat tussen de inzet op ‘eigen kracht’ in het sociaal domein enerzijds, en de doelgroep waar de gemeentelijke activiteiten in het sociaal domein zich op richten anderzijds. Door onderzoek te doen naar dit spanningsveld, wil de rekenkamer bijdragen aan de discussie over effectiviteit en doelmatigheid in het sociaal domein. Daarbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd, gebaseerd op de kennis die er nu is⁸:

Ten eerste is het wenselijk dat alle stakeholders binnen het sociaal domein een duidelijk geformuleerde en op elkaar afgestemde opvatting over ‘eigen kracht’ hebben én daar ook consequent naar handelen. Daarbij is het belangrijk dat gemeente en professionals zich verdiepen in de opvatting van ‘eigen kracht’ bij cliënten, zowel op casusniveau als op een meer conceptueel niveau. Als zij dat niet doen, bestaat het risico dat het aanbod van zorg en ondersteuning niet goed op de behoefte van de cliënt aansluit.

Ten tweede moet het beroep op ‘eigen kracht’ op individueel niveau niet groter zijn dan dat de kwetsbaarheid van iemand toelaat. De Wmo, Jeugdwet en Participatiewet zijn gericht op het ondersteunen van ‘eigen kracht’ daar waar die niet optimaal is. Deze wetten erkennen dus de kwetsbaarheden van de groep die, al dan niet tijdelijk, een beroep doet op de voorzieningen die in het kader van deze wetten bestaan. Tegelijkertijd doet de gemeente bij het toekennen van die voorzieningen ook een beroep op ‘eigen kracht’. Dat gebeurt op twee manieren:

1. De gemeente wil met de zorg en ondersteuning aansluiten bij wat een inwoner zelf kan (al dan niet informeel ondersteund door diens netwerk). Daarom is er altijd sprake van het meten van ‘eigen kracht’, of het nu gaat over het inschalen op de re-integratieladder, het toepassen van de zelfredzaamheidsmatrix of dat daar een ander instrument voor wordt gebruikt en of dit nu impliciet of expliciet gebeurt.
2. Het aanvragen van zorg en ondersteuning en het voldoen aan de voorwaarden waaronder die worden toegekend, impliceert ook een bepaalde mate van ‘eigen kracht’: inwoners moeten de weg vinden, hun administratie voldoende op orde hebben en de discipline hebben om te voldoen aan de voorwaarden waaronder zorg en ondersteuning worden toegekend. Idealiter wordt geen groter beroep op ‘eigen kracht’ gedaan dan de beperkingen aan ‘eigen kracht’ toelaten. In de praktijk blijken gemeenten met hun procedures echter barrières op te werpen voor precies die kwetsbare groep die ze beogen te ondersteunen.⁹

⁸ Het eerste uitgangspunt is een benoeming van het risico dat ontstaat als de invulling van een dermate centraal begrip niet duidelijk is. Het tweede uitgangspunt vloeit voort uit recent en actueel onderzoek naar het sociaal domein, waaruit steeds opnieuw blijkt dat er risico's bestaan op het overschatten van eigen kracht.

⁹ Zie bijvoorbeeld het eerder genoemde rapport van de WRR.

1.3 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om een bijdrage te leveren aan de invulling van het concept 'eigen kracht' in het Amersfoortse sociaal domein. De rekenkamer kijkt daarbij in het bijzonder naar:

- Hoe de gemeente en de belangrijkste betrokken professionals in het sociaal domein het begrip 'eigen kracht' invullen.
- Hoe deze invulling aansluit bij de beleving van de cliënten.
- Wat de consequenties kunnen zijn van eventuele verschillen in opvattingen over 'eigen kracht' tussen deze stakeholders.

Dat doet de rekenkamer op drie niveaus:

- Theoretisch: welke opvattingen hanteren stakeholders over 'eigen kracht'?
- Instrumenteel: wat impliceren keuzes in structuur, organisatie en werkwijze over opvattingen over 'eigen kracht'?
- Praktijk: wat betekent dit in de praktijk voor uitvoerders en cliënten?

De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt:

Hoe vullen stakeholders in het Amersfoortse sociaal domein het begrip 'eigen kracht' in en wat zijn de consequenties van eventuele verschillen daarin tussen stakeholders voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning?

Hieronder vallen de volgende deelvragen:

1. Hoe vult de gemeente het begrip 'eigen kracht' in?
 - a. In het gemeentelijk beleid?
 - b. In de toegang tot zorg en ondersteuning:
 - i. de weg die een inwoner moet volgen om toegang tot zorg en ondersteuning te krijgen?
 - ii. de diagnostische instrumenten die de gemeente daarbij inzet?
 - iii. de voorwaarden waaronder zorg en ondersteuning worden toegekend?
2. Hoe wordt het begrip "eigen kracht" ingevuld door andere stakeholders (in ieder geval cliënten, eerste- en tweedelijns hulpverleners en uitvoerders)?
3. Wat betekenen deze (eventueel verschillende) invullingen van het begrip "eigen kracht" voor:
 - a. De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor kwetsbare inwoners?
 - b. De kwaliteit van de zorg en ondersteuning?
4. In hoeverre doen zich bij bovenstaande vragen verschillen voor tussen de domeinen Participatiewet, Wmo en Jeugdwet?

1.4 Analyse kader

Het Verwey-Jonker Instituut heeft in een recente conceptuele verkenning¹⁰ het begrip 'eigen kracht' gedefinieerd. Met deze definitie geven zij ook andere begrippen, zoals 'zelfredzaamheid', 'eigen verantwoordelijkheid' en het sociale netwerk een plek in het denken over zorg en ondersteuning binnen het sociaal domein. Daarmee wordt 'eigen kracht' meer grijpbaar. De rekenkamer neemt deze invulling van 'eigen kracht' over als analytisch kader voor dit onderzoek. De verkenning van het instituut komt tegemoet aan de

¹⁰ R. Gilsing et al (2017) *Eigen kracht ontleed. Een praktijkgerichte verheldering* (Utrecht: Verwey-Jonker Instituut).

behoefte van de rekenkamer om ondanks het ontbreken van een normenkader toch een heldere kapstok voor het onderzoek te hebben. Het is daarmee mogelijk geweest om gericht te kunnen zoeken naar de invulling van het begrip in Amersfoort. De verkenning, die handvatten geeft over de invulling van het begrip ‘eigen kracht’, was uiteraard bij de start van de decentralisatie nog niet voorhanden.

Belangrijk is dat deze invulling zichtbaar maakt dat ‘eigen kracht’ meer is dan een individueel kenmerk. Het is een optelsom van een veelheid aan factoren. Verwey-Jonker stelt dat de volgende dimensies van belang zijn voor iemands ‘eigen kracht’:

- De competentionele dimensie (kennen en kunnen);
- De motivationele dimensie (willen en durven);
- De sociale dimensie (kracht van het sociaal netwerk).

‘Eigen kracht’ hebben alleen is niet genoeg, die kracht moet ook kunnen worden aangewend, zo stelt Verwey-Jonker. Dat vereist het vermogen tot zelfregulatie: iemand moet zijn gedrag kunnen veranderen en zich kunnen aanpassen aan veranderde omstandigheden. Het vermogen tot zelfregulatie vereist op zijn beurt bepaalde competenties (intelligentie, talent, goede bedoelingen) en zelfreflectie. Daarmee is de cirkel rond: dat zijn namelijk aspecten van de competentionele en motivationele dimensie.

Zelfregulatie leidt vervolgens tot een bepaalde mate van doelbereik. In het sociaal domein wordt dat doel vaak gedefinieerd in termen als: regie houden, verantwoordelijkheid nemen en houden, zelfredzaam zijn en participeren. De leefgebieden waarop dit wordt toegepast zijn:

- Lichamelijke gezondheid;
- Geestelijke gezondheid;
- Maatschappelijke participatie en dagbesteding;
- Huisvesting;
- Financiën;
- Ouderschap en opvoeding;
- Sociaal netwerk;
- Huiselijke relaties.

Op grond van het bovenstaande is voor dit onderzoek het volgende analysekader ontwikkeld. Dit analysekader is in het onderzoek gebruikt als leidraad voor de interviews, casusbeschrijvingen, het voorleggen van casussen en de analyse van de verzamelde informatie. Het is ook gebruikt om de hierna volgende hoofdstukken structuur te geven, door steeds per cluster een paragraaf op te nemen en daarbinnen aandacht te besteden aan de verschillende onderdelen van de paragrafen.

CLUSTER I: DE LEEFGEBIEDEN DIE RELEVANT ZIJN VOOR ‘EIGEN KRACHT’	
Onderdeel 1: Leefgebieden	Wijze waarop aandacht wordt besteed aan relevante leefgebieden: lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, maatschappelijke participatie, dagbesteding, huisvesting, financiën, ouderschap en opvoeding, sociaal netwerk, huiselijke relatie.
CLUSTER II: DE DIMENSIES WAAROP ‘EIGEN KRACHT’ ZICH TOONT	
Onderdeel 1: Competentionele dimensie	Wijze waarop aandacht wordt besteed aan relevante competentionele kenmerken: <ul style="list-style-type: none"> • Wat iemand kan: vaardigheden, competenties en talenten • Wat iemand weet en kent: kennis en ervaringen
Onderdeel 2: Motivationele dimensie	Wijze waarop aandacht wordt besteed aan relevante persoonlijke psychologische eigenschappen: zelfvertrouwen; het geloof in eigen kunnen en effectiviteit van eigen handelen (self-efficacy); motivatie; zingeving; de

	perceptie van controle over factoren die het leven beïnvloeden (locus of control).
Onderdeel 3: Sociale dimensie	Wijze waarop aandacht wordt besteed aan het sociale netwerk (partners, kinderen, familie, vrienden, burens en kennissen; sociale netwerken in wijken en buurten) en aan de aspecten daarvan die relevant worden geacht voor 'eigen kracht'.
CLUSTER III: DE AANWENDING VAN 'EIGEN KRACHT'	
Onderdeel 1: Zelfregulatie	Wijze waarop rekening wordt gehouden met het vermogen dat een persoon heeft zelfstandig problemen op te lossen door het eigen gedrag te veranderen en aan te passen aan veranderende omstandigheden, daarbij gebruik makend van diens 'eigen kracht' en de krachten van het eigen netwerk: <ul style="list-style-type: none"> • Intelligentie, talent, goede bedoelingen; • Zelfreflectie: kritische reflectie op eigen wensen en verlangens.
CLUSTER IV: DE UITINGSVORMEN VAN 'EIGEN KRACHT'	
Onderdeel 1: Zelfredzaamheid	Interpretatie van het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het normale maatschappelijke verkeer mogelijk maken.
Onderdeel 2: Zelfregie	Interpretatie van de capaciteit om in de praktijk het eigen leven te organiseren en coördineren.
Onderdeel 3: Eigen verantwoordelijkheid	Interpretatie van de mate van verantwoordelijkheid die gedragen kan worden. Maar ook: de 'taak' van de burger om op 'eigen kracht' te functioneren.
Onderdeel 4: Participatie/zelfontplooiing	Interpretatie van de capaciteit om keuzes te maken die passen bij de eigen waarden, levensovertuigingen, talenten en capaciteiten.

1.5 Scope en afgrenzing

Het beoogde doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de invulling van het concept 'eigen kracht' in het Amersfoortse sociaal domein. Het onderzoek heeft betrekking op de invulling van het begrip 'eigen kracht' op theoretisch, instrumenteel en praktisch niveau. Het onderzoek inventariseert en brengt eventuele tegenstrijdigheden, spanningen en knelpunten in kaart, alsmede de consequenties die deze kunnen hebben voor de kwaliteit van en toegang tot zorg en ondersteuning. Het onderzoek resulteert niet in een inhoudelijk oordeel over de wijze waarop het begrip 'eigen kracht' wordt ingevuld, omdat hiervoor geen algemeen geaccepteerde norm geldt.

Het onderzoek heeft nadrukkelijk niet tot doel om een feitelijk beeld te schetsen van hoe het begrip 'eigen kracht' in de dagelijkse praktijk op casusniveau invulling krijgt. Daarover kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan. Het gaat in dit onderzoek om de conceptuele invulling van het begrip 'eigen kracht' en wat dit deze invulling *kán* betekenen voor de uitvoeringspraktijk. De gebruikte casussen zijn bedoeld om het gesprek met uitvoerders en cliënten aan te gaan, zodat duidelijk wordt *hoe* zij op casusniveau 'eigen kracht' interpreteren; in andere woorden: om na te gaan welke consequenties hun conceptuele invulling van dit begrip kan hebben voor de praktijk.

1.6 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hierna volgt een beschrijving van de onderzoeksactiviteiten.

Fase 1: Desk studie en eerste ronde interviews

De deskstudie diende om de opvattingen van alle groepen stakeholders, voor zover die op papier staan, in kaart te brengen. In de deskstudie zijn de volgende partijen en documenten betrokken:

- Gemeente: kadernota's, inkoopkaders, subsidiebeleid en verordeningen ten aanzien van de relevante beleidsterreinen.
- Uitvoerders: jaarverslagen, verantwoordingsinformatie, werkprocessen, gehanteerde instrumenten. Gezien het grote aantal uitvoerders zijn de drie primaire uitvoerders in deze stap van het onderzoek betrokken: de sociale wijkteams, Indebuurt033 en de uitvoerders van de afdeling WIZ.
- Cliënten: bestaand onderzoek onder cliënten en input van cliëntvertegenwoordigers op gemeentelijk beleid.

De uitkomst van de deskstudie is getoetst en aangevuld in gesprekken. Er zijn zes face-to-face interviews gehouden met:

- de betrokken wethouders;
- de ambtelijk verantwoordelijken;
- vertegenwoordigers van de drie primaire uitvoerders.

Daarbij is niet alleen ingegaan op de theoretische invulling van het begrip 'eigen kracht', maar ook op hoe dit begrip nader invulling krijgt in de organisatie, aansturing en het faciliteren van de uitvoering.

Fase 2: selectie en beschrijving van casussen

Voor het vervolg van het onderzoek zijn vier fictieve casussen beschreven aan de hand van casusbeschrijvingen uit de uitvoeringspraktijk van de afdeling WIZ, de wijkteams en Indebuurt033. Hen is gevraagd om casussen aan te leveren die aan bepaalde kenmerken voldeden. Deze kenmerken zijn door het onderzoeksbureau geformuleerd, op basis van het analysekader en de hieronder uitgewerkte leefgebieden. De afdeling WIZ en Indebuurt033 hebben ieder vier casussen aangeleverd, waar vervolgens twee fictieve casussen op zijn gebaseerd: een casus waarin de nadruk lag op werk en inkomen en een casus die kenmerkend is voor het werkgebied van Indebuurt033. Voor het opstellen van twee fictieve casussen die kenmerkend zijn voor het werkgebied van de wijkteams is gebruik gemaakt van bestaande casusbeschrijvingen in de Amersfoortse Monitor Sociaal Domein. De vier fictieve casussen zijn dus gebaseerd op de Amersfoortse situatie.

Als basis voor de casuïstiek zijn de acht leefgebieden uit het analysekader gebruikt.

Onderstaand overzicht geeft een indruk van de indeling in leefgebieden en problematieken, die gebruikt is om tot een zo breed mogelijk bereik van de casussen te komen. De eerste regel betreffen de leefgebieden, de tweede regel zijn de criteria.

Lichamelijke gezondheid	Geestelijke gezondheid	Ouderschap & opvoeding	Financiën	Participatie en dagbesteding	Sociaal netwerk	Huisvesting	Huiselijke relaties
Ziekte; fysieke beperkingen	GGZ; gedragsproblemen; middelengebruik	Opvoedproblematiek	Armoede, schulden	Werkloosheid; Gebrek aan dagbesteding	Sociale steun-structuur; mantelzorg	Ongeschikte of ontbreken van (vaste) huisvesting	Huiselijk geweld

Daarnaast zijn de dimensies en centrale begrippen van ‘eigen kracht’, zoals opgenomen in het analysekader, gebruikt bij de beschrijving van de casussen. De casusbeschrijvingen waarin dit heeft geresulteerd, zijn opgenomen in hoofdstuk 4.

Elke fictieve casusbeschrijving is eerst schriftelijk voorgelegd aan en vervolgens telefonisch doorgesproken met vier stakeholders¹¹: een cliëntvertegenwoordiger (van één van de advies/cliëntenraden die er in Amersfoort zijn), iemand die in de toegang werkt (afdeling WIZ, wijkteams, Indebuurt033) en relevante eerste- en tweedelijns hulpverleners (zoals de GGZ, gezinsbegeleiding, praktijkondersteuner huisarts, wijkverpleegkundige). Aan de respondenten is gevraagd welke hulpvragen zij in de betreffende casus identificeren, of en hoe zij bepaalde uitingsvormen van ‘eigen kracht’ waarnemen, welke krachten en belemmeringen zij in de verschillende dimensies uit het analysekader zien en wat volgens hen qua aanpak nodig is. Op die manier is op casusniveau inzicht verkregen in de conceptuele invulling van het begrip ‘eigen kracht’.

Hoewel ernaar is gestreefd met de casussen een breed palet aan doelgroepen en problematieken af te dekken, was het streven niet representativiteit. Dat was binnen de scope van het onderzoek niet mogelijk en ook niet nodig, de casussen dienden immers vooral als aanleiding voor het gesprek. Een overzicht van de respondenten is opgenomen in bijlage 2. De inhoud van het casuonderzoek is afgestemd via de gespreksverslagen, die geaccordeerd zijn door de respondenten.

Het werven van respondenten voor het casuonderzoek verliep moeizaam. Via de gemeente zijn contactgegevens ontvangen van relevante organisaties in het veld. Die zijn vervolgens telefonisch en per e-mail benaderd. Bij een aantal van deze organisaties verliep het aanwijzen van een contactpersoon voor het onderzoek en het maken van afspraken over deelname voorspoedig. Bij de meeste organisaties waren echter veel contactpogingen nodig alvorens bij de juiste personen terecht te komen en met name het betrekken van huisartsen bij het onderzoek noopte tot het zoeken naar creatieve oplossingen. Ook het betrekken van de cliëntenraden verliep niet eenvoudig, zij gaven aan te kampen met beperkingen in capaciteit. Eén en ander leidde tot vertraging in het onderzoek. Uiteindelijk is het echter, zeker ook dankzij de inspanningen en commitment van contactpersonen in het veld, gelukt om alle gewenste perspectieven in het casuonderzoek te betrekken.

Fase 3: groepsgesprek

De uitkomsten van fase 1 en 2 gaven samen een duidelijk beeld van hoe ‘eigen kracht’ door de verschillende stakeholders wordt geïnterpreteerd. Dit vormde de input voor een groepsgesprek. In dit gesprek is ingegaan op een aantal bevindingen over de invulling van “eigen kracht”, die duiden op mogelijke risico’s voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning. In het groepsgesprek is besproken in hoeverre hier sprake is van reële risico’s voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning, welke maatregelen genomen worden om die risico’s te beheersen en welke maatregelen eventueel aanvullend nodig zijn. Een overzicht van de deelnemers aan het groepsgesprek is opgenomen in bijlage 2. Zij hebben allen akkoord gegeven op het verslag van het groepsgesprek.

¹¹ Eén vragenlijst en gespreksverslag kon uiteindelijk niet gebruikt worden omdat pas tijdens de uitvoering bleek dat deze respondent zelf, hoewel werkzaam bij een instelling die in Amersfoort actief is, niet bekend was met de actuele situatie in Amersfoort. Eén respondent stemde na afloop van het interview niet in met gebruik van het verslag omdat deze persoon zich niet in de gehanteerde methodiek kon vinden. Uiteindelijk zijn dus de resultaten van 14 vragenlijsten en gesprekken gebruikt.

Fase 4: analyse en rapportage

In de analysefase zijn de resultaten van de eerdere fasen naast elkaar gelegd om te komen tot beantwoording van de onderzoeksvragen. Het conceptrapport (exclusief het laatste hoofdstuk) is voor een controle op de feiten voor technisch wederhoor aangeboden bij de respondenten van de betrokken organisaties (twee weken). Hierna is vervolgens het laatste hoofdstuk opgesteld.

1.7 Leeswijzer

De beschrijving in het rapport volgt de volgorde van de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe de gemeente het begrip ‘eigen kracht’ beleidsmatig invult. De uitwerking daarvan in het proces en instrumentarium voor de toegang tot zorg en ondersteuning, is weergegeven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 bevat de uitkomsten van het casuonderzoek en laat zien hoe stakeholders in de uitvoering het begrip “eigen kracht” invullen. Hoofdstuk 5 geeft tot slot de antwoorden op de onderzoeksvragen en de aanbevelingen waartoe de rekenkamer naar aanleiding van dit onderzoek is gekomen.

In de structuur van de hoofdstukken 2, 3 en 4 komt het analysekader terug. De verschillende clusters worden in aparte paragrafen/alinea's belicht; daarbinnen komen de afzonderlijke onderdelen aan bod.

HOOFDSTUK 2 BELEIDSMATIGE INVULLING VAN ‘EIGEN KRACHT’

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk laat zien hoe de gemeente Amersfoort het begrip ‘eigen kracht’ beleidsmatig invult (onderzoeksvraag 1a). Langs de lijn van het analysekader wordt beschreven welke leefgebieden in het beleid aandacht krijgen (2.3; cluster 1 uit het analysekader), hoe aandacht wordt besteed aan de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont (2.4; cluster 2 uit het analysekader), of er oog is voor zelfregulatie als mechanisme waarmee ‘eigen kracht’ wordt aangewend (2.5; cluster 3 uit het analysekader) en wat de gemeente verstaat onder de verschillende uitingsvormen van ‘eigen kracht’ (2.6; cluster 4 uit het analysekader). Daaraan voorafgaand wordt kort beschreven welke plaats het concept ‘eigen kracht’ inneemt binnen het gemeentelijke denken over het sociaal domein (2.2). Aan het eind van het hoofdstuk worden de bevindingen kort samengevat.

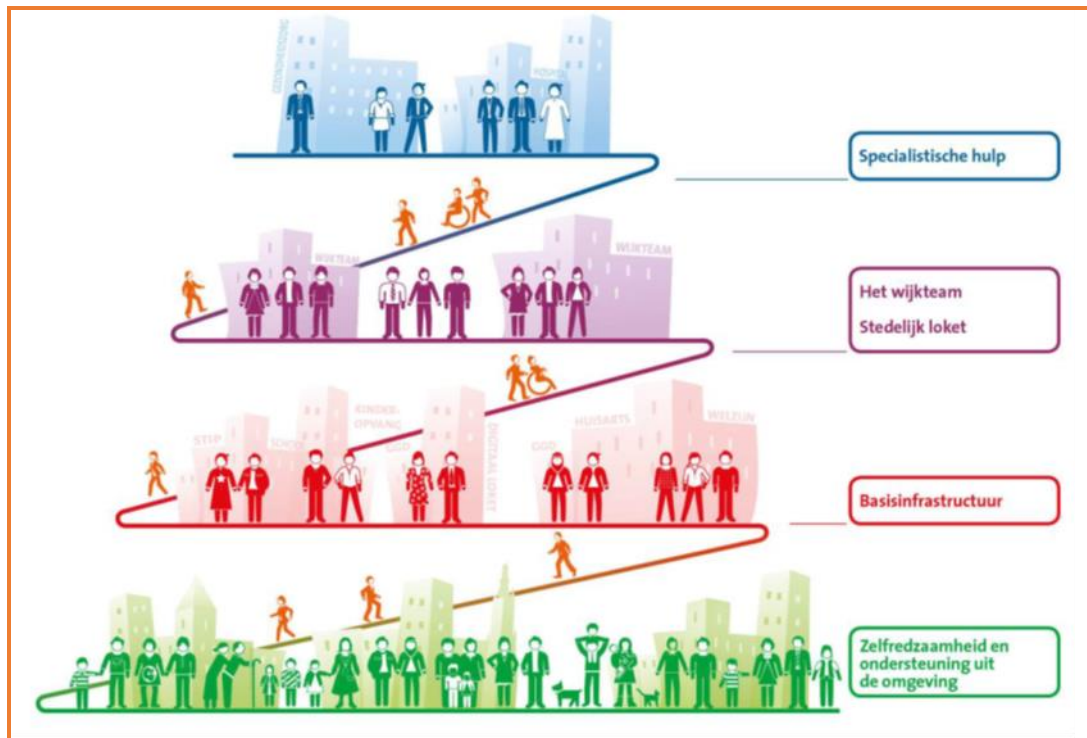
Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk centraal staat (1a) zijn de belangrijkste, kaderstellende stukken met betrekking tot het sociaal domein doorgenomen. Het betreft onder andere het Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018 en beleidskaders op deelgebieden zoals gezondheid, huiselijk geweld, minimabeleid, opvang en bescherming, jeugd, wijkteams en de sociale basisinfrastructuur.

Niet al deze stukken bieden zicht op de invulling van het concept ‘eigen kracht’; ze zijn daarom ook niet allemaal terug te vinden in de voetnoten. Ze zijn wel opgenomen in het overzicht met gebruikte documenten in bijlage 1. Naast de informatie uit deze documenten wordt in dit hoofdstuk ook gebruik gemaakt van gehouden interviews met een aantal (beleids)verantwoordelijken binnen de ambtelijke organisatie en het college (zie figuur 1).

2.2 ‘Eigen kracht’ binnen het denken over het sociaal domein

Voorafgaand aan de gedetailleerde beschrijving van de invulling van het begrip ‘eigen kracht’, is het belangrijk om te schetsen hoe in Amersfoort beleidsmatig naar zorg en ondersteuning in het sociaal domein wordt gekeken en welke plaats ‘eigen kracht’ daarbij krijgt. Centraal in vrijwel alle beleidsstukken staat de ‘piramide’ (zie volgende pagina).¹²

¹² Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018.



Figuur 1 Piramide sociaal domein gemeente Amersfoort

In de basis van de piramide zorgen mensen voor zichzelf en elkaar: hier is sprake van zelfredzaamheid en samenredzaamheid, er zijn geen zorg- en ondersteuningsvragen aan de gemeente. Een trede hoger, in de basisinfrastructuur, is dat wel het geval. Hier bevinden zich plekken waar mensen laagdrempelig ondersteuning kunnen krijgen; denk aan scholen, kinderopvang, ontmoetingscentra, huisartsen en Indebuurt033. In deze onderste twee lagen van de piramide hebben mantelzorgers en vrijwilligers een belangrijke rol. Lukt het niet om ondersteuningsvragen daar op te lossen, dan wordt een trede hoger naar (meer) maatwerkoplossingen gezocht. De wijkteams en de afdeling WIZ vormen daarvoor de toegang; zij kijken in eerste instantie wat zij zelf kunnen betekenen. Is meer nodig, dan kunnen zij doorverwijzen naar specialistische hulp. De verwijspatronen kunnen ook van zwaar(der) naar licht verlopen en ook horizontaal (van wijkteam naar WIZ en andersom) en/of in samenwerking tussen partners.

‘Eigen kracht’ is een begrip dat door de hele piramide heen speelt. De nadruk op ‘eigen kracht’ betekent dat Amersfoorters met plannen en initiatieven de ruimte krijgen, dat het niet perse de professionals zijn die problemen oplossen en dat de regie zoveel mogelijk bij inwoners zelf ligt. De gemeente gaat uit van een samenleving waarin veel ‘eigen kracht’ aanwezig is (de brede basis); maar biedt ook een vangnet voor mensen bij wie die kracht (tijdelijk) ontbreekt.¹³

2.3 Cluster I: leefgebieden

In het Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018 (het belangrijkste kaderstellende stuk voor het sociaal domein) en in de Amersfoortse Monitor Sociaal Domein (het belangrijkste verantwoordingsdocument daarover) komen alle voor ‘eigen

- Leefgebieden eigen kracht:
- Lichamelijke gezondheid
 - Geestelijke gezondheid
 - Maatschappelijke participatie
 - Dagbesteding
 - Huisvesting
 - Financiën
 - Ouderschap en opvoeding
 - Sociaal netwerk
 - Huiselijke relaties

¹³ Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018.

kracht' relevante leefgebieden terug. Het Meerjarig beleidskader noemt ze als onderdeel van de deskundigheid die in de tweede trede van boven van de piramide moet kunnen worden aangeboden; de lokale Monitor Sociaal Domein bevat informatie over de zorg en ondersteuning die de gemeente op de verschillende leefgebieden biedt.¹⁴ Ook in het Uitvoeringsprogramma Transformatie sociaal domein 2018 passeren alle relevante leefgebieden de revue.

Kaderstellende stukken op deelterreinen leggen de focus bij de leefgebieden die voor dat deelterrein relevant zijn, maar leggen daarbij ook de verbinding tussen relevante domeinen. Met name in de volgende stukken is dit terug te zien:

- De Regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling noemt een aantal factoren die samenhangen met huiselijk geweld en waarmee dus bij het opstellen van een aanpak rekening gehouden moet worden: verstandelijke beperking, verslaving, psychische problemen, schulden, overbelasting van mantelzorgers en sociaal isolement¹⁵
- De Beleidsnota Gezondheid benadrukt dat gezondheid van invloed is op alle leefgebieden en dat gezondheidsbevordering daarom ook voor al die domeinen oog moet hebben.¹⁶

In andere kaderstellende stukken op deelterreinen wordt deze verbinding niet of veel minder gelegd.

Er is dus aandacht voor alle leefgebieden die relevant zijn voor (en dus onderdeel zijn van) 'eigen kracht', zij het niet op alle deelterreinen even expliciet. Betekent dat ook dat in de toegang tot zorg en ondersteuning naar al deze gebieden gekeken wordt en dat bij zorg en ondersteuning - en de voorwaarden daarvoor - rekening wordt gehouden met beperkingen op al deze leefgebieden? De beleidskaders bevatten een aantal uitgangspunten die hier betrekking op hebben:

- Het aanbod aan zorg en ondersteuning is duidelijk gericht op het ondervangen van beperkingen op al deze leefgebieden, zo blijkt uit de vormen van zorg en ondersteuning en de disciplines die in het beleidskader en de lokale monitor sociaal domein genoemd worden. Het beleidskader stelt nadrukkelijk: "Er moet altijd ondersteuning zijn voor mensen die het nodig hebben".
- De gemeente is zich ervan bewust dat niet iedereen vanzelf de weg naar zorg en ondersteuning zal vinden. Eén van de doelstellingen van Indebuurt033 is daarom: ervoor zorgen dat inwoners hun weg kunnen vinden naar zorg en ondersteuning.¹⁷ In het Meerjarig beleidskader sociaal domein is daarnaast aandacht voor cliëntondersteuning, actieve signalering door professionals en bemoeizorg.¹⁸

Hoe dit precies vorm krijgt in de toegang tot zorg en ondersteuning komt aan bod in hoofdstuk 3.

¹⁴ Amersfoortse Monitor Sociaal Domein 2016.

¹⁵ Regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling Utrecht.

¹⁶ Beleidsnota Gezondheid 2017-2022 & uitvoeringskader.

¹⁷ Subsidieregeling #InDeBuurt.

¹⁸ Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018.

2.4 Cluster II: de dimensies waarop 'eigen kracht' zich toont

Binnen 'eigen kracht' kunnen verschillende dimensies worden onderscheiden, die elk bijdragen aan iemands 'eigen kracht' en daarom ook onderdeel vormen van het analysekader: dimensies die betrekking hebben op competenties, motivatie en sociaal netwerk. Verreweg de meeste aandacht gaat in het Amersfoortse beleid uit naar de sociale dimensie: het sociale netwerk van mensen als factor die van invloed is op hun 'eigen kracht'. Voor de andere twee dimensies is in de beleidskaders minder aandacht. In tegenstelling tot de sociale dimensie gaat het daarbij om individuele kenmerken: wat iemand kan en weet (competentionele dimensie) en psychologische eigenschappen die van invloed zijn op wat iemand doet (motivationale dimensie).

Competentionele dimensie

Er is op bepaalde plekken aandacht voor de noodzaak om inwoners (extra) te ondersteunen als zij de competenties missen om zichzelf te redden. In dat kader wordt bijvoorbeeld cliëntondersteuning genoemd.¹⁹ Ook is de gemeente zich bewust van het spanningsveld dat er bestaat tussen enerzijds mensen aanspreken op wat zij zelf kunnen doen en anderzijds de grenzen aan dat 'kunnen'.²⁰ Dit doet zich bijvoorbeeld voor bij cliënten met een beperking, in het kader van de Participatiewet. Dit is een nieuwe groep voor de gemeente. Het is voor het team Arbeidsintegratie van WIZ een stuk moeilijker bij deze groep te bepalen wat het hoogst haalbare is, dan bij de groep waarmee men voor 2015 al bekend was.²¹

Competentionele dimensie:

- Wat iemand kan (vaardigheden, competenties, talenten)
- Wat iemand weet en kent (kennis en ervaringen)

Motivationale dimensie

Het belang van motivatie wordt alleen genoemd in de Regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling. Daarin is met zoveel woorden te lezen dat motivatie belangrijk is voor de effectiviteit van trajecten.²² Dat wil niet zeggen dat het belang ervan niet wordt onderkend binnen de gemeente; het versterken van de intrinsieke motivatie en het versterken van het vertrouwen in het eigen kunnen zijn bijvoorbeeld twee van de tien centrale gedragsprincipes waarmee het team Arbeidsintegratie werkt.²³

Motivationale dimensie:

- Zelfvertrouwen
- Geloof in eigen kunnen en effectiviteit van eigen handelen (self-efficacy)
- Motivatie
- Zingeving
- Perceptie van controle over factoren die het leven beïnvloeden (locus of control)

Sociale dimensie

Het sociale netwerk wordt nadrukkelijk gezien als een plek waarin ondersteuningsvragen kunnen worden opgevangen. In de basis van de piramide zorgen mensen voor zichzelf en voor elkaar (zelf- en samenredzaamheid) en worden ontmoeting en eigen initiatieven gestimuleerd: "Mantelzorgers, vrijwilligers en de maatschappelijke partners daaromheen – ook wel aangeduid met de term civil society – vormen in 2016 met elkaar de sociale basisinfrastructuur. Die is het fundament van het sociaal domein. Dáár komen mensen met hun problemen, daar zoeken en vinden ze in veel

Sociale dimensie:

Het sociaal netwerk van mensen: partners, kinderen, familie, vrienden, burens, vrienden en kennissen; sociale netwerken in wijken en buurten.

¹⁹ Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018.

²⁰ Raadsvoorstel Visie en uitgangspunten voor de beweging in het sociaal domein, 2013, en interview met afdelingsmanager Werk, Inkomen en Zorg.

²¹ Interview met teammanager Arbeidsintegratie.

²² Regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling Utrecht.

²³ Interview met teammanager arbeidsintegratie.

gevallen de oplossing, daar vinden mensen mogelijkheden om hun sociale energie in vrijwilligerswerk om te zetten en daar starten ook allerlei initiatieven die inspelen op (nieuwe) behoeften.”²⁴ De wethouder Wmo en jeugdzorg²⁵ wijst erop dat ‘eigen kracht’ niet alleen gaat over waar iemand zélf toe in staat is, maar ook over waar de mensen om diegene heen toe in staat zijn.²⁶

Het Meerjarig beleidskader sociaal domein legt de nadruk vooral op hoe de sociale dimensie inwoners in staat stelt hun eigen verantwoordelijkheid te nemen, dus: hen in staat stelt hun eigen kracht in te zetten. De Regiovisie Huiselijk geweld legt de nadruk op de betekenis van de sociale dimensie voor de effectiviteit van hulp, oftewel: op de manier waarop de sociale dimensie een voorwaarde is voor het benutten van eigen kracht: “De sociale steunstructuur, de sociale omgeving, vormt in de aanpak een belangrijke factor. [...] Als die omgeving zelf veilig en krachtig is (of is gemaakt), kan die een grote bijdrage leveren aan het creëren van duurzame veiligheid en hernieuwde ontwikkelingskansen voor alle betrokkenen. Om die reden wordt in deze visie ook sterk gestuurd op het professioneel ondersteunen, versterken en indien nodig opbouwen van de sociale omgeving van betrokkenen.”²⁷

De gemeente is zich ook bewust van de grenzen van de sociale dimensie: “In de sociale basisinfrastructuur kan veel, maar niet alles. Er zijn immers grenzen aan de zelfredzaamheid en samenredzaamheid van inwoners. Veel mantelzorgers ervaren overbelasting. Ook vrijwilligers kunnen zich overvraagd voelen. Een deel van de problematiek bij inwoners, in gezinnen en huishoudens vraagt om een zwaardere aanpak. Als er in de sociale basisinfrastructuur geen oplossing is, kunnen Amersfoorters in hun eigen wijk een beroep doen op een wijkteam.”²⁸ Ondertussen werkt de gemeente wel aan de versterking van de sociale basisinfrastructuur: een belangrijk deel van de opdracht aan Indebuurt033 is het versterken van samenredzaamheid en sociale leefbaarheid.²⁹

2.5 Cluster III: zelfregulatie

Zelfregulatie is het mechanisme waarmee ‘eigen kracht’ kan worden aangeboord. Het is belangrijk dit mechanisme te onderkennen, omdat het betekent dat ‘eigen kracht’ niet vanzelf wordt

ingezet. Het aanwenden van ‘eigen kracht’ vereist op zichzelf óók weer bepaalde krachten, namelijk: intelligentie, talent, goede bedoelingen en zelfreflectie. Dit wordt echter in geen enkel beleidsstuk onderkend. In de interviews die in de eerste fase van het onderzoek zijn gevoerd is het wel ter sprake gekomen. Een aantal respondenten gaf aan dat ‘eigen kracht’ niet alleen gaat over het simpele ‘je kunnen redden’ op de verschillende leefgebieden, maar dat voor ‘eigen kracht’ ook bepaalde cognitieve en psychologische factoren nodig zijn, die maken dat iemand tot meer in staat is dan alleen dat basale niveau.³⁰

Zelfregulatie:

Vermogen om problemen op te lossen door eigen gedrag te veranderen en aan te passen aan veranderende omstandigheden.

²⁴ Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018, p.7.

²⁵ Portefeuilleverdeling periode 2014-2018.

²⁶ Interview met wethouders Wmo en jeugdzorg en Werk en inkomen.

²⁷ Regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling Utrecht, p. 12.

²⁸ Meerjarig beleidskader sociaal domein, p.7.

²⁹ Subsidieregeling #InDeBuurt.

³⁰ Interviews met teammanager Arbeidsintegratie, verantwoordelijk wethouders en afdelingsmanager Werk, Inkomen en Zorg.

2.6 Cluster IV: uitingsvormen van ‘eigen kracht’

In het analysekader is niet alleen opgenomen waar ‘eigen kracht’ uit bestaat en wat er voorwaarden voor zijn; er zijn ook verschillende uitingsvormen van ‘eigen kracht’ in onderscheiden: kenmerken/gedragingen van mensen waaruit blijkt dat ze beschikken over eigen kracht en die ook aan kunnen wenden. Deze uitingsvormen zijn: het feit dat iemand zelfredzaam is, zelf regie voert, eigen verantwoordelijkheid neemt en zichzelf ontplooit/participeert.

In het onderzoek is nagegaan hoe de gemeente tegen deze uitingsvormen aankijkt. Worden ze gezien als uitingsvormen van ‘eigen kracht’, waar dus niet zonder meer een beroep op kan worden gedaan als sprake is van beperkingen op één of meerdere van de hierboven genoemde dimensies? Dat is lang niet altijd in het beleid terug te vinden; daarom wordt in onderstaande beschrijving ook gebruik gemaakt van informatie uit de gevoerde interviews.

Zelfredzaamheid

Met zorg en ondersteuning wil de gemeente bijdragen aan de zelfredzaamheid van mensen. Dit is een centraal uitgangspunt in het Meerjarig beleidskader sociaal domein en in andere relevante documenten.³¹ Vaak wordt echter

nauwelijks uitgelegd wat de gemeente met dat begrip bedoelt. Het Meerjarig beleidskader sociaal domein spreekt bijvoorbeeld slechts van ‘wat iemand zelf kan’.

Zelfredzaamheid:

Het lichamelijke, verstandelijke, geestelijke en financiële vermogen om zelf voorzieningen te treffen die deelname aan het maatschappelijke verkeer mogelijk maken.

Een meer uitgewerkte opvatting staat in het concept Regionaal beleidskader voor opvang en beschermd wonen. Dat neemt de definitie uit de Wmo 2015 over (‘in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden’) en heeft het ook over ‘zich zelfstandig in de samenleving kunnen handhaven’. Dit wordt als volgt ingevuld:

- zelf kunnen voorzien in de noodzakelijke bestaansvoorwaarden;
- vermogen algemene levensverrichtingen zelfstandig uit te voeren;
- zelf organiseren of vragen van hulp als dat nodig is.³²

Daarmee omschrijft dit beleidsstuk nauwkeurig welke ‘eigen kracht’ voorondersteld wordt als het over zelfredzaamheid gaat, althans voor dit specifieke aandachtsgebied, en waarvan zelfredzaamheid dus een uitingsvorm is.

³¹ Zoals het beleidskader Opvang en Bescherming en het Uitvoeringsprogramma transformatie sociaal domein.

³² *Moed Moet*. Beleidskader Opvang en Bescherming 2018-2020 (Concept 4).

Zelfregie

Dat mensen zelf de regie en de coördinatie over hun leven en over eventuele zorg en ondersteuning voeren, is een ander centraal uitgangspunt van het

Zelfregie:

De capaciteit om in de praktijk het eigen leven te organiseren en coördineren.

beleid. Het Meerjarig beleidskader sociaal domein schrijft daarover: “In 2016 is en blijft de Amersfoorter eigenaar van zijn eigen probleem en van de oplossingen die daarvoor worden ingezet. Hij voert de regie, tenzij dat echt niet kan of zelfs averechts werkt. Dat de inwoner zelf in het hele sociaal domein de hoofdrol speelt, betekent dat hij zo mogelijk ook de regie houdt als hij professionele zorg en ondersteuning krijgt. In complexe situaties wordt daarbij het sociale netwerk betrokken, bijvoorbeeld de mantelzorger. Er zijn ook instellingen die inwoners helpen regie te voeren. Zo nodig helpen professionals bij het voeren van regie.”³³ De Regiovisie Huiselijk geweld en kindermishandeling plaatst daar wel een belangrijke kanttekening bij: bij de aanpak van huiselijk geweld staat veiligheid voorop en dat kan ten koste gaan van de keuzevrijheid. In de aanpak van huiselijk geweld wordt namelijk waar nodig gebruik gemaakt van drang en dwang.³⁴

In de interviews is het belang van zelfregie door alle gesprekspartners onderstreept. Mensen moeten de mogelijkheid krijgen om zelf de richting te bepalen; de cliënt is ‘in the lead’. Het sociale netwerk kan daarbij ondersteunen.³⁵ Dat vereist wel een zekere stabiliteit in de situatie: als de problemen iemand boven het hoofd zijn gegroeid, is het zaak om daar eerst iets aan te doen.³⁶ Het voeren van zelfregie kan veel van mensen vragen, zeker als het niet alleen gaat over de richting van de ondersteuning, maar over het hele pakket, inclusief budget, zoals bij een persoonsgebonden budget.³⁷

Hoewel het leggen van de regie bij de cliënt een basisuitgangspunt is in de werkwijze van professionals, blijkt uit dit rekenkameronderzoek dat ook wordt erkend dat zelfregie een zekere mate van ‘eigen kracht’ vereist, en dat mensen die niet over voldoende ‘eigen kracht’ beschikken, hulp nodig hebben om zelf regie te kunnen voeren.

Eigen verantwoordelijkheid

In het beleid wordt regelmatig verwezen naar eigen verantwoordelijkheid: “Professionele hulp komt nooit in de plaats van de eigen verantwoordelijkheid van mensen.” stelt het Meerjarig beleidskader

Eigen verantwoordelijkheid:

Het zelf dragen van verantwoordelijkheid; ook wel de ‘taak’ van de burger om op eigen kracht te kunnen functioneren.

sociaal domein, zonder verder uit te leggen wat daarmee wordt bedoeld.³⁸ Dat is in een eerder stadium wel door de gemeente op schrift gesteld. In de uitgangspunten voor de beoogde transformatie van het sociaal domein is het volgende gesteld: “De eigen verantwoordelijkheid van onze inwoners komt meer centraal te staan. [...] Wij doen een beroep op de inzet van de eigen mogelijkheden van mensen. En we vinden dat we van een hulpbehoefte niet meteen een onnodig ingewikkeld probleem moeten maken, dat door professionals moet worden opgelost. We blijven wel zorgen voor een vangnet voor wie ondersteuning nodig heeft, en we maken van het vangnet zoveel mogelijk een springplank

³³ Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018, p. 9.

³⁴ Bij het technisch wederhoor heeft de gemeente aangegeven dat in alle beleidsstukken Sociaal Domein het borgen van veiligheid één van de leidende principes is.

³⁵ Interviews met teammanager Arbeidsintegratie, afdelingsmanager Werk Inkomen en Zorg, manager en beleidsregisseur Sociaal Domein, manager Indebuurt033.

³⁶ Interview met manager Indebuurt033.

³⁷ Interview met wethouders Wmo en jeugdzorg en Werk en inkomen.

³⁸ Meerjarig beleidskader sociaal domein 2015-2018, p. 28.

naar zelfredzaamheid en volwaardige participatie in de samenleving.”³⁹ Hier wordt nadrukkelijk het verband gelegd tussen de visie op ‘eigen kracht’ en het begrip ‘eigen verantwoordelijkheid’. Maar wat nu precies van inwoners wordt verwacht als het gaat om het nemen van eigen verantwoordelijkheid en waar daarbij de grenzen liggen, wordt niet uitgewerkt. De gemeente geeft aan dat dit valt onder maatwerk.

Een manier om meer zicht te krijgen op de invulling van het concept ‘eigen verantwoordelijkheid’, is door te kijken naar de voorwaarden die de gemeente stelt voor zorg en ondersteuning en hoe de gemeente deze handhaaft.

Wettelijke voorwaarden zijn met name aan de orde bij de uitvoering van de Participatiewet. Daar is handhaving van de gemaakte afspraken het uitgangspunt, dat ook wettelijk is verankerd. Bij de afdeling WIZ, team Arbeidsintegratie, is men zich er echter van bewust dat het lang niet altijd onwil is, maar dat achter gebrekkige naleving van regels en afspraken een scala aan redenen kan liggen, waardoor cliënten niet in staat zijn aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Uitvoerders worden getraind om daar bij het maken van afspraken en handhaven van regels, goed naar te kijken. De afdeling WIZ schrijft daar zelf over: “Laat bij twijfel het recht overhellen naar het recht van de zwakste.”⁴⁰ In dit kader werkt de gemeente ook met trainingen in morele oordeelsvorming voor zowel klantmanagers als wijkteammedewerkers, om deze uitvoerders te laten ontdekken welke ruimte ze kunnen nemen voor maatwerk.⁴¹

Het kunnen nemen van eigen verantwoordelijkheid vereist een bepaalde mate van ‘eigen kracht’. Respondenten wijzen erop dat iemands cognitieve vermogen (wat iemand weet/kent en kan begrijpen) daarop van invloed is, evenals bijvoorbeeld psychische en verslavingsproblematiek. Die kunnen zelfinzicht in de weg staan en zo het nemen van eigen verantwoordelijkheid belemmeren.⁴² Hier wordt dus een relatie gelegd tussen de cognitieve dimensie, het vermogen tot zelfregulatie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid. De wethouder Wmo en Jeugdzorg benadrukt dat de toegang tot zorg en ondersteuning dan ook niet gebaseerd moet zijn (en dat ook niet is in Amersfoort) op het uitgangspunt van ‘eigen kracht’. Het uitgangspunt van de toegang moet zijn: het bieden van maatwerk. Daarbinnen past het dat mensen worden ondersteund in het ontdekken en ontwikkelen van hun ‘eigen kracht’.⁴³

Participatie/zelfontplooiing

Van de vier uitingsvormen van ‘eigen kracht’ die in deze paragraaf de revue passeren, wordt deze het meest genoemd. Daarbij wordt het begrip participatie veelal beperkt tot het (al dan niet via werk) deelnemen aan de maatschappij.

Participatie/zelfontplooiing:
De capaciteit om keuzes te maken die passen bij de eigen waarden, levensovertuigingen, talenten en capaciteiten.

De daaronder liggende capaciteit om die participatie en zelfontplooiing aan te laten sluiten bij de eigen voorkeuren en talenten, krijgt in het beleid veel minder aandacht⁴⁴. Toch is de

³⁹ Raadsvoorstel Visie en uitgangspunten voor de beweging in het sociaal domein, 14 mei 2013, p. 2/3.

⁴⁰ *Zo maken we het verschil. Werk inkomen en zorg dat zijn wij*, p.8.

⁴¹ Interviews met wethouders Wmo en jeugdzorg en Werk en inkomen, afdelingsmanager Werk Inkomen en Zorg, en manager en beleidsregisseur Sociaal Domein.

⁴² Interview met teammanager Arbeidsintegratie.

⁴³ Interview met wethouders Wmo en jeugdzorg en Werk en inkomen.

⁴⁴ Bij het technisch wederhoor op dit rekenkamerrapport is door de gemeente aangevuld dat de onderliggend capaciteit wel aandacht krijgt in de praktijk, in de werkprocessen van o.a. de

kern hiervan wel terug te vinden. Zo spreekt het Meerjarig beleidskader sociaal domein over de grote diversiteit onder Amersfoorters en het feit dat zorg en ondersteuning daarbij aan moeten sluiten. Het concept Regionaal beleidskader Opvang en Bescherming plaatst het kunnen inrichten van het eigen leven op basis van eigen waarden en drijfveren in het kader van 'eigen kracht'. Volgens de redenering in dit beleidskader hangt dit samen zelfregie: iemands 'eigen kracht' ondersteunen betekent in dit kader dat je iemand de mogelijkheid geeft om zelf hun leven in te richten op een manier die aansluit bij de eigen overtuigingen. De geboden hulp moet dat vermogen van mensen ondersteunen.⁴⁵

2.7 Samengevat

De rekenkamer heeft onderzocht hoe de gemeente *in het beleid* het concept 'eigen kracht' invult. Dat vereist een reconstructie van de aandacht die de afzonderlijke onderdelen van het begrip in verschillende beleidsstukken krijgt; het begrip is niet op één plek goed en volledig uitgewerkt en de aandacht is sterk gefragmenteerd. Langs het analysekader gelegd, laat deze invulling het volgende zien:

- Alle relevante leefgebieden worden meegenomen in het denken over 'eigen kracht'.
- De gemeente legt veel nadruk op de sociale dimensie en heeft veel minder aandacht voor de competentie en de motivationele dimensie. In andere woorden: het beleid zet vooral in op het versterken van 'eigen kracht' via het versterken van de sociale omgeving waarin mensen elkaar kunnen helpen. Er is minder aandacht voor andere factoren die 'eigen kracht' bepalen: wat mensen kunnen en weten, wat mensen willen en waar ze zichzelf toe in staat achten.
- Er is geen aandacht voor het mechanisme van zelfregulatie, dat een voorwaarde is voor het aanboren van 'eigen kracht'. Het beleid laat niet zien dat de gemeente zich bewust is van het belang van dit mechanisme en hoe daar in de praktijk mee moet worden omgegaan.
- Het belang dat de gemeente hecht aan 'eigen kracht' (met name aan zelfregie en eigen verantwoordelijkheid) bij de toegang tot zorg en ondersteuning, veroorzaakt een belangrijk spanningsveld. Enerzijds gaat het om een groep inwoners die te maken heeft met beperkingen in 'eigen kracht' en die ondersteuning nodig heeft. Anderzijds wordt bij het geven van die ondersteuning een beroep gedaan op 'eigen kracht'. Immers: cliënten worden geacht zelf regie te voeren en eigen verantwoordelijkheid te nemen en dat veronderstelt een bepaalde mate van 'eigen kracht'.

De gemeente wil via de inzet van zorg en ondersteuning twee andere uitingsvormen van 'eigen kracht' ondersteunen, namelijk zelfredzaamheid en participatie.

wijkteams en WIZ. De gemeente geeft aan dat maatwerk impliceert aansluiten op de eigen waarden, levensovertuigingen, talenten en capaciteiten en er is in de gemeente geen sprake van gedwongen tegenprestatie, maar van aansluiten bij de voorkeuren en intrinsieke motivatie. De rekenkamer voegt deze aanvulling voor de volledigheid toe in deze voetnoot. Niet in de tekst zelf omdat dit hoofdstuk over het beleid gaat, in hoofdstuk 3 komt de praktijk aan de orde alwaar dit ook aan de orde komt.

⁴⁵ Beleidskader Opvang en Bescherming 2018-2020 (Concept 4), p. 15.

HOOFDSTUK 3 DE TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop de toegang tot zorg en ondersteuning in het Amersfoortse sociaal domein vorm krijgt (onderzoeksvragen 1b en 1c). Naar dit specifieke onderwerp deed de rekenkamer al eerder onderzoek.⁴⁶ Het onderliggende onderzoek heeft echter heel specifiek gekeken naar hoe binnen die ‘toegang’ het concept ‘eigen kracht’, zoals in het vorige hoofdstuk beschreven op basis van het beleid, verder wordt ingevuld. Dat gebeurt door middel van eisen die de gemeente stelt aan uitvoerders, door middel van verordeningen, inkoop- en subsidiekaders en daarnaast door middel van de instrumenten die uitvoerders zelf gebruiken. Dit hoofdstuk is in twee delen opgesplitst: het eerste deel beschrijft de toegangswegen richting zorg en ondersteuning; het tweede deel gaat in op de wijze waarop in die toegang het concept ‘eigen kracht’ invulling krijgt; daarin wordt ook weer het analysekader als structuur gebruikt. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de deskstudie en enkele interviews. Het geeft daarom een beeld van de invulling van het concept ‘eigen kracht’ in de opzet van de toegang.

3.2 De toegangswegen naar zorg en ondersteuning

Er zijn in Amersfoort verschillende wegen naar zorg en ondersteuning op basis van de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet. Deze zijn afhankelijk van de aard en ernst van de vraag en van de mate waarin iemand in staat is die vraag zelf te formuleren en te stellen. De toegangsvormen zijn gesitueerd in de middelste twee lagen van de piramide die aan het begin van hoofdstuk 2 is opgenomen:

- In de basisinfrastructuur vervult Indebuurt033 een centrale rol in de toegang:
 - Verspreid over de stad zijn er vier informatiewinkels waar inwoners dagelijks binnen kunnen lopen en er zijn acht informatiepunten met een wekelijkse inloop. Inwoners kunnen hier terecht met vragen over zorg, welzijn, wonen en financiën. Medewerkers en vrijwilligers kunnen lichte vormen van hulp en ondersteuning bieden en doorverwijzen naar andere hulp waar nodig.
 - Indebuurt033 organiseert (of ondersteunt in de organisatie van) activiteiten bij diverse wijk- en jongerencentra, buurthuis kamers en ‘buitenkasten’ (plekken waar kinderen samen buiten spelen), waar gelegenheid is voor ontmoeting en waar contact tussen inwoners en professionals over concrete vragen kan plaatsvinden.

De informatiewinkels/punten en ontmoetingsplekken zijn ingedeeld naar wijk en te vinden op de website van Indebuurt033. Deze website, waarnaar wordt doorverwezen vanaf de gemeentelijke website, bevat ook veel informatie over de activiteiten in de wijken en buurten en over de verschillende mogelijkheden voor advies, informatie en ontmoeting.

- In de laag boven de basisinfrastructuur vormen de wijkteams en de gemeentelijke afdeling WIZ de toegang tot zorg en ondersteuning. Amersfoort heeft negen wijkteams, waar mensen terecht kunnen met vragen over zorg en ondersteuning, te bereiken via een centraal telefoonnummer en e-mailadres. De toegang is op afspraak en de meeste

⁴⁶ Rekenkamer Amersfoort (2017) *Effectiviteit en efficiëntie sociale wijkteams Amersfoort*.

wijkteams (op twee na) hebben geen fysieke locatie: afspraken vinden plaats bij mensen thuis of ergens anders. In het eerdere rekenkameronderzoek naar de wijkteams zijn in dit kader aanbevelingen opgenomen met het oog op de toegankelijkheid. Zowel bezoek aan huis als de telefonische intake zouden bij hulpvragers drempels op kunnen werpen om met hun vraag naar het wijkteam te gaan. Bovendien zouden mondige inwoners die goed in staat zijn om hun eigen hulpvraag te formuleren makkelijker toegang tot de wijkteams vinden dan minder mondige burgers.⁴⁷

De toegang tot uitkeringen, financieel vangnet, dagbesteding en re-integratie, en voorzieningen op het gebied van 'wonen, rollen en vervoer'⁴⁸, verloopt via de afdeling WIZ. Het team Arbeidsintegratie voert de Participatiewet uit op het onderdeel re-integratie (toeleiding naar werk en, als dat nog een stap te ver is, naar andere vormen van maatschappelijk participatie). Voor de Wmo voert zij de toeleiding dagbesteding/dagactiviteiten voor volwassenen 67- uit. De minimacoaches binnen het team Arbeidsintegratie worden ingeschakeld als er bij cliënten te weinig 'grip is op eigen leven'. Het team Klantbeheer verzorgt de uitkeringen levensonderhoud, het financieel vangnet (bijzondere bijstand en maatwerkvangnet) en draagt zorg voor de rechtmatigheid." Met team Arbeidsintegratie kan digitaal en telefonisch contact worden opgenomen.

De vormen van zorg en ondersteuning die bereikbaar zijn via de wijkteams, WIZ/Arbeidsintegratie, zijn te vinden op de gemeentelijke website onder respectievelijk het thema 'werk en inkomen' en 'zorg en ondersteuning'. Specifiek voor het vinden van de weg naar de juiste zorg en ondersteuning, bevat de website een 'wegwijzer naar zorg en ondersteuning'. Dit is een tool op de website van de Rijksoverheid, die nuttige informatie bevat. Gebruik van de tool vereist wel dat gebruikers redelijk talig zijn, in staat zijn hun vraag te formuleren en ook handig genoeg zijn met internet om in te stellen dat ze informatie over de gemeente Amersfoort zoeken.⁴⁹

Drempels in de toegang tot zorg en ondersteuning

Niet iedereen weet de weg naar zorg en ondersteuning te vinden. Uit het cliëntervaringsonderzoek dat in 2017 is uitgevoerd onder Wmo-clianten uit 2016, blijkt dat 67% van de ondervraagden wist waar ze terecht konden met hun hulpvraag; de rest (33%) wist dat niet of niet zeker. Van de ondervraagden vond 68% dat ze snel geholpen werden. Beide percentages zijn overigens tussen 2016 en 2017 gestegen en liggen nu redelijk in lijn met het landelijk gemiddelde. Vier van de vijf cliënten wisten niet dat ze gebruik konden maken van onafhankelijke cliëntondersteuning.⁵⁰ Bij de jeugdhulp weten cliënten volgens het uitgevoerde cliëntervaringsonderzoek aanzienlijk beter de weg te vinden.⁵¹ Specifiek over de wijkteams laat het eerdere onderzoek van de Rekenkamer Amersfoort zien dat van de algemene bevolking van Amersfoort 53% wel eens heeft gehoord van het wijkteam en dat zorgvragers vaak via een verwijzing (en dus niet op eigen initiatief) bij het wijkteam terecht gekomen zijn. Volgens de leden van de wijkteams zelf, zoals aangegeven tijdens dat

⁴⁷ Rekenkamer Amersfoort (2017) *Effectiviteit en efficiëntie sociale wijkteams Amersfoort*.

⁴⁸ Hiermee worden voorzieningen bedoeld die mensen ondersteuning om zich in en om de woning te verplaatsen.

⁴⁹ Bij het technisch wederhoor heeft de organisatie tevens gewezen op het bestaan van de sociale kaart Amersfoort en het digitale wijkplatform.

⁵⁰ Cliëntervaringsonderzoek Wmo Amersfoort zoals gepubliceerd op www.waarstaatjegemeente.nl.

⁵¹ Cliëntervaringsonderzoek Jeugdhulp Amersfoort zoals gepubliceerd op www.waarstaatjegemeente.nl.

onderzoek, zou een reden waarom mensen de wijkteams niet goed weten te vinden zijn, dat een duidelijk herkenbaar fysiek punt in de wijk ontbreekt.⁵²

Ook de Adviesraad Sociaal Domein wijst op het probleem dat niet iedereen zelfstandig de weg naar zorg en ondersteuning vindt. De Adviesraad ziet een belangrijke rol voor Indebuurt033 in het koppelen van signalen aan de verschillende toegangsmogelijkheden.⁵³ Daarmee wijzen ze op één van de schakels in de signaleringsstructuur, die de gemeente inzet om inwoners die zorg en ondersteuning nodig hebben, maar niet zelf vragen, op te sporen. Deze signaleringsstructuur betreft een informeel samenwerkingsverband van de gemeente, uitvoerders in de toegang en ketenpartners daar omheen, die zorg- en ondersteuningsvragen signaleren en aan elkaar doorgeven.⁵⁴ De gemeente doet een beroep op partijen in het veld om hulp- en ondersteuningsvragen actief te signaleren en inwoners naar zorg en ondersteuning te begeleiden daar waar zij zelf de weg niet vinden. Daarvoor kijkt de gemeente niet alleen naar de eigen/door de gemeente gefinancierde uitvoerders, maar bijvoorbeeld ook naar woningcorporaties, huisartsen en de Sociale Verzekeringsbank.⁵⁵

De afdeling WIZ zet daarnaast met een eigen plan in op een zo groot mogelijk bereik van de doelgroep. Met name de doelgroep van het financieel vangnet (met een inkomen tot ongeveer 150% van het minimum) wordt onvoldoende bereikt. Door middel van meer gerichte communicatie, het identificeren van drempels in de klantreis en wegnemen daarvan en het identificeren van werkende principes in armoedebestrijding en schuldhulpverlening werkt de afdeling op dit moment aan vergroting van het bereik.⁵⁶ Het team Arbeidsintegratie heeft onderzocht wat er gebeurt met mensen die afzien van bijstand vanwege de voorwaarden die daarvoor gelden. Daaruit zou blijken dat mensen er dan toch zelfstandig in slagen om een inkomen te verwerven.⁵⁷

Kanttelingen bij de signaleringsstructuur

Tijdens de gesprekken die zijn gevoerd in het kader van de onderzochte casussen (de volgende onderzoeksstap, zie hoofdstuk 4) hebben respondenten ook uitspraken gedaan die inzicht bieden in het functioneren van de signaleringsstructuur. Daaruit blijkt dat nog niet alle verwijzers de wijkteams weten te vinden en bekend zijn met hun werkwijze. Dit sluit aan bij de bevindingen van het eerdere rekenkameronderzoek naar de wijkteams.

Na de decentralisatie fungeert het wijkteam als de spil in het sociaal domein en beweegt zich verticaal door de piramide heen. De precieze positie ervan en wat het wijkteam voor partners in het voorliggend veld kan betekenen, is echter niet voor iedereen duidelijk. Respondenten hebben in de interviews die naar aanleiding van de casussen zijn gevoerd verschillende vragen gesteld waar dat uit blijkt, zoals:

- Wanneer een cliënt aanklopt bij de schuldhulpverlening, kan een schuldhulpverlener de cliënt direct doorsturen naar verslavingszorg aangezien de warme lijntjes er nog zijn of moet dit via het wijkteam geregeld worden?

⁵² Rekenkamer Amersfoort (2017) *Effectiviteit en efficiëntie sociale wijkteams Amersfoort*.

⁵³ O.a. in het advies over het toekomstbestendig mobiliteitsbeleid, 20 november 2017.

⁵⁴ Tijdens het technisch wederhoor op dit rapport heeft Indebuurt033 een vergelijkbare uitspraak gedaan die hier wordt toegevoegd: "Het is juist de signaleringsfunctie die lang niet altijd via de formele lijnen als info winkels of wijkteams verloopt, maar veel meer op elkaar kennen, zien, ontmoeten maar ook missen als iemand niet meer gezien wordt."

⁵⁵ Interview met wethouders Wmo en jeugdzorg en Werk en inkomen.

⁵⁶ Interview met afdelingsmanager Werk, Inkomen en Zorg.

⁵⁷ Interview met teammanager Arbeidsintegratie; deze uitspraak is in het kader van dit onderzoek niet getoetst.

- Wat kan een huisarts verwachten van het wijkteam?
- Moet een cliënt met psychosociale problemen doorgestuurd worden naar het Wmo-loket, de sociale dienst of kan het wijkteam deze cliënt opvangen?
- Welke expertise heeft het wijkteam?
- Met welke protocollen werkt het wijkteam?

De bekendheid van de wijkteams lijkt sterk te verschillen per wijk. In het onderzoek is gebleken dat er wijkteams zijn die nauwe contacten onderhouden met samenwerkingspartners, zoals huisartsen, en dus goed bekend zijn. Maar er is ook gesproken met respondenten die aangeven niet te weten wie de leden van het wijkteam zijn en of zij hun cliënten wel aan het wijkteam willen toevertrouwen. Wanneer er niet is geïnvesteerd in een goede relatie tussen het wijkteams en de partners in de wijk, dan kiezen deze partners er sneller voor om door te sturen naar zorg en ondersteuning waarmee ze zelf lijntjes hebben, in plaats van naar de wijkteams; of ze sturen niet/te laat door, waardoor een cliënt uiteindelijk een zwaardere vorm van ondersteuning nodig heeft.

Ook dit bovenstaande sluit aan bij de eerdere bevindingen en aanbevelingen van de rekenkamer met betrekking tot de wijkteams.

3.2 ‘Eigen kracht’ in de toegang

3.2.1 Uitwerking van de beleidskaders

Hoe de inzet op ‘eigen kracht’ in de praktijk van de toegang vorm moet krijgen, is door de gemeente maar beperkt uitgewerkt in verordeningen en subsidiekaders. De meeste stukken nemen alleen bepaalde beleidsuitgangspunten over, zoals de algemeen geformuleerde centrale notie van ‘eigen kracht’ en verantwoordelijkheid, het centraal stellen van de zorgbehoefte van cliënten, het bieden van passende zorg en het versterken van de sociale basis. Alleen de verordeningen Wmo en Jeugdhulp en bijbehorende beleidsregels, bieden iets meer zicht op wat met ‘eigen kracht’ precies wordt bedoeld. Duidelijk wordt dat alle relevante leefgebieden worden meegenomen en dat van de drie onderscheiden dimensies de meeste aandacht uitgaat naar de sociale dimensie. De enige toevoeging van belang is dat in deze documenten wordt uitgewerkt wat de gemeente verstaat onder ‘gebruikelijke hulp’. In zekere zin is dat een uitwerking van de eigen verantwoordelijkheid die inwoners geacht worden te nemen, alvorens een beroep te doen op zorg en ondersteuning door de gemeente.⁵⁸

3.2.2 Uitwerking in de uitvoering

De uitwerking van ‘eigen kracht’ in de toegang vindt met name plaats in de uitvoering. Daar zijn drie vormen van toegang, zoals hierboven beschreven: Indebuurt033, de wijkteams en de toegang op het gebied van werk, inkomen en zorg (voor wonen, rollen en vervoer). Hieronder wordt per toegangsvorm beschreven hoe wordt omgegaan met de verschillende aspecten binnen het concept “eigen kracht”.

Indebuurt033

Indebuurt033 richt zich op ‘samenkracht’, het netwerk van formele en informele voorzieningen en verbanden in de wijken en buurten van Amersfoort. Concreet is de opdracht aan

Primaat bij sociale dimensie.
Daarbinnen aandacht voor alle leefgebieden.

⁵⁸ Verordening maatschappelijke ondersteuning 2017, Verordening jeugdhulp 2017, Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning 2017 en Beleidsregels gebruikelijke jeugdhulp 2018.

Indebuurt033 drieledig en gericht op het ondersteunen van: 1) opvoeden & opgroeien, 2) samenredzaamheid 3) sociale leefbaarheid.⁵⁹ Indebuurt033 richt zich dus primair op het versterken van de sociale dimensie van ‘eigen kracht’.

Cluster 1: leefgebieden

Binnen de hierboven beschreven focus van Indebuurt033 is wel aandacht voor alle leefgebieden die op individueel en gezinsniveau van invloed zijn op ‘eigen kracht’. Hieronder zijn per leefgebied voorbeelden opgenomen van hoe Indebuurt033 werkt aan de ondersteuning van ‘eigen kracht’.⁶⁰

Leefgebied	Ondersteuning
Fysieke en psychische gezondheid	Samenwerking met huisartsen en wijkteams; project Gezonde Wijk; Welzijn op recept.
Maatschappelijke participatie en dagbesteding	Diverse vormen van ontmoeting voor diverse doelgroepen; ondersteuning initiatieven inwoners; sportactiviteiten.
Financiën	Projecten op het gebied van armoedebestrijding; informatie en advies.
Huisvesting	Hulp op individueel niveau wanneer aan de orde.
Ouderschap & opvoeding	Ondersteuning bij opvoedingsvragen; jongerenwerk; training en voorlichting; individuele ondersteuning.
Sociaal netwerk	Ondersteuning vrijwilligerswerk en mantelzorg; ondersteuning bewonersinitiatieven; buurtbemiddeling.
Huiselijke relaties	Ondersteuning bij scheiding en relatieproblematiek.

Clusters 2&3: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont en zelfregulatie

Naast het versterken van de sociale basis in de wijken en buurten, biedt Indebuurt033 dus ook lichte vormen van ondersteuning op individueel niveau. De insteek op ‘samenkracht’ maakt dat ook bij individuele ondersteuning vaak naar de sociale dimensie gekeken wordt voor het versterken van ‘eigen kracht’. Maar bij het vaststellen van de vraag van inwoners wordt goed gekeken naar wat die inwoners zelf kunnen en willen, wat betekent dat in de praktijk ook zeker aandacht is voor de competentionele en motivationele dimensie. Of zelfregulatie daarbij wordt erkend als centraal mechanisme voor de aanwending van ‘eigen kracht’, is niet uit de stukken en interviews te halen. Ook is niet duidelijk in hoeverre structureel aandacht wordt besteed aan aspecten van competenties en motivatie. Indebuurt033 werkt niet met een vast instrument voor de intake. Daardoor is het niet mogelijk om na te gaan hoe de zelfredzaamheid van inwoners wordt ingeschat.^{61 62}

Aandacht voor de andere dimensies waarop eigen kracht zich toont.

⁵⁹ Interview met manager Indebuurt033 en inhoudelijk kader #InDeBuurt.

⁶⁰ Verantwoordingsrapportage Indebuurt033 over eerste half jaar 2017 en jaarplan 2018.

⁶¹ Interview met manager Indebuurt033.

⁶² Bij het technisch wederhoor op dit rekenkamerrapport heeft Indebuurt033 daarbij nog aangegeven dat het wel de wens is om met een vast instrument te werken, maar dat in overleg met de andere partners besloten is om in 2018 gezamenlijk voor een gemeenschappelijk instrument te kiezen. En dat daarmee de invoering van een dergelijk instrument door Indebuurt033 is uitgesteld. Ook geeft Indebuurt033 in het technisch wederhoor aan dat ze ondersteunt, met het doel de zelfredzaamheid te versterken en dat het contact meestal is gericht op mogelijkheden en kansen, niet op een ziektebeeld of beperking.

Cluster 4: uitingsvormen van 'eigen kracht'

De inzet op zelfregie, eigen verantwoordelijkheid, en participatie en zelfontplooiing komt tot uitdrukking in de werkwijze van Indebuurt033, waarin de vraag van inwoners centraal staat. Deze werkwijze is toegelicht in de interviews en blijkt ook uit de verantwoordingsinformatie van Indebuurt033. Dat geldt zowel voor individuele ondersteuningsvragen als voor collectieve initiatieven: Indebuurt033 ondersteunt inwoners om zelf hun vraag of behoefte te formuleren. Inwoners voeren zelf de regie over hun plannen, maken gebruik van hun sociaal netwerk waar nodig en zijn zelf in de lead bij het zoeken naar een passende oplossing.⁶³

Aandacht voor drie uitingsvormen van eigen kracht; meer nadruk op samenredzaamheid dan zelfredzaamheid.

De wijkteams

De wijkteams bieden zorg en ondersteuning aan mensen die er op 'eigen kracht' niet uitkomen en voor wie ook de ondersteuning in de sociale basisinfrastructuur (tijdelijk) onvoldoende uitkomst biedt.

Cluster 1: leefgebieden

Bij de intake gebruiken de wijkteams de Zelfredzaamheidsmatrix als kapstok. Ze vullen deze matrix volgens de teamleiders met wie is gesproken niet in, omdat dat in hun ervaring cliënten af kan schrikken.⁶⁴ Ze laten echter wel alle onderwerpen de revue passeren.⁶⁵ Daaruit blijkt dat de wijkteams alle leefgebieden die in het analysekader worden genoemd, relevant achten voor 'eigen kracht' en daar bij de intake ook naar kijken.

Aandacht voor alle relevante **leefgebieden** via gebruik Zelfredzaamheidsmatrix.

Cluster 2: de dimensies waarop 'eigen kracht' zich toont

Inzetten op 'eigen kracht' is één van de leidende principes waarmee de wijkteams werken. Dit principe is uitgewerkt in aandachtspunten voor de wijkteamleden. Deze zijn hieronder overgenomen, met daarachter, waar relevant, de dimensie van 'eigen kracht' waaraan aandacht wordt besteed.

Uitwerking leidend principe 'inzetten op 'eigen kracht' in de aandachtspunten voor wijkteamleden	Dimensie⁶⁶
Wat is de wens en het doel?	Motivationale dimensie
Hoe zijn de problemen in het verleden opgelost?	Nvt
Hoe groot is het probleem, kan het kleiner gemaakt worden?	Motivationale dimensie, zelfregulatie
Hoe feitelijk is het probleem daadwerkelijk een probleem?	Motivationale dimensie, zelfregulatie
Van wie komt de hulpvraag, wie is de eigenaar?	Zelfregulatie
Voelt de cliënt zich verantwoordelijk voor zijn eigen hulpvraag?	Motivationale dimensie, zelfregulatie
Hoe kan je de 'eigen kracht' versterken (denk ook aan scholing, cursussen, financiën, assertiviteitscursus, zelfinzicht)?	Competitionele en motivationale dimensie, zelfregulatie

⁶³ Interview met manager Indebuurt033.

⁶⁴ Tijdens het technisch wederhoor heeft de gemeente toegevoegd dat het voldoen aan de AVG ook een reden is voor beperkte vastlegging van de uitvraag.

⁶⁵ Interview met teamleiders van de wijkteams.

⁶⁶ 'Nvt' betekent dat het betreffende leidend principe niet aan één van de onderscheiden dimensies valt te koppelen.

Wat is het niveau van functioneren van de cliënt op het gebied van cognitie, psyche, lichamelijk?	Competentionele dimensie
Wat kan de cliënt allemaal zelf?	Competentionele dimensie
Kan de cliënt zelf (ook meer) participeren in de maatschappij (denk aan wederkerigheid, wellicht meer eigenwaarde)?	Competentionele dimensie
Wie is er belangrijk voor de cliënt en welk advies zal deze geven?	Nvt
Wat zijn zaken die de cliënt uit zijn kracht kan halen?	Nvt

Cluster 3: Zelfregulatie

Ook in de uitwerking van de andere leidende principes, zijn elementen terug te zien die samenhangen met de verschillende dimensies en met het mechanisme van zelfregulatie:

Aandacht voor de drie dimensies waarop eigen kracht zich toont en het mechanisme van zelfregulatie.

- Aandacht voor zelfinzicht: motivationele dimensie en zelfregulatie;
- Aandacht voor de inzet van het sociaal netwerk: sociale dimensie;
- Cliënt prikkelen tot werken aan autonomie, zelfstandigheid, eigen regie: zelfregulatie.⁶⁷

Duidelijk is dus dat de wijkteams, als ze hun eigen processen en uitgangspunten volgen, aandacht schenken aan alle relevante leefgebieden en dimensies binnen 'eigen kracht'. Over *hoe* ze dat doen, en of dat structureel gebeurt, is maar weinig bekend. In onderstaand kader is opgenomen wat uit eerder onderzoek bekend is.

In 2016 is in Amersfoort onderzoek uitgevoerd naar zestien casussen waarbij de wijkteams een casus afsloten en cliënten verder gingen op 'eigen kracht' en/of met ondersteuning vanuit de sociale basisinfrastructuur.⁶⁸ Het rapport laat op een aantal punten zien wat de inzet van de wijkteams op 'eigen kracht' in de praktijk inhoudt: (1) Een reden voor afsluiting van een casus door een wijkteam is een gewijzigde houding bij de cliënt. In dit verband worden meer zelfvertrouwen en assertiviteit genoemd. Daaruit kan worden afgeleid dat de wijkteams inzetten op de motivationele dimensie. (2) Ook de sociale dimensie komt herkenbaar terug: de cliënt helpen om diens eigen netwerk op te bouwen en de weg te vinden naar sociale instanties in de wijk wordt gezien als een belangrijke taak van de wijkteammedewerker.

Ook het onderzoek dat de Rekenkamer Amersfoort in 2017 naar de wijkteams deed, laat iets zien van wat de inzet op "eigen kracht" concreet betekent: (1) Cliënten minder uit handen nemen en meer zelf laten doen en (2) meer inzetten op (ondersteunen bij het inschakelen van) het sociaal netwerk.

Het beschikbare aanbod aan hulp en ondersteuning waar de wijkteams naar kunnen doorverwijzen, kan inwoners op alle leefgebieden en dimensies ondersteunen.

Cluster 4: de uitingsvormen van 'eigen kracht'

De uitingsvormen van 'eigen kracht' komen niet als zodanig terug in het instrumentarium dat de wijkteams gebruiken. Wel blijkt uit het bovenstaande, dat de wijkteams kijken naar de relevante eigenschappen en kenmerken van

Uitingsvormen eigen kracht:

- Zelfredzaamheid
- Zelfregie
- Eigen verantwoordelijkheid
- Participatie/zelfontplooiing

⁶⁷ Uitwerking leidende principes wijkteams.

⁶⁸ M. Koomen en A. Lempens (2016) *Cliëntervaring in beeld* (Amsterdam: I&O Research).

cliënten, die maken dat cliënten op de verschillende leefgebieden en dimensies ‘eigen kracht’ kunnen laten zien.

Werk & Inkomen

Hieronder worden de bevindingen beschreven voor de afdeling WIZ/team Arbeidsintegratie. Binnen de afdeling WIZ werken klantmanagers, trajectbegeleiders en minimacoaches. Hun werkzaamheden verschillen. De klantmanager (team Klantbeheer) doet de intake van een cliënt in het kader van de PW. Hiervoor zijn er twee gesprekken. Een gericht op het vaststellen van het recht op uitkering en een gericht op dienstverlening. Na de gesprekken met de Klantmanager, worden cliënten (met een korte afstand tot de arbeidsmarkt) door de Klantmanager doorgeleid naar trajectbegeleiders die direct toe leiden naar werk (Aan het Werk), cliënten met een grotere afstand worden doorgeleid naar een trajectbegeleider die de cliënt in een re-integratietraject neemt (zij hebben meer ondersteuning nodig) en cliënten met onvoldoende ‘grip op eigen leven’ worden doorgeleid en ondersteund door de minimacoach.

- Afdeling Werk, Inkomen & Zorg (WIZ)

Cluster 1: leefgebieden

Leefgebieden

Binnen de sociale zekerheid wordt al zeker vijftien jaar gewerkt met het concept ‘eigen kracht’, stelt de afdelingsmanager WIZ. Kort gezegd: kijken naar wat bij mensen aanwezig en nodig is. Het is de bedoeling dat in de eerste contacten met de cliënt wordt gekeken naar diens capaciteiten en problemen op de verschillende leefgebieden. Het inzetten op ‘eigen kracht’ is een vaardigheid van klantmanagers, die via scholing voortdurend verder wordt ontwikkeld.⁶⁹

Cluster 2: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont

Dimensies waarop eigen kracht zich toont krijgen aandacht

In de reader voor een training aan klantmanagers uit 2016, is te herkennen naar welke dimensies de afdeling WIZ met name kijkt. De uitwerking, gebaseerd op de Leefgebiedenwijzer van Movisie, besteedt niet alleen aandacht aan de verschillende leefgebieden, maar ook aan competenties, motivatie en de sociale omgeving.

Cluster 3: zelfregulatie

Beperkt aandacht voor zelfregulatie

Zelfregulatie komt slechts beperkt aan bod, namelijk in de vraag wat de cliënt wil leren en veranderen. Of de cliënt daar ook toe in staat is, wordt niet gevraagd.⁷⁰

De uitingsvormen van ‘eigen kracht’ (dimensie 4) komen niet herkenbaar in de Leefgebiedenwijzer terug. De opname van de Leefgebiedenwijzer in de reader wijst erop dat deze in de training aan de orde is gekomen. Uit het onderzoek is echter niet gebleken dat dit instrument systematisch wordt gebruikt. De afdelingsmanager WIZ geeft aan dat er gewerkt wordt aan een uniforme kennisbasis voor alle klantmanagers. En geeft ook aan dat dat niet wil zeggen dat er in de spreekkamer geen verschillen zijn in hoe daarmee wordt omgegaan, met de toevoeging: het is en blijft mensenwerk.⁷¹

⁶⁹ Interview met afdelingsmanager Werk, Inkomen en Zorg.

⁷⁰ Reader van CTMV Mezzes voor training klantmanagers, versie 2017.

⁷¹ Interview met afdelingsmanager Werk, Inkomen en Zorg.

- Team Arbeidsintegratie: voor de uitvoering van de Participatiewet, waaronder re-integratie.

In het interne handboek van de afdeling van het team Arbeidsintegratie is gedetailleerd uitgewerkt hoe de trajectbegeleiders inzetten op en omgaan met ‘eigen kracht’. In de tabel hieronder is voor de onderdelen 'leefgebieden', 'dimensies' en 'zelfregulatie' opgenomen of en hoe die daarbij aan bod komen.⁷²

Onderdeel van ‘eigen kracht’	Mate en wijze waarop dit onderdeel aan bod komt
Cluster 1: leefgebieden	Alle relevante leefgebieden komen aan bod binnen deze clusters: <ul style="list-style-type: none"> ■ Opleiding, werk, daginvulling en dagbesteding ■ Huisvesting ■ Praktisch functioneren ■ Financiën ■ Lichamelijk functioneren ■ Sociaal functioneren ■ Psychisch functioneren ■ Motivatie
Cluster 2: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont	
Competentionele dimensie	Krijgt aandacht binnen het leefgebied Opleiding, werk, daginvulling en dagbesteding; Praktisch functioneren; Lichamelijk functioneren; Psychisch functioneren.
Motivationale dimensie	Krijgt uitgebreid aandacht binnen leefgebied Motivatie.
Sociale dimensie	Krijgt uitgebreid aandacht binnen leefgebied Sociaal functioneren.
Cluster 3: zelfregulatie	
Zelfregulatie	Krijgt aandacht binnen verschillende leefgebieden als de mate waarin iemand in staat is dingen zelfstandig te doen/op te pakken en binnen het leefgebied Motivatie.

De tabel laat zien dat uitvoerders via het handboek worden aangestuurd om cliënten op deze onderdelen te bevragen en te ondersteunen. Hieruit blijkt duidelijk dat Arbeidsintegratie kijkt naar alle drie dimensies voor ‘eigen kracht’ en het mechanisme van zelfregulatie.

Cluster 4: uitingsvormen van ‘eigen kracht’

Ook krijgt in het handboek ‘eigen verantwoordelijkheid’, een uitingsvorm van ‘eigen kracht’, nadere invulling, want op elk leefgebied wordt concreet uitgewerkt wat van de cliënt zelf wordt verwacht.

Uitingsvormen eigen kracht:

- Zelfredzaamheid
- Zelfregie
- Eigen verantwoordelijkheid
- Participatie/zelfontplooiing

Op grond hiervan valt te verwachten dat Arbeidsintegratie vervolgens ook rekening houdt met beperkingen van cliënten op deze punten en dat de ondersteuning daarop inzet. Dit vervolg valt buiten het bereik van dit onderzoek, maar de in het handboek beschreven interventies laten zien dat het ondersteuningsaanbod daarop wel is toegerust. Het aanbod richt zich op het versterken van de benodigde competenties, maar ook op zaken als zelfinzicht (dimensie zelfregulatie), opbouw van belastbaarheid, motivatie, zelfvertrouwen

⁷² Intern handboek team Arbeidsintegratie.

(motivationale dimensie).⁷³ Deze zijn ook terug te vinden in de tien centrale gedragsprincipes die Arbeidsintegratie hanteert, naast de begrippen zelfregie en participatie/zelfontplooiing (uitingsvormen van ‘eigen kracht’):

- Leveren van maatwerk;
- Positieve blik op de menselijke aard;
- Aansluiten bij het gewenste toekomstperspectief;
- De cliënt bepaalt zelf waar hij in een traject naartoe wil (binnen wettelijke kaders);
- Creëren van bereikbare en concrete doelen;
- Versterken van de intrinsieke motivatie;
- Versterken van vertrouwen in het eigen kunnen;
- Stabiliseren van urgente belemmeringen;
- Monitoren van het ontwikkelingsproces;
- Bewaken en limiteren van de tijdsduur van een instrument.⁷⁴

3.3 Samengevat

De rekenkamer heeft onderzocht hoe binnen de toegang tot zorg en ondersteuning invulling wordt gegeven aan het concept ‘eigen kracht’. De belangrijkste toegangswegen lopen via Indebuurt033 (basisinfrastructuur) en via de wijkteams en de afdeling WIZ (toegang tot meer individuele en specialistische ondersteuning). Langs de lijn van het analysekader gelegd, laat die invulling zien dat:

- Moeilijk is vast te stellen in hoeverre deze wegen naar zorg en ondersteuning drempels opwerpen voor mensen die over onvoldoende ‘eigen kracht’ beschikken om er een beroep op te kunnen doen. Duidelijk is dat de gemeente investeert in een zo toegankelijk mogelijke toegang. Er zijn echter ook signalen dat die niet voor iedereen (zowel inwoners als professionals) goed vindbaar is.
- De nadruk in de sociale basisinfrastructuur ligt op de sociale dimensie. Het gaat niet zozeer over *zelfredzaamheid*, maar over *samenredzaamheid*. Daarbinnen is aandacht voor alle relevante leefgebieden. Daarnaast legt men in de sociale basisinfrastructuur veel nadruk op zelfregie, eigen verantwoordelijkheid en participatie/zelfontplooiing.
- De wijkteams aandacht besteden aan alle leefgebieden en daarbij ook kijken naar de drie dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont en het mechanisme van zelfregulatie. Daarmee wordt in principe gewerkt aan het ondersteunen van de verschillende uitingsvormen van ‘eigen kracht’, hoewel die niet als zodanig in het instrumentarium worden benoemd.
- Er binnen de afdeling WIZ een verschil zichtbaar is tussen de trajectbegeleiders van het team Arbeidsintegratie en de klantmanagers. Voor het team Arbeidsintegratie is uitgebreid beschreven hoe de verschillende leefgebieden, dimensies en het vermogen tot zelfregulatie aandacht behoeven binnen een traject. Voor de klantmanagers is een dergelijke beschrijving er niet; wel geeft de afdelingsmanager dat al geruime tijd gewerkt wordt met het concept ‘eigen kracht’ en dat er breed naar casussen wordt gekeken (alle relevante leefgebieden).

Kortom, in grote lijnen zijn de verschillende onderdelen van ‘eigen kracht’ herkenbaar in de wijze waarop de toegang tot zorg en ondersteuning met cliënten aan de slag gaat. Bij het team Arbeidsintegratie lijkt dit het meest expliciet te gebeuren en krijgt ook het vermogen

⁷³ Intern handboek team Arbeidsintegratie.

⁷⁴ Interview met teammanager Arbeidsintegratie.

tot zelfregulatie structureel aandacht; bij de wijkteams en de klantmanagers van de afdeling WIZ wordt met training, intervisie en een diverse samenstelling van teams (voor wat betreft de wijkteams) ingezet op een uniforme, brede aanpak die aan alle relevante onderdelen van 'eigen kracht' aandacht besteedt.

HOOFDSTUK 4 HET BEGRIP ‘EIGEN KRACHT’ OP CASUSNIVEAU

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is gebaseerd op vier fictieve casussen. Deze fictieve casussen zijn ieder samengesteld uit echte casussen uit de praktijk van het Amersfoortse sociaal domein. Het laat zien hoe het concept ‘eigen kracht’ op casusniveau door relevante stakeholders wordt ingevuld (onderzoeksvraag 2). De casussen zijn elk aan vier respondenten voorgelegd die ieder een ander perspectief binnen het sociaal domein vertegenwoordigen, bijvoorbeeld de (gemeentelijke) toegang tot Wmo, Jeugdwet en Participatiewet; het cliëntperspectief en de zorg. Door per casus deze vier perspectieven naast elkaar te leggen wordt zichtbaar a) naar welke aspecten van ‘eigen kracht’ de verschillende stakeholders kijken en waar zij de nadruk op leggen, b) hoe zij vervolgens de ‘eigen kracht’ inschatten, c) waar zij behoeften aan zorg en ondersteuning zien en d) waar zich daarin overeenkomsten en verschillen tussen de stakeholders voordoen. Zie voor gedetailleerde informatie over de aanpak en uitvoering paragraaf 1.6 bij fase 2.

Dit hoofdstuk start met voor elk van de vier casussen een uitgebreide beschrijving van de bevindingen. In de eerste paragrafen wordt voor elk van de in het casusonderzoek gebruikte fictieve casussen beschreven hoe de verschillende stakeholders, met wie over deze casussen is gesproken, de verschillende elementen van ‘eigen kracht’ in dit geval invullen. Dit vormt de basis voor de bevindingen die daarna uiteengezet worden en dient daarmee om inzicht te bieden in de onderbouwing en analyse die onder deze bevindingen liggen.

Op basis van de bevindingen per casus ontstaat een overall beeld van hoe verschillende stakeholders ‘eigen kracht’ in de praktijk interpreteren. Met die bevindingen gaat het hoofdstuk verder in paragraaf 4.6⁷⁵.

4.2 Casus 1: werk & inkomen

De casus

Mevrouw D. (27) is werkloos en heeft een bijstandsuitkering aangevraagd. Ze heeft het afgelopen half jaar gewerkt bij een bakkerij. Ze is gestopt omdat ze het lastig vindt om met het kassasysteem te werken. Hiervoor heeft ze gewerkt bij een andere winkel, ook daar moest ze stoppen, om dezelfde reden.

Ze heeft haar praktijkopleiding afgerond en is vervolgens een MBO-1 opleiding begonnen. Die heeft ze echter niet afgerond, onder andere omdat zij op 19-jarige leeftijd moeder werd. Mevrouw heeft een lichte verstandelijke beperking. Vader is niet in beeld.

Mevrouw D. kon het werk in de bakkerij niet aan doordat ze vaak vermoeid of ziek was. Mevrouw D. gaf aan dat ze het lawaai en de grote groepen waarin ze werkte niet meer aankon. Ze werd er erg moe van. Mevrouw wil graag werken, maar ze is niet helemaal fit. Ze is hiermee ook vaak naar de huisarts geweest. Die kon na verschillende onderzoeken geen lichamelijke oorzaak vinden voor haar klachten. Om toch bezig te blijven doet mevrouw vrijwilligerswerk bij de sportclub van haar dochter (8 jaar). Ze besteedt ongeveer 10 uurtjes per week aan haar vrijwilligerswerk. Het werken op de sportclub gaat haar goed

⁷⁵ In de inleiding van dit rapport wordt de onderzoeks aanpak uitgebreid beschreven (paragraaf 1.6). Voor de selectie van de casussen en alle andere informatie over de aanpak rond de casussen wordt hier specifiek verwezen naar paragraaf 1.6 fase 2.

af. Ze doet het ook met plezier. Mevrouw D. heeft een hoge schuld opgebouwd tijdens haar studie en in de begintijd van haar moederschap.

Mevrouw krijgt hulp van haar directe familie en vrienden. Ze proberen haar te helpen bij het vinden van een baan en helpen haar als ze ziek is. Mevrouw heeft door haar cognitieve beperking moeite om zelf oplossingen te bedenken voor haar problemen. Ze voelt zich schuldig tegenover haar dochter, omdat ze haar niet alles kan geven wat ze nodig heeft. Haar familie probeert haar soms te helpen door haar financiën op orde te brengen. Ook krijgt haar dochter de nodige schoolspullen en zo nu en dan kleding van haar grootouders. Ze waardeert de hulp heel erg, maar schaamt zich hiervoor en wil dit soort informatie liever niet met anderen delen. Ze is inmiddels enkele keren bij een schuldhulpverlener langs geweest om een goede budgetplanning te maken.

Mevrouw D. wil graag werken maar is bang dat ze weer ontslagen wordt net als bij haar eerdere werkgevers. Mevrouw ziet niet goed in hoe het komt dat ze steeds wordt ontslagen en een baan niet kan behouden.

Cluster 1: leefgebieden

Onderstaand kader laat zien op welke leefgebieden de stakeholders in deze casus een zorgvraag zien. De aanduiding bovenin de vier kolommen rechts heeft betrekking op het perspectief van waaruit de stakeholders met wie in de casus is gesproken, naar de casus kijken.

	Perspectief stakeholde	Cliënt	Arbeid	Financiën	Zorg
<i>Leefgebied</i>					
<i>Lichamelijke gezondheid</i>		X	X		X
<i>Geestelijke gezondheid / cognitie</i>		X		X	X
<i>Maatschappelijke participatie</i>					
<i>Dagbesteding (werk)</i>		X	X	X	X
<i>Huisvesting</i>					
<i>Financiën</i>		X	X	X	X
<i>Ouderschap en opvoeding</i>		X	X	X	X
<i>Sociaal netwerk</i>			X		
<i>Huiselijke relatie</i>					

De tabel laat een aantal duidelijke overeenkomsten zien, maar ook verschillen. Alle stakeholders zien problemen op de leefgebieden werk, financiën en ouderschap & opvoeding. De gebieden lichamelijke en geestelijke gezondheid worden door drie van de vier stakeholders genoemd en alleen vanuit Arbeid (trajectbegeleider team Arbeidsintegratie) worden problemen gezien op het gebied van het sociaal netwerk.

Dat betekent overigens niet, dat deze stakeholders niet naar andere leefgebieden kijken: de trajectbegeleider voert bijvoorbeeld een uitgebreide intake op alle leefgebieden uit alvorens vast te stellen op welke gebieden sprake is van een zorgvraag. Vanuit de perspectieven zorg (huisarts) en financiën (schuldhulpverlening) wordt meer globaal gekeken of de primair voor die stakeholders belangrijke problematiek (lichamelijke/psychische gezondheid resp. financiën) mede wordt veroorzaakt door problematiek op andere leefgebieden.

Gebruikte instrumenten

Om goed de situatie en de hulpvragen in beeld te krijgen worden bepaalde methodieken gebruikt. Trajectbegeleiders gebruiken een intakeformulier met alle leefgebieden. Ze houden een systemische aanpak aan, waarin niet alleen oog is voor de cliënt maar voor de hele omgeving om die persoon heen. De schuldhulpverleners gebruiken ook een intakeformulier en daarnaast een online tool waarbij de belangrijkste leefgebieden worden uitgevraagd met betrekking tot financiële gezondheid. Huisartsen werken met de methode van de subjectieve anamnese⁷⁶.

Clusters 2& 3: de dimensies waarop 'eigen kracht' zich toont en zelfregulatie

Het beeld dat de hulpverlener heeft van de problematiek kan afwijken van dat van de cliënt. Een voorbeeld uit deze casus is dat de alleenstaande moeder financieel wordt bijgestaan door haar familie en vrienden. De cliënt kan dat prima vinden, terwijl twee van de stakeholders dit juist als een probleem zien. De huisarts en de trajectbegeleider zijn het er echter over eens dat iets pas echt een probleem is als de cliënt datgene ook als een probleem ziet en formuleert; de hulpvraag moet vanuit de cliënt komen. Wanneer zij merken dat er andere grote problemen spelen die niet benoemd worden, dan kiezen de stakeholders er voor om dat probleem voorzichtig te benoemen en observeren dan hoe de cliënt daar op reageert. Naarmate een cliënt vaker bij een hulpverlener is geweest en er een vertrouwensband is opgebouwd, is de kans groter om op deze manier inzicht bij de cliënt te bereiken. Als het niet lukt om tot iemand door te dringen en de hulpvraag is niet dringend, dan respecteren de stakeholders de keuze van de cliënt. Iemand dwingen om ergens aan te werken zonder dat deze daarvoor is gemotiveerd, is vruchteloos.

De vraag blijft of cliënten altijd in staat zijn om hun hulpvragen te formuleren. Dat is afhankelijk van hun 'eigen kracht' op de verschillende dimensies die daar onder vallen en hun vermogen tot zelfregulatie. Onderstaande tabel geeft een beeld van hoe stakeholders dit in deze casus invullen.

Dimensie	Invulling
Competenties	Bij de inschatting van de zorgvraag op de verschillende leefgebieden wordt nadrukkelijk naar competenties gekeken: naar wat cliënt op de verschillende leefgebieden kan, weet en kent.
Motivatie	Binnen deze dimensie kijken stakeholders vooral naar wat cliënt wil: ze wil werken en participeren en ze wil financieel voor zichzelf en haar dochter kunnen zorgen. Er is impliciet ook aandacht voor self-efficacy, locus of control en zingeving: stakeholders spreken over het initiatief dat cliënt neemt op diverse terreinen (participatie, gezondheid, financiën) waaruit blijkt dat ze inzicht heeft in wat ze nodig heeft en zichzelf in staat acht om daar stappen in te zetten. Zelfvertrouwen is niet door stakeholders als zodanig genoemd, maar wordt mogelijk gezien als voorwaarde voor initiatief.
Sociaal	Stakeholders kijken naar het sociale netwerk van de cliënt en naar de mate waarin ze in staat is om dat zelf te onderhouden.
Zelfregulatie	Stakeholders kijken naar het vermogen tot zelfregulatie, met name in de zin van het vermogen van cliënt om zelf in te zien wat ze nodig heeft. Er is bij een aantal stakeholders ook aandacht voor de vraag of ze over de competenties beschikt om haar eigen gedrag aan te passen en haar situatie te verbeteren. Er lijkt wel enig verschil te zijn in de mate waarin stakeholders haar daartoe in staat achten:

⁷⁶ Een gestructureerd gesprek met de patiënt over diens klachten en hulpvragen.

de ene stakeholder legt meer nadruk op beperkingen, de andere meer op mogelijkheden.
--

Bovenstaande laat zien dat er in algemene zin aandacht is voor alle dimensies binnen ‘eigen kracht’ en voor het vermogen tot zelfregulatie. De stakeholders benoemen over het algemeen dezelfde krachten en zwakten, maar leggen daarin verschillende accenten. Zorg en schuldhelpverlening nemen de cognitieve aspecten mee bij het beoordelen van krachten en komen daardoor tot een negatiever beeld. Vanuit arbeid is er meer aandacht voor het subjectieve welbevinden van de cliënt (waar haalt ze energie uit en wat vindt ze leuk) waardoor een positiever oordeel ontstaat.

Cluster 4: uitingsvormen van ‘eigen kracht’

Van de vier centrale begrippen die het concept ‘eigen kracht’ kent laten de stakeholders in deze casus vooral een visie zien op zelfredzaamheid en zelfregie.

Zelfredzaamheid wordt beoordeeld aan de hand van wat de cliënt *kan* en *doet*. Er zijn verschillen in de conclusies die stakeholders dan trekken. Vanuit arbeid en het cliëntperspectief wordt gesteld dat cliënt het weliswaar niet alleen af kan, maar zich met de ondersteuning die zij zelf inschakelt wel redt. Vanuit zorg wordt zelfredzaamheid opgevat als het vermogen om het zonder externe ondersteuning te redden, en dan valt het oordeel negatief uit.

Het vermogen om **zelf regie** te voeren wordt afgemeten aan het initiatief dat cliënt toont maar ook haar vermogen om goed in te kunnen schatten en te kunnen formuleren wat ze wil en nodig heeft. Ook hier trekken stakeholders verschillende conclusies: vanuit arbeid wordt het vermogen tot zelfregie zeker aanwezig geacht, terwijl de drie andere stakeholders zich afvragen of cliënt over het zelfinzicht en/of de cognitieve vermogens beschikt die daarvoor nodig zijn.

Over de **eigen verantwoordelijkheid** en **participatie/zelfontplooiing** zijn stakeholders minder uitgesproken. Het kunnen nemen van eigen verantwoordelijkheid lijken zij af te meten aan de mate waarin de cliënt het initiatief neemt om voor zichzelf en haar dochter te zorgen, maar wordt begrensd door haar mogelijkheid om haar eigen situatie – en wat daarin nodig is – goed te kunnen overzien. Haar vermogen tot participatie en zelfontplooiing wordt met name afgemeten aan haar cognitieve vermogens.

Gevolgen voor aanbod aan zorg en ondersteuning

De verschillende conclusies die stakeholders trekken over de mate waarin ‘eigen kracht’ bij deze cliënt aanwezig is kunnen niet anders dan leiden tot verschillen in de noodzakelijk geachte ondersteuning. Stakeholders is gevraagd om aan te geven op welke leefgebieden zij hulp en ondersteuning voor deze cliënt in willen zetten. De volgende tabel laat de uitkomst zien.

Perspectief stakeholder	Cliënt	Arbeid	Financiën	Zorg
<i>Leefgebied</i>				
<i>Lichamelijke gezondheid</i>	X			
<i>Geestelijke gezondheid / cognitie</i>	X		X	X
<i>Maatschappelijke participatie</i>				
<i>Dagbesteding (werk)</i>	X	X	X	X
<i>Huisvesting</i>				
<i>Financiën</i>	X	X	X	X
<i>Ouderschap en opvoeding</i>	X			X
<i>Sociaal netwerk</i>				X
<i>Huiselijke relatie</i>				

Dagbesteding en financiën worden door alle stakeholders genoemd. Geestelijke gezondheid wordt door drie van de vier stakeholders genoemd en heeft in dit geval betrekking op cognitie. De andere leefgebieden worden niet of veel minder genoemd, wat opvallend is aangezien aan het begin van deze casusbeschrijving bleek dat alle stakeholders problemen zagen op het vlak van ouderschap & opvoeding en drie van de vier respondenten op het vlak van de fysieke gezondheid. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat twee stakeholders vinden dat de casus moet worden doorgeleid naar het wijkteam om een goede inschatting op alle leefgebieden te kunnen maken; en dat stakeholders van mening zijn dat het aanbod af moet hangen van de hulpvraag die cliënt zelf formuleert (waar ze niet op vooruit willen lopen). Dat laatste staat uiteraard op gespannen voet met de beperkingen die gezien worden in de cognitieve vermogens van deze cliënt. Dat is niet onoverkomelijk, stelt de trajectbegeleider; de cliënt kan begeleid worden bij het formuleren van haar hulpvraag.

Route naar zorg

Tot slot is een belangrijke vraag hoe mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, daar de weg naartoe vinden. In deze casus blijken verschillende routes te bestaan, afhankelijk van de precieze zorgvraag:

- Voor vragen op het gebied van werk en inkomen verloopt de ingang via de afdeling WIZ. De klantmanager van WIZ leidt de cliënt door naar de trajectbegeleider van WIZ. Die kan verder doorverwijzen naar waar nodig. Een voorbeeld hiervan is verwijzing naar het wijkteam in geval van de multiproblematiek. Zij kunnen de regie over de casus dan houden.
- Via de huisarts voor gezondheid gerelateerde klachten, bijvoorbeeld naar de GGZ. Via de schuldhulpverlening, als dat de ingang is die cliënt vindt, naar de afdeling WIZ en eventuele andere zorgverleners zoals het wijkteam.

De weg naar zorg en ondersteuning is niet altijd gemakkelijk, stellen respondenten. De cliënt is afhankelijk van iemand die haar de weg wijst, bijvoorbeeld familie, de huisarts, de school van de dochter of een trajectbegeleider/klantmanager.

4.3 Casus 2: het wijkteam (1)

De casus

Marcel (48) is sinds anderhalf jaar gescheiden. Marcel voedt sinds de scheiding zijn twee kinderen alleen op. Hij heeft een zoon van 8 jaar en een dochter van 16. Beide kinderen hebben PDD-NOS en een van de kinderen is rolstoelafhankelijk. Door de scheiding heeft Marcel veel schulden opgebouwd.

Door de alcoholverslaving van zijn ex-vrouw heeft Marcel veel moeten doorstaan. Ook verliep de scheiding allesbehalve soepel. In combinatie met de zorg die hij moet verlenen aan zijn kinderen heeft Marcel lange tijd last gehad van sombere gevoelens en ervaart veel stress. Hierdoor is hij het overzicht op zijn financiën kwijtgeraakt. Marcel vindt het lastig om alleen van zijn salaris te leven.

Hij wil graag een rustige en stabiele situatie creëren voor zijn kinderen. Hij eist daarom van zijn ex-vrouw dat ze alleen contact mag hebben met de kinderen als ze sober is. Dit leidt soms tot grote ruzies en stress. Desondanks hebben Marcel en de kinderen goed contact met de ouders van zijn ex-vrouw. Zij proberen Marcel vaak te helpen bij de opvoeding van de kinderen. Marcel vindt het lastig om zijn thuissituatie en zijn werk te combineren. De hulp van de grootouders van de kinderen is daarom een verademing. Marcel is erg gemotiveerd om zijn schulden af te betalen en heeft besloten om meer te werken. Marcel heeft een eigen schildersbedrijf. Hierdoor ervaart hij geen druk van een baas. Wel merkt hij dat de verantwoordelijkheid die hij heeft steeds zwaarder valt. Tijdens de scheiding heeft hij zijn administratie verwaarloosd waardoor hij erg achterloopt. Hij durft dit niet aan te geven in zijn omgeving. De kinderen gedragen zich vaak onrustig wanneer ze met hun vader zijn. Vader raakt snel zijn geduld kwijt en weet niet zo goed hoe hij de situatie moet aanpakken. Op school zijn ze op de hoogte van de situatie van Marcel. Zij hebben Marcel doorgestuurd naar het wijkteam nadat zijn oudste dochter steeds vaker ging spijbelen. Zijn dochter gedraagt zich vaak anders wanneer ze haar moeder heeft gesproken. Marcel weet niet dat zijn ex-vrouw af en toe afspreekt met hun dochter.

Cluster 1: leefgebieden

Onderstaand kader laat zien op welke leefgebieden de stakeholders in deze casus een zorgvraag zien.

<i>Leefgebied</i>	Perspectief stakeholder	Cliënt	Specialistisch zorg	Wijkteam
<i>Lichamelijke gezondheid</i>		X		X
<i>Geestelijke gezondheid</i>		X	X	X
<i>Maatschappelijke participatie</i>				
<i>Dagbesteding (werk)</i>		X	X	X
<i>Huisvesting</i>				
<i>Financiën</i>		X	X	X
<i>Ouderschap en opvoeding</i>		X	X	X
<i>Sociaal netwerk</i>		X	X	
<i>Huiselijke relatie</i>		X	X	X

Bovenstaande tabel illustreert hoe de verschillende stakeholders de leefgebieden benoemen, waar zorgen over zijn. Alle stakeholders benoemen zorgen op het gebied van geestelijke

gezondheid, financiën, ouderschap & opvoeding en dagbesteding. De gebieden lichamelijke gezondheid en sociaal netwerk worden door twee van de drie genoemd. Op het gebied van huisvesting en maatschappelijke participatie ziet men geen problemen.

De stakeholders noemen dus overwegend dezelfde leefgebieden. Uit de gesprekken blijkt echter dat zij de ernst van de problemen op die leefgebieden verschillend inschatten. Waar het wijkteam de problemen op alle hierboven aangekruiste leefgebieden een nader onderzoek nodig acht, leggen de jeugd-GGZ en de ASD de nadruk op het mentale welzijn en het netwerk van de cliënt. Ze kaarten vooral het gebrek aan vrije tijd en sociaal netwerk aan, waardoor de cliënt niet goed genoeg kan ontspannen. Ook noemen ze de familierelaties en de opvoeding van de kinderen als probleemgebieden.

Gebruikte instrumenten

De stakeholders gebruiken hun eigen instrumenten bij het in kaart brengen van de hulpvraag van de cliënt. De jeugd-GGZ maakt gebruik van een oplossingsgerichte en systemische benadering⁷⁷. De cliënt wordt in samenhang met zijn leefomgeving bekeken. Hierbij wordt er rekening mee gehouden dat anderen bewust en onbewust invloed uitoefenen op de problemen die de cliënt ervaart. Het wijkteam gaat, zoals reeds beschreven, alle leefgebieden van de ZRM langs.

Clusters 2&3: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont en zelfregulatie

Onderstaande tabel geeft een beeld van hoe stakeholders de verschillende dimensies binnen ‘eigen kracht’ en het vermogen tot zelfregulatie in deze casus invullen.

Dimensie	Invulling
Competenties	Bij de inschatting van de zorgvraag op de verschillende leefgebieden wordt nadrukkelijk naar competenties gekeken: naar wat cliënt op de verschillende leefgebieden kan, weet en kent.
Motivatie	Binnen deze dimensie kijken de respondenten naar kenmerken die een vorm van motivatie, self-efficacy en locus of control laten zien. Er wordt over de cliënt opgemerkt dat hij doorzettingsvermogen heeft, betrokken is ook als opvoeder, waarbij hij een rustige leefomgeving zou willen creëren. Hij is verder ook bereid om hulp aan te nemen van anderen. Hij laat een vorm van locus of control en self-efficacy zien doordat hij verantwoordelijkheid neemt voor zijn schulden, en zijn kinderen actief beschermt tegen het drankprobleem van zijn ex.
Sociaal	Respondenten kijken naar het sociale netwerk van de cliënt en naar de mate waarin ze in staat zijn om dat zelf te onderhouden. Als positief aspect wijzen ze op het aanvaarden van hulp van zijn ex-schoonouders; een verbeterpunt is de omvang van het sociale netwerk, dat moet volgens hen worden uitgebreid.
Zelfregulatie	De stakeholders kijken naar hoe gemotiveerd de cliënt is om zijn problemen weer op te lossen. De stakeholders zijn het erover eens dat de vader de grip op situatie probeert te krijgen door verantwoordelijkheid te nemen en actief oplossingen te bedenken.

Bovenstaande laat zien dat er in algemene zin aandacht is voor alle dimensies binnen ‘eigen kracht’. Binnen de competentionele dimensie besteden stakeholders aandacht aan verschillende aspecten die volgens hen de kracht van de cliënt laten zien. Het wijkteam

⁷⁷ Systemisch houdt in dat hulp zich richt op het hele (gezins)systeem en niet slechts op 1 aspect van de problematiek of 1 gezinslid.

wijst er op dat de vader goed grenzen stelt en zijn netwerk onderhoudt. Vanuit zorg wordt benoemd dat de vader goed inzicht heeft in de problematiek van zijn kinderen en hoe hij ze kan begeleiden en in staat is zijn eigen bedrijf te leiden. De ASD wijst op de cognitieve kwaliteiten van meneer. Op de andere dimensies benoemen de stakeholders grotendeels dezelfde krachten, zoals in het overzicht hierboven weergegeven.

Cluster 4: uitingsvormen van ‘eigen kracht’

De stakeholders zijn bevraagd over de zelfredzaamheid, zelfregie, eigen verantwoordelijkheid en de zelfontplooiing van de cliënt in de casus en hoe zij dat zelf zien. Wat opvalt, is dat de stakeholders daarbij niet alleen kijken naar wat er fout gaat in het gezin maar ook naar de dingen die goed gaan.

Zelfredzaamheid wordt gedefinieerd als het goed en zelfstandig kunnen leven zonder problemen te hebben op één van de leefgebieden. Daarbij vinden de stakeholders het belangrijk dat iemand ook onafhankelijk is van anderen en zich houdt aan de regels die in de samenleving gelden. De stakeholders zijn het erover eens dat iemand ook tevreden moet zijn over zijn eigen leven. De voorwaarden voor zelfredzaamheid die zij noemen zijn: tot op zekere hoogte geestelijk en lichamelijk gezond zijn en er op alle leefgebieden redelijk goed voor staan. Vanuit de jeugd-GGZ wordt ook aangegeven dat de cliënt zijn omgeving niet tot last moet zijn en zich bewust moet zijn van zijn rol in de gemeenschap.

Grote zorgen over de zelfredzaamheid van deze cliënt hebben de stakeholders niet. Ze baseren dat oordeel vooral op het verleden: vóór de scheiding had cliënt zijn zaken en huishouden op orde, dat zou op termijn met wat hulp dus ook weer mogelijk moeten zijn.

Zelfregie definiëren de stakeholders in deze casus als het heft in eigen handen kunnen nemen. Als er zich problemen voordoen dan moet iemand in staat zijn om hulp in te schakelen. Belangrijke voorwaarden voor zelfregie zijn volgens hen het hebben van inzicht in de eigen rol bij de problemen en het handelen op basis van de eigen normen en waarden. Ook psychische gezondheid en voldoende cognitief vermogen vinden zij in dit kader belangrijk, als voorwaarde voor zelfinzicht en overzicht en voor het kunnen maken van de juiste keuzes.

De stakeholders achten de cliënt in deze casus in staat tot zelfregie. Als reden noemen ze dat hij inzicht heeft in zijn situatie, hulpvragen kan formuleren, zelf actie onderneemt om de situatie te verbeteren.

Het nemen van **eigen verantwoordelijkheid** is voor deze stakeholders het zelf nemen van actie om dingen te veranderen, los van of dat ook tot het gewenste resultaat leidt. De stakeholders noemen de volgende bepalende factoren voor het nemen van eigen verantwoordelijkheid:

- Overzicht / grip op de eigen situatie hebben;
- voldoende cognitieve vermogens en psychische gezondheid, onder andere om te begrijpen wat er van je wordt gevraagd en daarop te kunnen anticiperen;
- de bereidheid om het eigen aandeel in de situatie in te zien en de consequenties van de eigen acties te accepteren.

In deze casus zijn de stakeholders van mening dat de cliënt in staat is om eigen verantwoordelijkheid te nemen, en dat ook laat zien, bijvoorbeeld door de zorg te dragen voor zijn kinderen, afspraken te maken met zijn ex-vrouw en contact te onderhouden met zijn ex-schoonouders.

Participatie/zelfontplooiing tot slot definiëren de respondenten als groei: het boeken van vooruitgang op de leefgebieden. Bepalende factoren hierbij zijn volgens hen de mentale gesteldheid en het hebben van grip en regie. In deze casus zien alle respondenten mogelijkheden tot participatie/zelfontplooiing, vooral omdat er voorafgaand aan de scheiding geen problemen waren.

Over het algemeen zijn de stakeholders het eens over wat de basisconcepten betekenen in termen van 'eigen kracht' en welke bepalende factoren daarbij horen. In deze casus hoeven dan ook geen grote verschillen te worden verwacht in de ondersteuning die vanuit de verschillende invalshoeken voor deze cliënt zou worden ingezet.

Gevolgen voor het aanbod aan zorg en ondersteuning

De stakeholders geven aan dat de meneer in de casus op de verschillende leefgebieden geholpen kan worden door professionele instanties. In eerste instantie is dat het wijkteam; dat kan vervolgens waar nodig doorverwijzen naar andere hulpverleners. Daarbij benoemen de stakeholders dezelfde leefgebieden als bij de probleeminventarisatie aan het begin van deze casus. Zij wijzen er daarbij op dat niet alle ondersteuning professionele inzet vereist: meneer kan zelf in gesprek met zijn ex-schoonouders en mensen in zijn netwerk die hem kunnen helpen met de zorg voor zijn kinderen en zijn financiën, stellen respondenten. Zij noemen ook dat hij zelf meer structuur en momenten van ontspanning in zijn leven brengen.

Route naar zorg

De stakeholders zijn het erover eens dat het waarschijnlijk is dat de vader via de school in contact komt met de hulpverlening. Via de school kan het wijkteam worden ingeschakeld, dat vervolgens breed naar de casus kijkt. Doordat hij naar het wijkteam gaat kan hij iemand toegewezen krijgen die als een luisterend oor fungeert. Dit heeft de meneer in de casus het meeste nodig volgens de stakeholders.

Andere ingangen zouden Stadsring51 (voor ondersteuning bij financiën) of de huisarts (in verband met de stress en somberheid) kunnen zijn.

4.4 Casus 3: het wijkteam (2)

De casus

De veertigjarige Anthony heeft twee jaar geleden een ernstig ongeluk gehad. Door het ongeluk heeft Anthony niet aangeboren hersenletsel opgelopen en hij is momenteel slecht ter been. Anthony heeft sinds een paar maanden last van angst- en paniekaanvallen. Hiervoor is hij onder behandeling bij de RIAGG. Hij woont sinds het ongeluk beschermd. Zijn vorige woning was niet meer geschikt om in te wonen en had teveel aanpassingen nodig. Door zijn mentale gesteldheid is destijds besloten dat hij beter beschermd kon wonen, maar inmiddels vinden zijn begeleiders dat het goed genoeg gaat om de stap te maken naar extramuraal, begeleid wonen. Dit proces is ingezet en dat leidt bij Anthony tot stress en onzekerheid; hij verzet zich tegen de verhuizing.

Door zijn hersenletsel heeft Anthony moeite om structuur aan te brengen in zijn dagelijks leven. Anthony probeert met hulp van een vrijwilliger eens in de week buiten te komen om iets leuks te doen. Dit is de enige keer in de week dat hij ernaar uitkijkt om naar buiten te gaan. Anthony is op jonge leeftijd vanuit Suriname naar Nederland gekomen. Hij heeft

hierdoor weinig familie om zich heen. Anthony heeft na zijn ongeluk steeds minder zin in gezelschap waardoor hij vaak alleen is. Anthony vult zijn dagen met tv kijken en internetten. Hij doet sinds kort veel onnodige aankopen via internet. Soms bestelt hij zes dingen in een week. Zijn ambulante hulpverlener probeert met hem te bekijken hoe hij kan stoppen met het doen van deze onnodige aankopen aangezien hij al twee keer geld tekort kwam voor boodschappen. Anthony heeft echter geen goede verstandhouding met deze hulpverlener en neemt dan ook niet zomaar iets van hem aan.

Cluster 1: leefgebieden

Onderstaand kader laat zien op welke leefgebieden de stakeholders in deze casus een zorgvraag zien.

<i>Leefgebied</i>	Perspectief stakeholder	Clïënt	Beschermd wonen	Wijkteam	Zorg
<i>Lichamelijke gezondheid</i>		X	X	X	X
<i>Geestelijke gezondheid / cognitie</i>		X	X	X	X
<i>Maatschappelijke participatie</i>					
<i>Dagbesteding (werk)</i>			X	X	X
<i>Huisvesting</i>				X	
<i>Financiën</i>		X	X	X	X
<i>Ouderschap en opvoeding</i>					
<i>Sociaal netwerk</i>			X	X	X
<i>Huiselijke relatie</i>					

Op basis van de casusbeschrijving vermoeden de stakeholders verschillende hulpvragen. Zoals bovenstaande tabel laat zien, zijn de stakeholders het er over eens dat er hulpvragen liggen op het gebied van fysieke en psychische gezondheid en financiën. Dagbesteding en het sociaal netwerk worden door alle respondenten, behalve de cliëntvertegenwoordiger genoemd. Het wijkteamlid noemt als enige huisvesting als een zorgpunt en is daarmee ook de stakeholder die op de meeste gebieden zorgvragen vermoedt. De cliëntvertegenwoordiger ziet op het minste aantal leefgebieden een mogelijke zorgbehoefte.

Alle stakeholders zijn het erover eens dat de hulpvraag verder verkend moet worden waarbij de focus ligt op wat de cliënt precies vindt van zijn situatie en hoe hij de situatie ervaart. Het wijkteamlid en de POH-GGZ geven beiden aan dat het belangrijk is om ook stil te staan bij hoe het niet-aangeboren hersenletsel het leven van de cliënt heeft veranderd. Om die reden vinden zij het belangrijk om ook iemand te spreken die de cliënt al kende voordat hij het ongeluk kreeg.

Gebruikte instrumenten

Om de hulpvraag beter in zicht te krijgen hebben de hulpverleners verscheidene instrumenten tot hun beschikking. Beschermd wonen gebruikt bijvoorbeeld een intakeformulier, krachtenonderzoek en een begeleidingsplan. Bij het opstellen van een begeleidingsplan worden alle leefgebieden en krachten afgegaan. Vanuit de zorg en het wijkteam wordt aangegeven dat zij geen gebruik maken van methodieken (hetgeen voor het wijkteam niet strookt met hetgeen door andere respondenten van de wijkteams is aangegeven); zij handelen op basis van hun professionaliteit en jarenlange ervaring.

Clusters 2&3: de dimensies waarop 'eigen kracht' zich toont en zelfregulatie

De krachten die genoemd worden door de stakeholders zijn voornamelijk gericht op de competentionele dimensie. Onderstaande tabel geeft een overzicht.

Dimensie	Invulling
Competenties	De stakeholders kijken actief naar competenties maar formuleren die niet per leefgebied. De cliënt is volgens hen zelfstandig, zelfredzaam en leerbaar en heeft vaardigheden om te internetten. Het wijkteam geeft ook aan dat hij zich veilig voelt bij het beschermd wonen.
Motivatie	Gevraagd naar de motivationele dimensie kunnen de stakeholders weinig krachten benoemen die wijzen op motivatie, zingeving, locus of control en self-efficacy. Wel noemen zij een gebrek aan zelfvertrouwen, waardoor de cliënt zijn eigen mogelijkheden zou onderschatten. Dit uit zich in het gedrag.
Sociaal	De stakeholders zien als kracht in het sociale netwerk dat hij contact heeft met een vrijwilliger.
Zelfregulatie	De meeste stakeholders geven aan geen krachten te zien op dit gebied. Alleen vanuit zorg wordt aangegeven als kracht te zien dat meneer niet blind meegaat met de hulpverlener waarmee hij niet goed kan opschieten.

Alle stakeholders benoemen op de verschillende dimensies van 'eigen kracht' sterke punten die zij zien bij deze cliënt. Vanuit het beschermd wonen wordt aangegeven dat hij op de leefgebieden kracht laat zien aangezien de begeleiders aangeven dat hij begeleid mag wonen in plaats van beschermd. Wel is niet duidelijk welke ontwikkeling er dan gemaakt is. Verder is er ook een kracht op te merken als het gaat om het sociale netwerk. De cliënt is namelijk tevreden over het contact dat hij heeft met de vrijwilliger. Dit is wel het enige moment dat hij naar buiten gaat, wat dus ook wijst op beperkingen op de sociale dimensie. De competenties die worden opgemerkt zijn gebaseerd op de overgang naar een andere woonvorm, waar minder begeleiding is. Ook het zichzelf vermaken met internetten en tv kijken en het feit dat cliënt één keer per week naar buiten gaat wordt gezien als kracht.

Cluster 4: uitingsvormen van 'eigen kracht'

Zelfredzaamheid wordt door deze stakeholders gezien als de mate waarin iemand zichzelf kan redden in het dagelijkse bestaan en in staat is om praktische vaardigheden te benutten. Ook het zelfstandig kunnen maken van keuzes wordt hieronder geschaard. Onder zelfredzaamheid wordt verstaan dat iemand een sociaal netwerk heeft, geen verslavingen en schulden heeft en voor zichzelf kan zorgen. Het wijkteamlid voegt daaraan toe dat een zelfredzaam iemand ook in staat is om hulp te vragen als dat nodig is. Vanuit de invalshoek van de zorg in deze casus is een bepalende factor het bezitten van vaardigheden en deze in de praktijk toepassen. Vanuit de cliëntenraad wordt aangehaald dat iemand niet te veel psychische problemen dient te hebben en dat iemand geen problemen heeft op de leefgebieden financieel, fysiek en psychisch.

De stakeholders vinden de meneer op een bepaalde manier zelfredzaam. Vanuit het beschermd wonen en het wijkteam wordt gesteld dat meneer vorderingen maakt waardoor hij kon doorstromen naar een zelfstandigere woonvorm dan voorheen. De POH-GGZ en het wijkteam geven aan dat hij nog wel ondersteuning nodig heeft bij het krijgen van een dagstructuur. Het wijkteam wijst er verder op dat een dagbesteding en uitbreiding van het netwerk ervoor zou kunnen zorgen dat de meneer in kwestie meer zelfstandig wordt waardoor hij richting zelfstandig wonen met begeleiding zou kunnen gaan en verdere groei

mogelijk is. De POH-GGZ ziet als beperking in zelfredzaamheid dat cliënt moeilijk lijkt om te kunnen gaan met geld.

Zelfregie wordt gezien als het geven van invulling aan het leven, het kunnen maken van keuzes en de verantwoordelijkheid kunnen dragen van de keuzes die gemaakt worden. Vanuit de cliëntenraad wordt benadrukt dat iemand zelfregie heeft als degene op alle leefgebieden regie heeft. De bepalende factoren daarvoor zijn het kunnen maken van keuzes, verantwoordelijkheid kunnen nemen en het kunnen inzien van consequenties. Andere stakeholders geven aan dat het vooral belangrijk is dat iemand zijn leven op orde heeft en niet afhankelijk is van teveel instanties. Daarbij wordt alleen door de POH-GGZ aangegeven dat het hebben van motivatie om dingen op te pakken wanneer dat niet lukt bepalend kan zijn om zelfregie te kunnen voeren.

Bij de vraag of de meneer in de casus zelfregie toont lijken de stakeholders op verschillende aspecten te letten. Zowel het wijkteam als de POH-GGZ sluiten niet uit dat er een vorm van zelfregie op te merken is. Het wijkteam zou graag een neuropsycholoog willen inschakelen om te bepalen hoeveel meneer kan met zijn hersenbeschadiging. De POH-GGZ vindt dat meneer wel goed kan aangeven wat hij niet wil. Vanuit het beschermd wonen wordt aangekaart dat hij onvoldoende zelfredzaam is omdat hij niet goed om kan gaan met zijn financiën. De POH-GGZ wijst op het belang van motivatie en redzaamheid op de verschillende leefgebieden; de cliëntvertegenwoordiger wijst op het belang van zelfstandigheid.

Eigen verantwoordelijkheid wordt gedefinieerd als de mate waarop iemand de consequenties kan dragen voor de keuzes die gemaakt worden. Een van de bepalende factoren die daarvoor genoemd worden is het hebben van een bepaald cognitief niveau om consequenties in te kunnen schatten. Verder wordt ook genoemd dat iemand zijn eigen draagkracht en draaglast kan inschatten.

De stakeholders zien dat de cliënt in deze casus geen eigen verantwoordelijkheid neemt: hij komt niet echt zelf in actie en gaat niet goed om met de consequenties van zijn handelen op financieel en staat niet open voor begeleiding op dat punt.

Zelfontplooiing wordt gezien als het op verschillende gebieden jezelf kunnen ontwikkelen, waarbij die ontwikkelingen op zichzelf niet groot hoeven te zijn. Het kan bijvoorbeeld gaan om therapie maar ook om vooruitgang in werk en opleiding. De POH -GGZ benoemt vooral dat iemand een goed zelfbeeld moet hebben en het leuk vindt om dingen te ondernemen. De bepalende factoren die de stakeholders voor zelfontplooiing noemen zijn het cognitief vermogen en het psychisch functioneren. De cliëntenraad voegt eraan toe dat ook het netwerk belangrijk is. Het wijkteam vindt het daarbij belangrijk dat iemand motivatie heeft.

De stakeholders zijn er niet van overtuigd dat de persoon in kwestie in staat is tot zelfontplooiing. Beschermd wonen wijst op de belemmering dat zelfstandig wonen niet mogelijk is. Cliënt laat wel ontwikkeling zien, maar alleen onder begeleiding. Het wijkteam geeft juist aan de mogelijkheid tot zelfontplooiing moet blijken uit hoe het straks gaat bij zijn nieuwe huisvesting. De POH-GGZ ziet internetten en TV kijken als mogelijkheden voor zelfontplooiing, afhankelijk van hoe hij die kanalen inzet.

Gevolgen voor het aanbod aan zorg en ondersteuning

Ondanks de verschillende visies van de stakeholders op de problematiek en het feit dat zij verschillende methodieken gebruiken om de hulpvraag in kaart te brengen, is er weinig verschil in hoe ze de hulpvraag en 'eigen kracht' in deze casus definiëren. De verschillen die er tussen de stakeholders zijn, hangen samen met de invalshoek van waaruit zij werken. De cliëntenraad Werk & Inkomen vallen bijvoorbeeld financiën als eerste op en vanuit het beschermd wonen wordt de nadruk gelegd op aspecten als het plezierig wonen, zelfstandig wonen en het inzien van krachten ook al zijn ze klein. De verschillende invalshoeken hebben vooral invloed op wat er als eerste genoemd wordt als probleem en hoe de hulpvraag verder verkend wordt; niet op het uiteindelijke totaalbeeld.

Als het gaat om wat deze cliënt op 'eigen kracht' kan doen om zijn situatie te verbeteren, geeft met name de wijkteammedewerker daar een visie op. Deze spreekt over zelfregie: cliënt kan zelf beter aangeven wat voor hem het gewenste doel is, om vervolgens samen te kijken hoe hij daar kan komen, iets waar hij hulp bij nodig zal hebben.

De stakeholders noemen vervolgens diverse vormen van professionele hulp die kunnen worden ingezet. Deze komen overeen met de leefgebieden waarop ze een hulpvraag hebben geconstateerd: financiën, fysieke en psychische gezondheid, sociaal netwerk en dagbesteding.

Route naar zorg

De stakeholders geven aan dat de cliënt in deze casus mogelijk niet zelf de toegang tot zorg kan vinden. Hoewel deze cliënt een passieve houding aanneemt die hem zorgmijndend maakt en eraan bijdraagt dat hij niet snel zelf in actie zal komen, is hij reeds onder begeleiding van de hulpverlening en zal via de bestaande contacten verder begeleid worden.

4.5 Casus 4: het voorliggend veld

De casus

Mevrouw C. is een 78-jarige vrouw die met haar echtgenoot nog in een zelfstandige woning woont. Twee jaar geleden merkte mevrouw C. op dat haar man steeds minder dingen kon onthouden en vergeetachtig werd. Kort daarna werd alzheimer bij meneer geconstateerd.

Meneer is verder gezond. Medische voorgeschiedenis vertelt dat mevrouw C. belast is met hart- en longziekten. Ze is sinds 2008 bekend met COPD en in 2010 heeft ze een hartinfarct gehad. Sinds die diagnose is Mevrouw C. gestopt met roken, meer gaan bewegen en beter gaan eten. Hier krijgt ze ook begeleiding voor door de huisarts en praktijkverpleegkundige. Ze slikt hierbij ook de benodigde medicatie.

Het echtpaar woont alleen en zorgt voor elkaar. Dat gaat wat moeilijker omdat de conditie van zowel mevrouw als meneer verslechtert. Meneer vergeet steeds meer, is af en toe agressief en laat niet toe dat iemand anders dan zijn vrouw hem verzorgt. Mevrouw ervaart veel stress van de situatie, waar ze naar gevoel geen controle over heeft; haar hartklachten nemen toe en ze is snel moe, ongeduldig en prikkelbaar. Thuishulp komt twee keer per week om te helpen met huishoudelijke klussen. Het echtpaar is blij met de hulp, alhoewel zich de laatste tijd steeds vaker incidenten voordoen. Meneer reageert de laatste weken agressief op de mensen van thuishulp. Hij denkt dan dat het inbrekers zijn en wil ze zo

gauw mogelijk de deur uit hebben. Mevrouw C. probeert zoveel mogelijk het huishouden zelf te doen zodat de huishoudelijke hulp minder lang blijft.

Het echtpaar heeft drie kinderen die eens in de drie maanden langskomen. Vanwege de afstand tussen kinderen en ouders kunnen de kinderen weinig tot geen hulp bieden. Het echtpaar heeft ook weinig vrienden in de buurt; veel van hen zijn zelf oud en beperkt, of reeds overleden. Mevrouw C. geeft aan dat ze wel een keer in de zoveel tijd door een vrijwilliger wordt bezocht. De vrijwilliger maakt dan samen met het echtpaar een uitje. Mevrouw C. vindt dit geweldig want verder komt ze weinig de deur uit.

Cluster 1: leefgebieden

Onderstaande tabel laat zien op welke leefgebieden de stakeholders in deze casus een zorgvraag zien.

Perspectief stakeholders	Cliënt	Wijkverpleegkundige	Indebuurt033	POH-oudere
<i>Leefgebied</i>				
<i>Lichamelijke gezondheid</i>	X	X	X	X
<i>Geestelijke gezondheid / cognitie</i>	X	X	X	X
<i>Maatschappelijke participatie</i>				X
<i>Dagbesteding</i>	X	X		
<i>Huisvesting</i>			X	
<i>Financiën</i>				
<i>Ouderschap en opvoeding</i>				
<i>Sociaal netwerk</i>	X	X	X	X
<i>Huiselijke relatie</i>	X	X	X	X

De stakeholders benoemen allen problemen op de leefgebieden lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, het sociaal netwerk en de huiselijke relatie. De stakeholders hebben het idee dat de mevrouw in de casus veel stress ervaart en haar sociaal netwerk te klein is. Ze vinden het zorgelijk dat de huishoudelijke hulp steeds minder lang blijft. Ook vragen ze zich af hoe het ziektebeeld van de man zich zal ontwikkelen en hoe dit de 'eigen kracht' van de mevrouw zal beïnvloeden. De cliëntvertegenwoordiger en de wijkverpleegkundige verbinden hun zorgen tevens aan het leefgebied dagbesteding. Huisvesting wordt genoemd vanuit Indebuurt033 (de mantelzorgcoördinator) en heeft betrekking op de vraag hoe lang deze twee mensen nog zelfstandig kunnen blijven wonen.

Gebruikte instrumenten

De hulpverleners gebruiken verschillende soorten methodieken voor het in kaart brengen van de hulpvraag. De mantelzorgcoördinator van Indebuurt033 gebruikt daar geen specifiek instrument voor maar gaat het gesprek met een cliënt aan en vindt het belangrijk om goed door te vragen. Ook andere medewerkers van Indebuurt033 hebben op basis van hun eigen ervaring en specifieke achtergrond en expertise methodieken tot hun beschikking voor dit soort gespreksvoering. De POH-ouderenzorg gebruikt van de Groningen Frailty Indicator (GFI) en de Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie (TraZAG). Dit zijn vragenlijsten gericht op het in kaart brengen van de hulpvraag van ouderen. De wijkverpleegkundige werkt met de Nanda verpleegkunde diagnose, waarmee 14 leefgebieden worden afgegaan en tevens gewerkt wordt aan het creëren van een vertrouwensband.

Clusters 2&3: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont en zelfregulatie

De stakeholders zien op verschillende dimensies krachten. Onderstaande tabel bevat een overzicht.

Dimensie	Invulling
Competenties	De stakeholders brengen de competenties van cliënten in kaart. In deze casus lezen ze de competenties af aan het nemen van verantwoordelijkheid door mevrouw, die probeert zoveel mogelijk zelf te doen en inzake haar gezondheid veel vooruitgang heeft geboekt.
Motivatie	De stakeholders kijken met name naar motivatie. Ze geven aan dat mevrouw gemotiveerd is om haar gezondheid te verbeteren daar ook resultaat in laat zien.
Sociaal	Alle stakeholders kijken naar de sociale dimensie en zien op dat vlak in deze casus problemen. De vrouw weert steeds meer mensen: ze houdt de huishoudelijke hulp buiten de deur en betreft haar kinderen niet genoeg in de situatie. De hulpverleners denken dat de vrouw wel in staat is om dit punt te verbeteren aangezien ze ook contact heeft met een vrijwilliger.
Zelfregulatie	De stakeholders vullen dit in als het zelf oplossen van problemen en herkennen op dit vlak ‘eigen kracht’ bij mevrouw doordat zij huishoudelijke hulp en hulp van een vrijwilliger heeft ingeschakeld, als ook in hoe ze omgaat met haar eigen fysieke gezondheid. Ze twijfelen aan haar vermogen tot zelfreflectie: ze vragen zich af of mevrouw zich realiseert dat haar keuzes en gedrag haar in de problemen brengen.

Op de sociale en motivationele dimensies zijn er geen verschillen tussen de perspectieven van de vier respondenten. Op de competentionele dimensie en zelfregulatie benoemen zij niet geheel dezelfde aspecten als teken van ‘eigen kracht’. De POH-ouderen, de cliëntvertegenwoordiger en de mantelzorgcoördinator van Indebuurt033 zien in dat kader met name de stappen die mevrouw heeft genomen om zichzelf gezonder te maken: de wijkverpleegkundige, en ook de POH-ouderen, noemen het inschakelen van hulp (huishoudelijke hulp en vrijwilliger).

Cluster 4: uitingsvormen van ‘eigen kracht’

De stakeholders zijn eensgezind in de definitie van de begrippen zelfredzaamheid, zelfregie, eigen verantwoordelijkheid en zelfontplooiing. De nuances zitten vooral in de bepalende factoren die ze aandragen.

De stakeholders definiëren **zelfredzaamheid** als de mate waarin zelf eigen problemen kunnen worden opgelost en in hoeverre iemand tijdig hulp kan vragen en inschakelen. Dat iemand beperkingen heeft wordt niet als een obstakel gezien. Het gaat er vooral om of iemand zich kan redden in een bepaalde situatie. Als bepalende factoren wijzen zij op het hebben van een gevoel van zelfstandigheid (mantelzorgcoördinator), het redden op de verschillende leefgebieden (mantelzorgcoördinator en POH-ouderen), zelfinzicht en kennis van de sociale kaart zodat mensen zelf hulp kunnen inschakelen (cliëntvertegenwoordiger en wijkverpleegkundige).

Alle stakeholders achten mevrouw zelfredzaam, maar met name de mantelzorgcoördinator en de cliëntvertegenwoordiger benadrukken dat (extra) ondersteuning mogelijk nodig is. Haar echtgenote is dementerend, hij is agressief en men weet niet hoe dat proces verder verloopt. De overbelasting kan haar zelfredzaamheid in de weg zitten en de verandering van haar man zal iets met mevrouw doen. Het beperkte sociale netwerk vraagt ook

aandacht, er is sprake van eenzaamheid. Met name de wijkverpleegkundige geeft aan dat dit laatste aandacht vereist.

Zelfregie wordt gezien als de capaciteit om een mening te hebben en wensen goed kunnen formuleren en uiten. Cognitieve vermogens zijn daarvoor belangrijk: iemand moet in staat zijn om een hulpvraag goed te kunnen formuleren en keuzes te maken, zelfinzicht hebben en een bepaalde vorm van assertiviteit. De cliëntvertegenwoordiger wijst er op dat om zelfregie te kunnen voeren, iemand goed in zijn vel moet zitten en er geen stress aanwezig moet zijn.

Vanuit Indebuurt033 en de ASD wordt aangegeven dat deze mevrouw in staat is tot het voeren van zelfregie. De mantelzorgcoördinator stelt daarbij wel dat mevrouw begeleiding nodig heeft om dingen zelf op te pakken en terugval te voorkomen.

Eigen verantwoordelijkheid houdt in dat er zelf initiatief genomen wordt om actie te ondernemen. Vanuit de ASD en de POH-ouderenzorg worden als belangrijke factoren daarvoor genoemd iemands locus van control en self-efficacy. Alle stakeholders noemen mentale rust en zelfinzicht als voorwaarde om eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen. De wijkverpleegkundige wijst op de relevantie van alle leefgebieden in dit kader.

De stakeholders zien de mevrouw in deze casus beperkt eigen verantwoordelijkheid nemen. Hoewel ze actie heeft ondernomen om haar fysieke gezondheid te verbeteren en voor haar echtgenoot zorgt, vraagt ze niet om extra hulp en wijst ze ook haar kinderen er niet op dat ze het niet meer aankan.

Zelfontplooiing wordt gezien als ontwikkeling op alle gebieden om je leven zin te geven. De bepalende factoren die genoemd worden zijn de fysieke en mentale gezondheid.

De POH-ouderenzorg en de cliëntvertegenwoordiger geven beide aan dat er weinig tot geen ruimte is voor zelfontplooiing in deze casus. Dit komt doordat mevrouw in beslag wordt genomen door de zorg voor haar man. Vanuit de ASD wordt erop gewezen dat mevrouw in dit kader ruimte voor zichzelf nodig heeft, bijvoorbeeld door haar man naar de dagopvang te laten gaan. Ook de mantelzorgcoördinator van Indebuurt033 stelt dat de ruimte voor zelfontplooiing afhankelijk is van de mate waarin de echtelieden open staan voor ondersteuning, die hen in staat stelt om goed om te kunnen gaan met hun beperkingen.

Gevolgen voor het aanbod aan zorg en ondersteuning

De stakeholders zien verschillende manieren waarop mevrouw haar eigen situatie kan verbeteren. Ze kan met haar eigen familie en buurt in gesprek gaan; ze kan haar situatie bespreken met de huisarts, de vrijwilliger en de thuiszorg. Verder kan ze informatie zoeken over Alzheimer bij haar arts of op het internet. Ook wordt het oppakken van haar hobby en het regelen van zorg genoemd. De wijkverpleegkundige wijst er op dat mevrouw hulp van buitenaf zal moeten aanvaarden; nu wil ze te veel zelf doen.

Vanuit hun eigen perspectief zien stakeholders de volgende mogelijkheden voor ondersteuning:

- Indebuurt033: informatie, advies en begeleiding naar zorg/ondersteuning door de mantelzorgcoördinator. Voorbeelden van ondersteuning zijn een cursus dementie, een lotgenotengroep, individuele gesprekken en (begeleiding naar) respijtzorg.

- POH-ouderen: doorverwijzen en hulp inschakelen als cliënten de weg zelf niet vinden.
- Wijkverpleegkundige: de situatie screenen op alle leefgebieden en de verbinding leggen met het wijkteam en de keten dementiezorg. Contact leggen met benodigde zorgverleners en/of voorzieningen in de wijk waar het echtpaar gebruik van zou kunnen maken. Adviseren, informeren, verwijzen, begeleiden en zorg verlenen.

De stakeholders noemen ook (andere) professionele vormen van zorg en ondersteuning die deze mevrouw zouden kunnen ontlasten. Zij noemen daarbij alle leefgebieden waarop eerder problemen zijn geïdentificeerd, met uitzondering van de fysieke en psychische gezondheid. Als de vrouw geholpen wordt op de andere leefgebieden dan zal ze op deze twee gebieden ook gezonder worden, is de gedachte. Alleen de mantelzorgcoördinator wil op het vlak van de gezondheid ook direct hulp inschakelen. Daarnaast wijzen de stakeholders er op dat gekeken moet worden of mevrouw nog in staat is om te zorgen voor meneer of dat de man in een verzorgingstehuis opgenomen moet worden.

Consequenties verschil in interpretatie

In deze casus wordt de ‘eigen kracht’ en in hoeverre daar een beroep op kan worden gedaan deels verschillend geïnterpreteerd. Dat verschil zit met name in de mate waarin de belastbaarheid van mevrouw wordt meegewogen. Waar de wijkverpleegkundige benadrukt wat mevrouw zelf kan (bijvoorbeeld zelf het huishouden doen), wijzen andere respondenten op de overbelasting waarvan sprake lijkt te zijn en waarop moet worden geacteerd. In dat kader vindt de mantelzorgcoördinator dat mevrouw om te beginnen zoveel mogelijk hulp moet krijgen; als later blijkt dat ze op bepaalde gebieden alleen verder kan, dan kan de hulp worden afgebouwd. Ook de POH-ouderen en de cliëntvertegenwoordiger wijzen op de noodzaak om het risico van overbelasting serieus te nemen en mevrouw voor dat doel zoveel mogelijk te ondersteunen. In dat kader vinden zij het ook belangrijk om de zorgen die de casus bij hen oproept te bespreken met mevrouw en het niet geheel van haar af te laten hangen hoe de ondersteuningsbehoefte wordt geformuleerd.

Route naar zorg

De stakeholders noemen verschillende routes naar hulp in deze casus:

- Via de thuiszorg naar andere organisaties.
- Via de huisarts naar andere organisaties (waaronder het wijkteam).
- Via de POH-ouderenzorg naar het wijkteam/zorgloket.
- Via de vrijwilliger naar andere organisaties.

Ze twijfelen echter of de mevrouw in de casus de weg naar hulp zou vinden. De huisarts is de meest waarschijnlijke ingang, aangezien de oudere generatie de huisarts vaak vertrouwt. Dan is wel nodig dat mevrouw in staat is om de vraag goed te formuleren, iets waar respondenten niet zeker van zijn, ook omdat ze hulp juist buiten de deur houdt. De POH-ouderen geeft aan dat huisartsassistenten actief kunnen screenen op dit soort problematiek en dan doorverwijzen naar de praktijkondersteuner voor een gesprek.

4.6 De casussen samen beschouwd

Over alle vier de behandelde casussen heen beschouwd valt het volgende op.

Cluster 1: leefgebieden

Op het vlak van de **leefgebieden** die onder ‘eigen kracht’ vallen, laat het onderzoek zien dat er een verschil is tussen professionals die primair vanuit hun eigen expertise naar casussen kijken en professionals die met een brede blik beginnen. De professionals die met een brede blik beginnen, de ‘generalistisch’ werkende professionals zoals wijkteammedewerkers, kijken standaard naar alle leefgebieden. De professionals die vanuit een specifiek specialisme werken, bijvoorbeeld de GGZ, kijken eerst naar de leefgebieden die hun specialisme betreffen, in dit geval bijvoorbeeld geestelijke gezondheid. Ze kijken daarna echter vaak toch breder naar de problematiek die van invloed kan zijn op de hulpvragen die zij behandelen. De casussen laten dan ook weinig opvallende ‘missers’ zien: problemen die wel spelen maar die niet worden opgemerkt omdat ze op een leefgebied spelen waarnaar niet wordt gekeken.

Leefgebieden eigen kracht:

- Lichamelijke gezondheid
- Geestelijke gezondheid
- Maatschappelijke participatie
- Dagbesteding
- Huisvesting
- Financiën
- Ouderschap en opvoeding
- Sociaal netwerk
- Huiselijke relaties

Een deel van de professionals werkt met gestructureerde vormen van **vraagverkenning**. Opvallend is dat dit bij de verschillende vormen van gemeentelijke toegang verschilt: trajectbegeleiders werken met een gestructureerde vragenlijst, wijkteams met aandachtsgebieden en Indebuurt033 zonder vaste structuur. Professionals in de zorg werken veelal met diagnostische instrumenten; deze bevatten vaak niet alle leefgebieden die in dit onderzoek onder ‘eigen kracht’ geschaard worden. Specialistische hulp zoals beschermd wonen is wel gewend om gestructureerd alle leefgebieden af te gaan, omdat die allemaal van invloed kunnen zijn op de ervaren problematiek.

Clusters 2&3: de dimensies waarop ‘eigen kracht’ zich toont en zelfregulatie

Van de drie onderscheiden **dimensies** binnen het concept ‘eigen kracht’ krijgen de competentionele en sociale dimensie duidelijk de meeste aandacht. Aspecten van de motivationele dimensie en het vermogen tot zelfregulatie worden ook wel gezien, maar (met uitzondering van motivatie zelf) vaak niet als zodanig benoemd. Uit de respons van de stakeholders lijkt af te leiden dat zij uitgaan van motivatie, hoe beperkt ook: bijvoorbeeld als iemand bij een trajectbegeleider komt maar duidelijk geen zin in het traject heeft, wordt uit het feit dat diegene

Competentionele dimensie:

- Wat iemand kan;
- Wat iemand weet en kent.

Motivationale dimensie:

- Zelfvertrouwen
- Geloof in eigen kunnen en effectiviteit van eigen handelen (self-efficacy)
- Motivatie
- Zingeving
- Perceptie van controle over factoren die het leven beïnvloeden (locus of control)

Sociale dimensie:

Het sociaal netwerk van mensen.

wel naar de afspraak komt een element van motivatie gezien. Oftewel: professionals zoeken naar kleine signalen van motivatie en gebruiken die als haakje om gedurende het traject op voort te bouwen. Het casuonderzoek heeft echter niet laten zien dat kenmerken die motivatie en de effectiviteit van ondersteuning kunnen beïnvloeden, zoals zelfvertrouwen, zelfinzicht, locus of control en self-efficacy, structureel aandacht krijgen.

Cluster 4: uitingsvormen van ‘eigen kracht’

Er zijn geen grote verschillen aangetroffen in de wijze waarop respondenten de verschillende **uitingsvormen** van ‘eigen kracht’ definiëren. Onderstaande tabel laat de gemene deler tussen de respondenten zien.

Begrip	Scope van definitie die stakeholders er aan geven
<i>Zelfredzaamheid</i>	Het zelfstandig en naar tevredenheid kunnen leven zonder problemen te hebben op één van de leefgebieden en zonder de regels die in de samenleving gelden te overtreden. Daarbij in staat zijn om zelf keuzes te kunnen maken en hulp in te schakelen wanneer dat nodig is. Voorwaarden voor zelfredzaamheid zijn een zekere mate van er op alle leefgebieden redelijk goed voor staan inclusief het hebben van voldoende cognitieve vermogens en zelfinzicht.
<i>Zelfregie</i>	Van het tonen van initiatief, via het vermogen om de eigen behoefte goed te kunnen inschatten en formuleren, tot het geven van invulling aan het leven, het kunnen maken van keuzes en de verantwoordelijkheid kunnen dragen van de keuzes die gemaakt worden. Voorwaarden voor het kunnen voeren van zelfregie zijn een zeker cognitief vermogen en zelfinzicht, psychische gezondheid en een zekere mate van onafhankelijkheid en assertiviteit.
<i>Eigen verantwoordelijkheid</i>	Het zelf nemen van actie om dingen te veranderen als ook de bereidheid om het eigen aandeel in de situatie in te zien en de consequenties van de eigen keuzes en acties te accepteren. Voorwaarden zijn voldoende cognitieve vermogens en psychische gezondheid, zelfinzicht, locus van control en self-efficacy.
<i>Participatie/ zelfontplooiing</i>	Persoonlijke groei en ontwikkeling. Voorwaarden zijn voldoende cognitieve vermogens, het hebben van grip en regie, motivatie en psychische gezondheid.

Binnen de invulling van de centrale begrippen kunnen de dimensies van ‘eigen kracht’ worden herkend. Er is met name aandacht voor de competentionele dimensie (met name cognitie en psychische gezondheid) en de motivationele dimensie (waarvan impliciet alle aspecten terugkomen); de sociale dimensie wordt opvallend weinig genoemd bij de invulling van de centrale begrippen van ‘eigen kracht’. Wel is er aandacht voor het vermogen tot zelfregulatie (met name zelfinzicht).

Respondenten in het casuonderzoek is gevraagd of zij een verschil zien in de wijze waarop zichzelf ‘eigen kracht’ interpreteren, en de wijze waarop hun collega’s dat doen. Een belangrijk verschil dat veel respondenten daarbij noemen is dat zij zien dat collega’s te snel oplossingen gaan zoeken voor cliënten. Zij zien dit als een valkuil: inzetten op ‘eigen kracht’ betekent voor hen dat je de regie zoveel mogelijk bij de cliënt legt, maar wel rekening houdt met diens beperkingen. Het is óók een risico om veel aan de cliënt zelf over te laten, de ‘eigen kracht’ kan ook worden overschat. Zij zien vooral de noodzaak om ‘eigen kracht’ te ondersteunen: een cliënt die niet leert om zelf oplossingen te bedenken of die geen regie heeft over de hulp die hij krijgt zal eerder weer terugvallen in de problemen; maar te veel uitgaan van de ‘eigen kracht’ van iemand die veel problemen heeft, door bijvoorbeeld niet te sturen in het inzichtelijk maken van de problemen, te veel te denken dat iemand zelf een bepaalde hulpvraag kan formuleren of iets zelf op kan lossen, kan ervoor zorgen dat iemand verder in de problemen raakt. Belangrijke instrumenten om hulpverleners op één lijn te krijgen in de manier waarop zij omgaan met ‘eigen kracht’ zijn (interdisciplinaire) scholing en het hanteren van vaste (vergelijkbare) methodieken, zo blijkt uit de gevoerde interviews.

Het werken met protocollen wordt juist gezien als beperkend: daardoor zou er minder oog zijn voor de ondersteuningsvraag.

4.7 Mogelijke risico's voor kwaliteit zorg en ondersteuning

Uit het bovenstaande komen drie bevindingen naar voren waar mogelijk risico's uit voortvloeien voor de kwaliteit van de zorg en ondersteuning in het Amersfoortse sociaal domein. Deze bevindingen zijn in een groepsgesprek voorgelegd aan vertegenwoordigers van de verschillende stakeholders. Hieronder zijn de bevindingen opgenomen, samen met een nadere verklaring zoals die uit het groepsgesprek naar voren komt.

- Onvoldoende herkenbare, structurele aandacht voor de motivationele dimensie en het vermogen tot zelfregulatie

Deelnemers aan het groepsgesprek hebben het belang van aandacht voor deze twee aspecten van 'eigen kracht' benadrukt. Het appelleren aan iemands motivatie is daarbij essentieel genoemd voor het bereiken van resultaten. Daarbij is de insteek vaak positief: er wordt gekeken wat iemand zelf wil en wat iemand motiveert tot actie. In het verlengde daarvan kijken uitvoerders volgens hen ook zeker naar belemmeringen die motivatie in de weg staan. Het gaat dan om praktische belemmeringen (zoals dakloosheid, schulden) maar ook om belemmeringen die samenhangen met andere aspecten van de motivationele dimensie (zoals zelfvertrouwen, geloof in eigen kunnen, perceptie van controle). De deelnemers aan het groepsgesprek zijn het erover eens dat dit niet te vatten is in werkwijzen en protocollen; professionals moeten de gespreksvaardigheden hebben om goed door te vragen naar achterliggende problemen en zo zicht te krijgen op belemmerende factoren, op alle dimensies van 'eigen kracht' en dus ook op de motivationele dimensie en het vermogen tot zelfregulatie. Ze zijn er ook van overtuigd dat dit in de praktijk gebeurt, het zou een vanzelfsprekend onderdeel van de gesprekken met cliënten zijn omdat uitvoerders het essentieel vinden zo precies mogelijk te weten te komen wat iemand in beweging krijgt en wat dat belemmert. Juist dat het zo vanzelfsprekend is, is mogelijk de reden dat de respondenten in het casuonderzoek er weinig expliciet over hebben gesproken.

Deelnemers spreken in dit kader ook van de 'vraag achter de vraag': juist bij minder zichtbare factoren als zelfregulatie en de verschillende aspecten van de motivationele dimensie, die niet eenvoudig waarneembaar zijn, is het belangrijk om op zoek te gaan naar de werkelijke hulpvraag van de cliënt.

- Een grote nadruk op het laten komen van de hulpvraag vanuit de cliënt, bij cliënten die kampen met beperkingen die kunnen belemmeren dat zij hun hulpvraag zelf goed in beeld hebben

In het groepsgesprek is besproken hoe uitvoerders cliënten helpen om hun hulpvraag te formuleren. Uit de antwoorden blijkt dat het belangrijk is om daarbij een onderscheid te maken tussen mensen die de toegang wel vinden en zelf met een vraag komen, en mensen die niet zelf met een vraag komen. De eerste groep wordt geholpen via gespreksvoering. Dat komt dan op hetzelfde neer als hierboven is beschreven: het is zaak om daarbij goed door te vragen naar relevante aspecten van alle onderdelen van 'eigen kracht' die in dit onderzoek worden onderscheiden: 'de vraag achter de vraag' vinden. Overigens hoeft dat zeker niet bij iedereen: soms is een enkelvoudige vraag ook niet meer dan dat; deelnemers benadrukken dat cliënten dan ook niet belast moeten worden met een uitgebreide, diepe uitvraag op zoek naar eventuele andere of onderliggende problemen.

Inwoners die niet zelf met een vraag komen maar op een andere manier bij de verschillende vormen van toegang tot het sociaal domein terecht komen (bijvoorbeeld via doorverwijzing of bemoeizorg), moeten vaak geholpen worden om hun hulpvraag zelf in te gaan zien. Dat kost veel moeite en die stoppen bijvoorbeeld de wijkteams en Indebuurt033 ook wel in dit soort casussen. Voorbeelden die genoemd zijn, zijn casussen huiselijk geweld zonder kinderen, waarin de wijkteams erop af gaan en meerdere gesprekken voeren, ook met partijen apart; en casussen waarin sprake is van overbelaste mantelzorgers die de regie niet uit handen geven en daarom stelselmatig hulp af blijven houden en waarin bijvoorbeeld praktijkondersteuners van huisartsen en mantelzorgondersteuners veel tijd investeren. Toch lukt het lang niet altijd om mensen tot hulp te motiveren. De deelnemers vinden dat je dat dan ook moet accepteren, tenzij er sprake is van ernstige onveiligheid (voor iemand zelf of dienst omgeving) of er kinderen betrokken zijn die ernstige schade kunnen lijden.

Een groep die bijzondere aandacht verdient bestaat uit inwoners die niet zelf met een hulpvraag komen, maar van wie de ondersteuningsbehoefte ook niet door anderen wordt signaleerd. Met name voor inwoners met een migratie-achtergrond en laaggeletterden verdient de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning volgens de deelnemers aan het groepsgesprek nog nadere aandacht.

- Het bestaan van een spanning tussen enerzijds willen werken vanuit iemands ‘eigen kracht’, en anderzijds nu juist te maken te hebben met mensen met beperkingen in ‘eigen kracht’.

De deelnemers aan het groepsgesprek erkennen dat deze spanning bestaat en herkennen ook dat het voorkomt dat een te groot beroep wordt gedaan op de ‘eigen kracht’ van inwoners.

Het inzetten op ‘eigen kracht’ krijgt onder andere vorm door het zoeken naar aspecten van de situatie van een cliënt die positief geïdentificeerd kunnen worden. Daarbij kunnen ook hele kleine dingen als kracht geïdentificeerd worden. In één van de fictieve casussen (‘casus wijkteam 2’) is bijvoorbeeld sprake van een man die nauwelijks de deur uitkomt en zijn tijd grotendeels voor de televisie en op internet doorbrengt. Eén keer per week gaat hij er echter met een vrijwilliger op uit. Dit kan gezien worden als een bevestiging van de geïsoleerdheid van deze man. In het kader van het denken vanuit iemands ‘eigen kracht’ zien professionals dit echter als iets positiefs: die ene keer lukt het deze man toch om de deur uit te gaan. Door het als kracht te identificeren kan vervolgens worden onderzocht hoe daarop kan worden voortgebouwd.

Twee andere voorbeelden uit het casuonderzoek wijzen volgens respondenten echter op gebreken in de inschatting van de ondersteuningsbehoefte door professionals in deze casussen: het feit dat in de casus ‘werk en inkomen’ niet alle stakeholders de cognitieve beperking van de cliënt benoemen als factor waarmee rekening gehouden moet worden; en de bevinding dat in de casus ‘voorliggend veld’ niet alle stakeholders aandacht hebben voor de belastbaarheid van de mantelzorger. Zij bevestigen dat dit soort missers in de praktijk voortkomt, omdat de balans tussen inzetten op wat iemand wel kan en ondersteunen bij wat iemand niet kan soms heel moeilijk te vinden is. Daarnaast wijzen zij erop dat de belasting van mantelzorgers inderdaad vaak nog een blinde vlek is bij zorgverleners.

Deelnemers benadrukken het belang van het creëren van ‘succeservaringen’: mensen laten ervaren dat ze meer kunnen dan ze denken. Maar ze benadrukken ook dat daarmee wel moet worden aangesloten bij een reële inschatting van wat die persoon kan. Dat is niet

eenvoudig. Daarbij speelt mee dat hulpverleners nog wel eens de neiging hebben om hun eigen ervaringen en vermogens te projecteren op cliënten en zich onvoldoende in hun onvermogens kunnen inleven. Ze begrijpen dan niet waarom iemand zich ergens niet toe kan zetten en houden daar onvoldoende rekening mee in de ondersteuning. Om zo veel mogelijk te voorkomen dat dit gebeurt wordt geïnvesteerd in intervisie, multidisciplinaire casuïstiekbespreking en training (ook multidisciplinair).

HOOFDSTUK 5 BEANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSVRAGEN EN DE AANBEVELINGEN

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de conclusies van het onderzoek. Op basis daarvan worden ook enkele aanbevelingen gedaan. De opbouw is als volgt. Eerst worden per onderzoeksvraag de belangrijkste bevindingen weergegeven. Vervolgens wordt de centrale onderzoeksvraag beantwoord. De laatste paragraaf bevat de aanbevelingen waartoe de rekenkamer naar aanleiding van dit onderzoek is gekomen.

5.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag 1:

Hoe vult de gemeente het begrip 'eigen kracht' in?

- a. In het gemeentelijk beleid?
- b. In de toegang tot zorg en ondersteuning:
 - i. de weg die een inwoner moet volgen om toegang tot zorg en ondersteuning te krijgen?
 - ii. de diagnostische instrumenten die de gemeente daarbij inzet?
 - iii. de voorwaarden waaronder zorg en ondersteuning worden toegekend?

Het beleid van de gemeente Amersfoort geeft aandacht aan alle leefgebieden die in het kader van 'eigen kracht' relevant zijn en waar inwoners problemen kunnen ervaren die hen belemmeren zichzelf goed te redden en voldoende deel te nemen aan de samenleving.

Het gemeentelijk beleid zet vooral in op het versterken van 'eigen kracht' via het versterken van de sociale omgeving waarin mensen elkaar kunnen helpen. Er is in het beleid minder aandacht voor andere factoren die bijdragen aan iemands 'eigen kracht': wat mensen kunnen en weten (competenties), wat zij willen (aspecten van motivatie) en de mate waarin zij in staat zijn op hun eigen gedrag te reflecteren en dat te veranderen (zelfregulatie).

De gemeente wil met name de zelfredzaamheid en participatie van inwoners ondersteunen. Dit betekent dat het beleid inzet op de versterking van twee *uitingsvormen* van 'eigen kracht': zelfredzaamheid en participatie veronderstellen immers dat iemand *al in staat is* om dingen voor elkaar te krijgen. De gemeente hecht daarnaast veel waarde aan zelfregie en eigen verantwoordelijkheid; ook dit zijn echter *uitingsvormen* van 'eigen kracht'. Er kan niet zomaar vanuit worden gegaan, dat de mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, daartoe in staat zijn.

Deze bevinding t.a.v. het gemeentelijk beleid moet worden geplaatst in de context van de laatste jaren, waarin als gevolg van de decentralisaties in het sociaal domein het begrip 'eigen kracht' steeds meer gelaagdheid heeft gekregen. Inmiddels is er meer kennis over hoe dit begrip moet worden ingevuld, dan in de tijd waaruit het gemeentelijk beleid dateert. De omvangrijke taak van de gemeente in het sociaal domein is relatief nieuw. Dat geldt ook voor het toepassen van het begrip 'eigen kracht' op de dienstverlening in dat domein. Het onderzoek laat zien dat het denken hierover drie jaar geleden in zekere zin nog in de kinderschoenen stond. De laatste jaren is er veel ervaring opgedaan die nu zijn beslag dient te krijgen in een meer gelaagd begrip van 'eigen kracht', dat dan ook goed vertaald wordt naar beleid en uitvoering.

Bij de toegang tot zorg en ondersteuning wordt maar beperkt gebruik gemaakt van **diagnostische instrumenten**.

Indebuurt033 werkt niet met een vast instrument voor intakes; de wijkteams gebruiken de Zelfredzaamheidsmatrix alleen als kapstok voor de leefgebieden en niet als diagnostisch instrument; de klantmanagers van de afdeling Werk, Inkomen en Zorg (WIZ) gebruiken eveneens de leefgebieden als kapstok voor de intake; de trajectbegeleiders van het team Arbeidsintegratie hebben de beschikking over verschillende diagnostische instrumenten.

In de hele toegang tot zorg en ondersteuning in het kader van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet is er veel aandacht voor het gesprek met de klant en wordt het gesprek gezien als manier om 'de vraag achter de vraag' te achterhalen. Dit blijkt ook uit de uitwerking van de leidende principes van de wijkteams en het interne handboek van het team Arbeidsintegratie. De uitvoerders zijn ervan overtuigd dat instrumenten en protocollen niet helpen om te garanderen dat alle relevante elementen van 'eigen kracht' aandacht krijgen. Dit moet een plek krijgen in de gespreksvaardigheden en houding van de uitvoerende professionals. Training, intervisie en multidisciplinair casuïstiek-overleg zijn volgens hen manieren om de gewenste vaardigheden en houding te realiseren.

Bij de inrichting van het toegangsproces en de voorwaarden waaronder zorg en ondersteuning worden toegekend, probeert de gemeente rekening te houden met de beperkingen van mensen die een beroep doen op hulp. Naast de toegang via Indebuurt033, wijkteams en de afdeling WIZ, werkt de gemeente aan een stevige signaleringsstructuur, waarin mensen die de weg niet zelf vinden, door andere(n) (professionals) worden toegeleid naar de toegang. Toch blijven de laagdrempeligheid en vindbaarheid van de toegang een aandachtspunt. Er zijn signalen dat zowel inwoners als professionals de weg niet altijd goed weten en de mogelijkheid voor onafhankelijke cliëntondersteuning is maar bij weinigen bekend. Specifieke groepen die volgens respondenten in dit onderzoek onvoldoende bereikt worden en aandacht vragen, zijn inwoners die laaggeletterd zijn en inwoners met een migratie-achtergrond.

Onderzoeksvraag 2:

Hoe wordt het begrip 'eigen kracht' ingevuld door andere stakeholders (in ieder geval cliënten, eerste- en tweedelijns hulpverleners en uitvoerders)?

Aan de hand van casussen is onderzocht hoe stakeholders het concept 'eigen kracht' invullen. Uit dit deel van het onderzoek blijkt dat stakeholders over het algemeen **alle leefgebieden** die in het analysekader worden genoemd, beschouwen als relevante onderdelen van 'eigen kracht'. Wel zijn de stakeholders met een specifieke deskundigheid geneigd om primair te kijken naar de leefgebieden die voor hun specialisme relevant zijn; ze zijn zich echter bewust van de relevantie van problemen in andere leefgebieden. Hoewel door alle stakeholders breed naar de vraag (dus: naar alle leefgebieden) wordt gekeken, valt het op dat hun werkwijze verschillend is: zij hanteren niet allemaal een instrument of kapstok, en het instrumentarium dat zij gebruiken verschilt. Het casuonderzoek heeft overigens geen grote 'missers' laten zien en geeft geen aanwijzingen dat een meer gestructureerde aanpak noodzakelijk is.

In het analysekader worden **drie dimensies** onderscheiden die relevant zijn voor iemands 'eigen kracht': de competentionele, motivationele en sociale dimensie. Ook het vermogen tot

zelfregulatie wordt geacht van invloed te zijn op iemands 'eigen kracht'. Uit het casuonderzoek is gebleken, dat uitvoerders het meest expliciet aandacht besteden aan de competentionele en sociale dimensies. Binnen de motivationele dimensie krijgt motivatie zelf wel aandacht, maar gaat veel minder aandacht uit naar de andere kenmerken: zelfvertrouwen, *self-efficacy*, zingeving, *locus of control*. Ook de aandacht voor het vermogen tot zelfregulatie is beperkt.

Onvoldoende aandacht voor de motivationele dimensie en voor het vermogen tot zelfregulatie, brengt risico's met zich mee voor de effectiviteit van zorg en ondersteuning. Dat iemand zelf dingen doet, vereist immers niet alleen bepaalde competenties, een steunend netwerk en de wil om iets te doen of te bereiken. Het vereist ook: zelfvertrouwen, het geloof om beoogde doelen te kunnen bereiken (*self-efficacy*, *locus of control*) en de vaardigheid om zonedig het eigen gedrag aan te passen (zelfregulatie).

Als er onvoldoende oog is voor dit soort, minder duidelijk zichtbare, belemmeringen, kan dat ertoe leiden dat een te groot beroep op iemands 'eigen kracht' wordt gedaan. In het afrondende groepsgesprek is nagegaan of het hierboven beschreven beeld uit het casuonderzoek klopt. Daarbij is dit beeld genuanceerd en aangevuld. De motivationele dimensie en zelfregulatie worden door de respondenten essentieel gevonden om mensen 'in beweging te brengen' en krijgen volgens hen meer dan voldoende aandacht bij het zoeken naar 'de vraag achter de vraag'. Ze worden meegenomen in de gesprekken met cliënten, waarin de professionals proberen te achterhalen wat de onderliggende oorzaak van hulpvragen is. Daarbij kijken ze ook naar zaken als zelfvertrouwen, zelfinzicht en talent.

Het belang hiervan blijkt wel uit de wijze waarop stakeholders de belangrijkste **uitingsvormen** van 'eigen kracht' definiëren:

Begrip	Scope van definitie die stakeholders er aan geven
<i>Zelfredzaamheid</i>	Het zelfstandig en naar tevredenheid kunnen leven, zonder problemen te hebben op één van de leefgebieden en zonder de regels die in de samenleving gelden te overtreden. Daarbij in staat zijn om zelf keuzes te kunnen maken en hulp in te schakelen wanneer dat nodig is.
<i>Zelfregie</i>	Het tonen van initiatief, het vermogen om de eigen behoefte goed te kunnen inschatten en formuleren, het geven van invulling aan het leven, het kunnen maken van keuzes en de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor gemaakte keuzes.
<i>Eigen verantwoordelijkheid</i>	Het zelf actie ondernemen om dingen te veranderen, de bereidheid om het eigen aandeel in een situatie in te zien en om de consequenties van de eigen keuzes en acties te accepteren.
<i>Participatie/ zelfontplooiing</i>	Persoonlijke groei en ontwikkeling.

De stakeholders noemen bij de definiëring namelijk voldoende cognitieve vermogens, zelfinzicht en psychische gezondheid en elementen van de motivationele dimensie als belangrijke voorwaarden voor deze uitingsvormen. Dat vereist dan ook dat daar in de ondersteuning rekening mee wordt gehouden.

In het onderzoek zijn geen grote verschillen tussen stakeholders aangetroffen in de invulling van het concept 'eigen kracht'. Stakeholders leggen wel eigen accenten in waar ze naar kijken en wat ze belangrijk vinden. Die zijn echter niet van dusdanige aard dat dit leidt tot verschillen in de interpretatie van de mate van eigen kracht die consequenties hebben voor de inschatting van de benodigde zorg en ondersteuning.

Onderzoeksvraag 3:

Wat betekenen deze (eventueel verschillende) invullingen van het begrip 'eigen kracht' voor:

- a. De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor kwetsbare inwoners?
- b. De kwaliteit van de zorg en ondersteuning?

Zoals hierboven geschreven, zijn in het onderzoek geen grote verschillen tussen stakeholders aangetroffen in de invulling van het concept 'eigen kracht'. Bij de invulling die zij aan dit concept geven, bestaat wel een aantal risico's voor de kwaliteit van zorg en ondersteuning:

- Stakeholders stellen vrijwel allemaal dat de vraag naar zorg en ondersteuning moet komen vanuit de cliënt: het is de cliënt en niet de hulpverlener, die de hulpvraag formuleert. Lang niet alle cliënten zijn in staat hun eigen hulpvraag te formuleren, bijvoorbeeld door een gebrek aan cognitieve vermogens of zelfinzicht of door psychische problematiek. Daarnaast zullen cliënten die hun hulpvraag wel in beeld hebben, die niet altijd formuleren, bijvoorbeeld omdat ze de controle over hun situatie niet willen verliezen. Het is dan ook een belangrijke functie van professionals om mensen te helpen bij het formuleren van hun hulpvraag; en hen het vertrouwen te geven dat zij, als ze hulp zoeken en accepteren, zelf de regie blijven houden over hun situatie. Met name dat laatste blijkt in de praktijk moeilijk. Wie niet geholpen wil worden, kan daartoe meestal niet gedwongen worden (uitzonderingen daargelaten, bijvoorbeeld bij ernstige onveiligheid of potentiële ernstige schade voor kinderen). Het is daarom nodig veel te investeren in vertrouwen en motivatie, maar ook dan zal geaccepteerd moeten worden dat sommige mensen geen hulp willen.
- De stakeholders herkennen dat er een spanningsveld is tussen enerzijds de wens in te zetten op iemands 'eigen kracht' en anderzijds de beperkingen waarmee inwoners die een beroep doen op zorg en ondersteuning kampen. Een te groot beroep op 'eigen kracht' kan ertoe leiden dat zij niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. Een te grote nadruk op hun beperkingen daarentegen, kan betekenen dat onvoldoende beroep wordt gedaan op hun eigen vermogens, waardoor ze meer en/of langer dan nodig afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. Deze balans is wankel en slaat niet altijd uit naar de juiste kant: zowel cliëntvertegenwoordigers als professionals hebben in dit onderzoek aangegeven dat het voorkomt dat een te groot beroep wordt gedaan op de 'eigen kracht' van inwoners. Door middel van training, intervisie en casuïstiekoverleg werken uitvoerders eraan dit zoveel mogelijk te voorkomen. Een specifieke 'blinde vlek' bij nog te veel professionals is de belasting van mantelzorgers, geven stakeholders aan.

Onderzoeksvraag 4:

In hoeverre doen zich bij bovenstaande vragen verschillen voor tussen de domeinen Participatiewet, Wmo en Jeugdwet?

De (kleine) verschillen in interpretatie van het concept 'eigen kracht', die in dit onderzoek zijn aangetroffen, zijn niet te herleiden tot de afzonderlijke wettelijke domeinen. Tussen de stakeholders vanuit de verschillende invalshoeken zijn op punten zowel overeenkomsten als (kleine) verschillen aangetroffen, waaruit geen algemene lijn per domein kan worden afgeleid.

5.3 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

Centrale onderzoeksvraag:

Hoe vullen stakeholders in het Amersfoortse sociaal domein het begrip 'eigen kracht' in en wat zijn de consequenties van eventuele verschillen daarin tussen stakeholders voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning?

Deze vraag is in het voorgaande reeds beantwoord, waar in detail is ingegaan op de wijze waarop stakeholders het begrip 'eigen kracht' invullen. Daarbij is ook aangegeven dat de aangetroffen verschillen tussen stakeholders niet dusdanig groot zijn, dat die op zichzelf consequenties hebben voor de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning. Tegelijkertijd is ook geconstateerd dat de wijze waarop 'eigen kracht' wordt geïnterpreteerd ook zonder die verschillen risico's met zich brengt voor deze toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning. Die risico's hangen samen met het spanningsveld tussen enerzijds de wens om aan te sluiten bij wat mensen zelf kunnen en willen en dat te versterken, en anderzijds het feit dat het in het sociaal domein om mensen gaat die nu juist kampen met gebreken in 'eigen kracht'. In dit spanningsveld is het steeds opnieuw zoeken naar de juiste balans; uit het onderzoek blijkt dat die balans nog niet altijd wordt gevonden. De stakeholders met wie in het kader van het onderzoek is gesproken zijn zich echter wel van de risico's bewust en laten ook zien dat er aandacht is voor het zorgvuldig handelen in dit spanningsveld.

Het begrip 'eigen kracht' neemt een centrale positie in het sociaal domein in. Er bestaat echter geen eenduidige definitie van. Dit onderzoek geeft een overzicht van de verschillende elementen van 'eigen kracht' en van de interpretatie daarvan door stakeholders. Het laat zien dat en waarom het relevant is in de praktijk met *al* deze elementen rekening te houden en welke risico's er zijn voor de effectiviteit van zorg en ondersteuning, als dit onvoldoende gebeurt. Daarmee biedt het onderzoek een basis voor reflectie op verbetermogelijkheden in het beleid en in de toegang tot zorg en ondersteuning. Met de uitkomsten kunnen gemeentebestuur, ambtenaren, uitvoerende professionals én cliënten de komende jaren verder bouwen aan dienstverlening in het sociaal domein, die op een adequate manier rekening houdt met en inspeelt op de 'eigen kracht' van inwoners.

5.4 Aanbevelingen

De rekenkamer komt naar aanleiding van het onderzoek tot een aantal aanbevelingen.

De rekenkamer is zich bewust van de positie en rol van Stichting Sociale Wijkteams en Indebuurt033. Desalniettemin is de rekenkamer van opvatting dat, gezien de verantwoordelijkheid van de gemeente voor het sociaal domein, de gemeente er alles aan moet doen om het functioneren te bevorderen. De rekenkamer heeft daarom al haar aanbevelingen aan het college van B&W geadresseerd. Daarbij gaat de rekenkamer ervan uit dat de gemeente, ook waar sprake is van overgedragen en uitbestede taken en bevoegdheden, de uitvoering van deze aanbevelingen kan bevorderen door nadere kaderstelling en/of door nauwe samenwerking en overleg met de Stichting Sociale Wijkteams en Indebuurt033.

De rekenkamer beveelt de gemeenteraad aan, het college het volgende te verzoeken.

1. Blijf werken aan de laagdrempeligheid en vindbaarheid van de toegang tot zorg en ondersteuning op basis van de Participatiewet, Wmo en Jeugdwet. Een zo dekkend

mogelijke signaleringsstructuur voor wie niet zelf de toegang tot zorg en ondersteuning vindt of zoekt, is van groot belang. Blijf werken aan grotere bekendheid van de toegang bij de partners in het voorliggend veld en in de eerste en tweede lijn. Werk ook aan het vertrouwen bij deze partners in het functioneren van de toegang.

Wees daarbij extra alert op de volgende aspecten:

- Ga na of en op welke punten de toegang verbeterd kan en moet worden voor doelgroepen die problemen ondervinden in de toegang vanwege bijvoorbeeld fysieke beperkingen, cognitieve beperkingen, laaggeletterdheid of anderstaligheid. Betrek mensen uit deze doelgroepen bij het zoeken naar oplossingen.
- Besteed aandacht aan het verbeteren van het bereik van zorg en ondersteuning:
 - onder mantelzorgers;
 - onder mensen met een migratie-achtergrond.

Evalueer periodiek het succes van de genomen maatregelen samen met de toegang, samenwerkingspartners en doelgroepen en stel maatregelen waar nodig bij.

2. Bewaak met cliënten, uitvoerend professionals in de toegang en samenwerkingspartners de balans tussen de inzet op ‘eigen kracht’ enerzijds en het rekening houden met beperkingen anderzijds. Bevorder een lerend proces, bijvoorbeeld via intervisie.
3. Laat de volle breedte van het begrip ‘eigen kracht’ terugkomen in het gemeentelijk beleid. Betrek de gemeenteraad hierbij. Waar nu de meeste aandacht uitgaat naar de sociale dimensie, zou het beleid aandacht moeten hebben voor zowel de competentionele, de motivationele en de sociale dimensie als voor het vermogen van mensen tot zelfregulatie. Zelfregie en eigen verantwoordelijkheid zijn, net als zelfredzaamheid en participatie, uitingsvormen van ‘eigen kracht’, waar juist bij de doelgroep van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet niet zonder meer een beroep op kan worden gedaan.
4. Ga met de uitvoerende partijen in gesprek over hoe zij de aandacht voor (aspecten van) motivatie en zelfregulatie meer expliciet kunnen maken. Bevorder dat uitvoerend professionals en samenwerkingspartners via training en intervisietrajecten gezamenlijk werken aan de ontwikkeling van een gemeenschappelijk referentiekader. Daarbij kunnen de uitkomsten van dit rekenkameronderzoek worden benut.

Tot slot

5. De volgende algemene punten:
 - Zet de opdrachten vanuit de raad i.c. de door de raad overgenomen aanbevelingen uit dit rekenkamerrapport, expliciet als opdrachten door naar de organisatie⁷⁸.
 - Rapporteer binnen één kwartaal aan de raad over de aanpak of implementatie van de opdrachten.
 - Het college draagt er zorg voor dat de status van en ontwikkelingen in de uitvoering van de door de raad aangenomen aanbevelingen van de rekenkamer

⁷⁸ Deze eerste drie algemene aanbevelingen betreffen een herhaling van de op 9 juli 2013 tijdens Het Besluit overgenomen aanbevelingen uit het overall rapport over de doorwerking van aanbevelingen uit rekenkamerrapporten, met inachtneming van het aangenomen amendement, met als doel de set van aanbevelingen voor dit onderliggende onderzoek compleet weer te geven.

geregistreerd en geborgd worden en informeert de raad in een jaarlijkse rapportage over de stand van zaken. Deze rapportage omvat in ieder geval hoe de aanbevelingen zijn opgepakt, wat er gedaan is en of dit conform de afspraken gebeurt.

- Rapporteer over een jaar aan de rekenkamer hoe bovenstaande aanbevelingen zijn opgevolgd⁷⁹.

⁷⁹ Zoals in het overall rapport over de doorwerking van aanbevelingen uit rekenkamerrapporten in 2013 is aangegeven, neemt de rekenkamer een 'vangnetaanbeveling' op. Dit gebeurt in de vorm van een verzoek van de raad aan het college om, een jaar na het onderzoek, informatie over de uitvoering van de aanbevelingen aan de rekenkamer te laten verstrekken.

BIJLAGE 1. OVERZICHT GEBRUIKTE DOCUMENTEN

Kaderstellende stukken

- Meerjarig beleidskader sociaal domein
- Regiovisie huiselijk geweld
- Raadsinformatiebrief m.b.t. Uitvoeringsprogramma transitie sociaal domein (december 2017)
- Raadvoorstel en besluit Visie en uitgangspunten van beweging in sociaal domein
- Discussienotitie en subsidieregeling #InDeBuurt
- Beleidskader Opvang en Bescherming
- Uitvoeringsprogramma Jeugd en Onderwijs
- Beleidsnota Gezondheid

Begrotingsstukken

- Meerjarenbegroting 2018-2021
- Jaarstukken 2016
- Kadernota 2018 – 2021

Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein

- Monitor sociaal domein 2015
- Monitor sociaal domein 2016
- Raadvoorstel monitoring sociaal domein 2018

Actuele verordeningen Wmo, Jeugdhulp en Participatiewet

- Verordening maatschappelijke ondersteuning 2017
- Verordening jeugdhulp gemeente Amersfoort 2017
- Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning gemeente Amersfoort 201
- Beleidsregels gebruikelijke hulp jeugdhulp gemeente Amersfoort 2018

Actuele verordening(en) Participatiewet

- Verordening verrekening bestuurlijke boete bij recidive
- Verordening individuele inkomenstoeslag
- Verordening individuele studietoelage Participatiewet Amersfoort
- Verordening cliëntenparticipatie sociale zekerheid Amersfoort

Stukken met betrekking tot werkwijze Toegangsstructuren

Indebuurt033:

- Rapportage Indebuurt033 – Eerste half jaar 2017
- Inhoudelijk kader Indebuurt
- Jaarplan 2018

Wijkteams:

- Plan van aanpak
- Uitwerking leidende principes

Uitvoering Participatiewet

- Checklist minimagesprekken
- Zo maken we het verschil
- Instrumentenhandboek arbeidsintegratie
- Reader training klantmanagers W&I

BIJLAGE 2. OVERZICHT RESPONDENTEN

Interviews over beleid en uitgangspunten uitvoering:

- Wethouder Wmo en jeugdzorg (vorige raadsperiode)
- Wethouder Werk en inkomen (vorige raadsperiode)
- Manager afdeling sociaal domein
- Afdelingsmanager Werk, Inkomen en Zorg
- Teammanager Arbeidsintegratie
- Wijkteamleider Nieuwland, Buitengebied West en Kattenbroek/Hoogland
- Wijkteamleider Kruiskamp, Koppel en Binnenstad
- Manager Indebuurt033
- Beleidsregisseur sociaal domein

Interviews over de vier casussen:

- 2 interviews met leden van de Adviesraad Sociaal Domein.
- 2 interviews met leden van de cliëntenraad Werk & Inkomen.
- Kwintes, begeleider beschermd wonen.
- Beweging 3.0, wijkverpleegkundige.
- Huisartsen Eemland, praktijkondersteuner kwetsbare ouderen.
- Gemeente Amersfoort, trajectbegeleider Werk & Inkomen.
- Stadsring51, teamleider schuldhulpverlening.
- 2 interviews met wijkteammedewerkers.
- Huisartsenpraktijk Kattenbroek, huisarts.
- Indebuurt033, mantelzorgcoördinator.
- De Geheime Tuin, jeugd-GGZ-medewerker.

Deelnemers groeps gesprek over risico's invulling 'eigen kracht' in de uitvoeringspraktijk:

- Indebuurt033, teamleider.
- Afdeling Werk, Inkomen en Zorg, teammanager klantbeheer.
- Cliëntenraad Werk & Inkomen (2 leden).
- Adviesraad Sociaal Domein.
- Teammanager Arbeidsintegratie.
- De Geheime Tuin, Jeugd GGZ, directeur.
- Huisartsen Eemland, POH kwetsbare ouderen.
- Stadsring51, teamleider schuldhulpverlening.
- Wijkteamleider Nieuwland, Buitengebied West en Kattenbroek/Hoogland.