



Universiteit Utrecht



Doorverwijzen door het sociaal team

Een onderzoek naar het coping mechanisme doorverwijzen door leden van sociale teams.

V. C. M. Kemp
Universiteit Utrecht
Master Bestuur en Beleid
Begeleider: prof dr. M. J. Trappenburg
Tweede lezer: J. N. P. Feitsma MSc
21 augustus 2017

In samenwerking met Sociaal Werk Nederland

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie “Doorverwijzen door sociaal team”. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de Universiteit van Utrecht voor de master Bestuur en Beleid. Ik heb dit jaar met veel plezier naar de bestuurlijke kant van maatschappelijke vraagstukken gekeken als aanvulling op de master Actuele Sociale Vraagstukken. Deze scriptie vormt het laatste onderdeel van de master Bestuur en Beleid en is geschreven gedurende een afstudeerstage bij Sociaal Werk Nederland.

Deze scriptie had niet tot stand kunnen komen zonder de steun en tijd van een aantal personen, die ik in dit voorwoord daarom graag wil bedanken. Ten eerste wil graag alle respondenten die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek. Zonder jullie was het onmogelijk een sterk onderzoek neer te zetten. Ten tweede wil ik graag mijn scriptiebegeleider Margo Trappenburg bedanken. Met haar feedback gedurende het afstudeerproces heeft ze mijn scriptie naar een hoger niveau getild. Daarnaast wil ik graag Ernst Radius bedanken. Als begeleider op stage heeft hij gezorgd voor het contact met de respondenten, maar ook heeft hij met feedback, concrete adviezen en een kritische blik bijgedragen aan dit eindresultaat. Verder wil ik de *Keters* en *Dommetjes* van de master Bestuur en Beleid bedanken voor het ‘megga’ gezellige jaar. Jullie hebben gezorgd voor een priem afsluiting van mijn studentenleven. De lange en fanatieke biebdagen met op zijn tijd een pauze maakten het scriptieproces nog leuker! In het bijzonder bedank ik graag mijn studiegenoten, huisgenoten én derde en vierde lezer Nina en Lieke. Tot slot gaat een speciale dank uit naar Rhea met wie ik stageliep bij Sociaal Werk Nederland: ik had mij geen beter maatje kunnen wensen!

Ik wens u veel leesplezier toe.

Vita Kemp

Utrecht, 21 augustus 2017

Samenvatting

In het begin van 2015 hebben in het sociale domein decentralisaties plaatsgevonden. Om deze decentralisaties op te vangen hebben 87% van de gemeenten sociale teams opgericht. Die sociale teams verzorgen de zorg- en dienstverlening in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet en Participatiewet. De teams werken integraal, generalistisch, interdisciplinair en outreachend. De teams zijn gesitueerd op wijk- of buurtniveau.

De sociale teams moeten hetzelfde werk in het sociaal domein verrichten als voorheen, maar dan met minder geld dan voorheen beschikbaar was. Om deze kostenbesparing te realiseren proberen de sociale teams zoveel mogelijk hulpvragen in het sociale team op te lossen en daarmee zo min mogelijk door te verwijzen naar tweedelijnsvoorzieningen.

Met deze context is het interessant om te kijken hoe sociale teams omgaan met doorverwijzingen. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe nemen sociale teamleden het besluit om cliënten door te verwijzen of zelf te behandelen?

Er is wetenschappelijke onduidelijkheid over waar doorverwijzen als mechanisme geplaatst moet worden. Uit de theorie van Lipsky over Street-level Bureaucracy blijkt dat frontlijn ambtenaren, of zoals Lipsky ze noemt: street-level bureaucrats, gebruik maken van coping mechanismen. Lipsky ziet doorverwijzen ook als een coping mechanisme. Vink, Tummers, Bekkers en Musheno hebben veel onderzoek gedaan naar coping mechanismen, maar zij hadden het coping mechanisme 'verwijzen' niet opgenomen in hun theorie. Deze studie stelt echter dat doorverwijzen op twee manieren wordt gebruikt bij coping. Ten eerste worden de coping mechanismen van Vink et al. (2015, pp. 15-16) door sociaalteamleden gebruikt bij het omgaan met de beslissing over doorverwijzen. Daarnaast kan, op basis van de literatuur van Lipsky, 'doorverwijzen' ook gezien kan worden als een opzichzelfstaand coping mechanisme, dat fungeert naast de andere zeven coping mechanismen van Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, pp. 15-16).

Om deze theoretische stelling te onderbouwen is in de praktijk gekeken hoe sociaalteamleden omgaan met de beslissing om wel of niet door te verwijzen. De dataverzameling is gedaan door middel van een enquête van verkennende aard, die is uitgezet onder sociaalteamleden (n = 154). Daaropvolgend zijn er negen verdiepende interviews gehouden met sociaalteamleden.

Uit de data-analyse blijkt dat sociaalteamleden verschillende factoren meewegen in het besluit om een cliënt wel of niet door te verwijzen. Voor het wél doorverwijzen zijn factoren die een doorverwijzing bevorderen: de complexiteit van de hulpvraag, het niet voldoende hebben van expertise en/ of ervaring (in het sociaal team), het niet kunnen leveren van maatwerk, een cliënt die komt voor een doorverwijzing, de werkdruk en de korte tijdsspanne in het sociaal team. De factoren die spelen bij het níet doorverwijzen van een cliënt zijn: de band met de cliënt, de samenwerking in de wijk, de aanpak blijkt te werken, het kunnen leveren van maatwerk, het reduceren van kosten, het hebben van overzicht, de samenstelling van het sociaal team, de financiële situatie van de cliënt, wachtlijsten en bureaucratie.

Daarnaast blijkt uit dat alle coping mechanismen die uit de theorie naar voren kwamen terug te zien zijn in de praktijk.

Een opvallende bevinding uit de studie is dat zich regelmatig situaties voordoen waarin het sociaalteamlid en de cliënt het niet eens zijn over de manier van behandelen of externe factoren een negatieve invloed hebben. Externe factoren kunnen invloeden van (gemeentelijk) beleid zijn, maar ook wachtlijsten en de druk om zo min mogelijk door te verwijzen. Wanneer deze discrepantie speelt maakt het sociaalteamlid gebruik van coping mechanismen in de discretionaire ruimte. Het is van groot belang dat een sociaalteamlid voldoende ruimte ervaart om zelf tot een beslissing te komen waarbij maatwerk geleverd kan worden.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1. Context	9
1.2. Sociaal team	10
1.3. Zo min mogelijk doorverwijzen	11
1.4. Probleem- en vraagstelling	13
1.5. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie	14
1.5.1. Maatschappelijke relevantie	14
1.5.2. Wetenschappelijke relevantie	14
1.6. Leeswijzer	15
2. Theorie	16
2.1. Kenmerken van street-level bureaucrats	16
2.1.1. Rechtstreekse interactie met burgers	17
2.1.2. Chronisch tekort aan middelen	17
2.1.3. Discretionaire ruimte	18
2.2. Coping mechanismen van street-level bureaucrats	20
2.2.1. Veranderingen in de klantenbehoefte	21
2.2.2. Veranderingen in de doelstellingen van het werk	22
2.2.3. Veranderingen in de perceptie op de cliënt	22
2.3. Uitbreiding coping mechanismen	23
2.4. De plaats van doorverwijzen in coping mechanismen	25
3. Methoden	28
3.1. Operationaliseren belangrijke concepten	28
3.2. Participanten	29
3.3. Enquête	29
3.4. Verdiepende interviews	33
3.5. Betrouwbaarheid en validiteit	35
3.5.1. Betrouwbaarheid	35
3.5.2. Validiteit	35
4. Resultaten	38
4.1. Resultaten enquête	38
4.2. Resultaten interviews	46
4.2.1. Wel doorverwijzen	46
4.2.1.1. De cliënt en het sociaalteamlid willen een doorverwijzing	47
4.2.1.2. Cliënt kwam voor een doorverwijzing	50
4.2.1.3. Doorverwijzing is noodgedwongen	50
4.2.2. Niet doorverwijzen	52
4.2.2.1. Het sociaalteamlid en de cliënt willen geen doorverwijzing	52
4.2.2.2. Noodgedwongen geen doorverwijzing	58
4.2.2.3. De cliënt wil geen doorverwijzing	61
4.3. Coping mechanismen komen voor in de data	63
4.4. Coping mechanismen in de discretionaire ruimte	68

5. Conclusie en discussie	70
5.1. <i>Beantwoording deelvragen en hoofdvraag</i>	70
5.2. <i>Relevantie</i>	72
5.3. <i>Beperkingen van het onderzoek</i>	72
5.4. <i>Suggesties voor vervolgonderzoek</i>	73
5.5. <i>Tot slot</i>	73
Bronvermelding	75
Bijlage 1. Enquête	78
Bijlage 2. Topiclijst interviews	85

1. Inleiding

Stelt u voor dat u maatschappelijk werker in een sociaal team bent. Het is uw taak om cliënten op een passende wijze te behandelen. Dat betekent dat u rekening dient te houden met de wensen van de cliënt, de mogelijkheden in het zorgstelsel, het (gemeentelijk) beleid en probeert de kosten voor de hulpverlening zo laag mogelijk te houden. Tijdens uw werk krijgt u de volgende casus voorgelegd:

Een cliënt van uw cliënten is Hans. Hans is achter in de 50, is analfabeet, heeft slechte ervaringen uit zijn vroegste jeugd en woont op zichzelf. Sinds een paar jaar heeft hij weer contact met Janne, een jeugdvriendin die in een andere gemeente woont. Ook zij heeft de nodige beperkingen en woont op zichzelf. Hans helpt haar met allerlei klusjes en daarvoor bezoekt hij haar regelmatig met zijn auto, zij is niet mobiel. Hans en Janne steunen elkaar en bieden elkaar mantelzorg. Zowel Hans als Janne heeft geldproblemen. Janne zit in de schuldsanering, Hans houdt zijn hoofd net boven water. Doodat Hans geen erkenning krijgt van de gemeente voor het leveren van mantelzorg aan Janne ontstaat er een situatie dat Hans benzinekosten maakt die niet vergoed worden. Dit is een probleem omdat Hans net rondkomt. Recht op kortingen, kwijtscheldingen of tegemoetkomingen heeft hij niet, want Hans heeft nog motorrijtuigen op zijn naam staan. Deze bestaan niet meer, maar zijn Hans dierbaar. Volgens de regels is hij daarom vermogend. Hans zal moeten bewijzen dat de voertuigen niet meer bestaan wil als hij recht wil hebben op tegemoetkomingen. Dit is echter lastig aan te tonen, waardoor hij geen recht op tegemoetkomingen heeft. Door het niet verkrijgen van een mantelzorgerkenning en –vergoeding en tegemoetkomingen heeft Hans geen geld om de eigen bijdrage van de ambulante begeleiding te betalen die hij eigenlijk zo moeten ontvangen. (Opgetekend uit het interview met maatschappelijk werker L.)

Wat zou u doen wanneer u de maatschappelijk werker was in deze casus? Deze casus laat diverse spanningen zien die symbool staan voor het werk van een frontlijnwerker. De wensen

van de cliënt, bureaucratie, het (gemeentelijk) beleid en de financiële situatie van meneer zorgen ervoor dat deze casus vol zit met tegenstrijdigheden. Deze casus laat exact zien waar deze studie over gaat: de beslissing die frontlijnwerkers in sociale teams nemen om een cliënt door te verwijzen naar een tweedelijnsorganisatie of doen besluiten om een cliënt zelf te behandelen.

Voor er wordt ingegaan op het verwijzen door frontlijnwerkers in sociale teams wordt eerst een context geschetst rondom de opkomst sociale teams (paragraaf 1.1). Vervolgens wordt besproken wat sociale teams zijn (paragraaf 1.2), waarna paragrafen f over doorverwijzen (paragraaf 1.3), de probleem- en vraagstelling (paragraaf 1.4) en de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie (paragraaf 1.5) volgen.

1.1. Context

De stijgende levensverwachting, de vergrijzing, de daling van de gezonde levensverwachting bij geboorte en de daarmee gepaarde toename van het aantal chronisch zieken en de ontwikkeling van de medische wetenschap zijn grotendeels verantwoordelijk voor de toename van de zorgkosten van 6,4% van het bruto binnenlands product tussen 1972 en 2013 in Nederland (Centraal Planbureau, 2013; Vries & Kossen, 2015). In 2013 werd er 93,099 miljoen euro aan zorg uitgegeven (CBS Statline, 2017). Elke euro die aan zorg wordt uitgegeven, kan niet aan andere kerntaken van de overheid worden besteed, zoals onderwijs, veiligheid en sociale zekerheid. Als deze trend zich zou voortzetten, worden de kosten op den duur onhoudbaar. Een ingrijpende verandering was daarom noodzakelijk (Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012, p. 13). Parallel aan deze ontwikkeling kwam de participatiesamenleving op. Burgers willen en kunnen zelf meer regelen en daarom komt er meer verantwoordelijkheid bij de burgers te liggen. Dit ging gepaard met de wens om zorg beter aan te laten sluiten bij de wensen en behoeften van burgers (Vries & Kossen, 2015).

Deze drie ontwikkelingen hadden invloed op de herziening van het Nederlandse zorgstelsel die in 2015 is doorgevoerd. Door de decentralisatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet zijn gemeenten in een klap

verantwoordelijk geworden voor een groot deel van het sociale domein (Vries & Kossen, 2015; Waal, Binkhorst, & Scheijmans, 2014). Dit wordt ook wel de transitie genoemd.

Deze transitie heeft geleid tot een transformatie bij veel gemeenten: een andere manier van werken. Van de Nederlandse gemeenten heeft 87% de transitie aangepakt om sociale teams op te zetten (Arum & Schoorl, 2016, p. 13).

1.2. Sociaal team

Onder een sociaal team wordt het volgende verstaan: 'Sociale teams zijn teams die integraal, generalistisch, interdisciplinair en outreachend werken ten behoeve van de zorg- en dienstverlening die een bepaalde gemeente biedt aan zijn inwoners in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (in het vervolg Wmo), Jeugdwet en Participatiewet' (Arum & Schoorl, 2016, p. 12). Het organiseren van de teams op wijkniveau blijkt een voorwaarde te zijn voor integraal werken (Lans, 2014, pp. 17-18). De optimale omvang van een wijk wordt door de Visitatiecommissie Wijknaanpak in 2011 vastgesteld op de 10.000 tot 25.000 inwoners (Lans, 2014, p. 18).

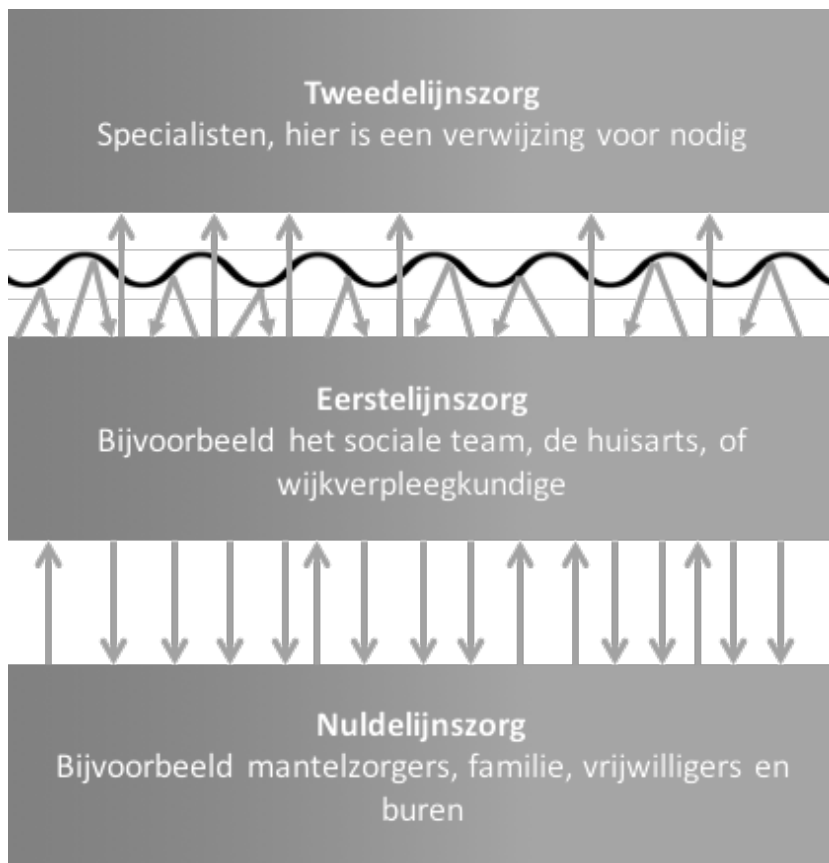
Sok, Bosch, Goeptar, Sprinkhuizen en Scholte (2013, p. 7) hebben een aantal doelen van sociale teams omschreven. Een eerste doel is de participatie van wijkbewoners en de sociale cohesie en onderlinge hulp bevorderen in de wijk. Ten tweede het aanbieden van laagdrempelige multidisciplinaire hulpverlening die bewoners op alle levensgebieden kan helpen. Uitgangspunt is om de hulpverlening in samenhang te organiseren. Wanneer er meerdere hulpvragen zijn die verschillende disciplines aangaan, zal er getracht worden deze problematiek in samenhang aan te pakken op snelle en gerichte wijze. Voor een huishouden is een sociaalteamwerker de regiehouder onder het motto: één gezin, één plan, één regisseur (Oude Vrielink, van der Kolk, & Klok, 2014, p. 7). Ten derde wordt er een voorportaal gecreëerd waar alle wijkbewoners naartoe kunnen met al hun vragen en ideeën. Deze plek moet laagdrempelig zijn. Het vierde doel van sociale teams is het versterken van de eigen kracht en het zelf oplossend vermogen van de wijkbewoners, eventueel met behulp van naasten (Oude Vrielink, van der Kolk, & Klok, 2014, p. 8). Als vijfde noemen Sok et al. (2013, p. 7) het sociale

team de organisatie die toegang verleent tot intensievere en specialistische vormen van ondersteuning. Sociaalteamleden beoordelen eerst of ze een cliënt zelf kunnen behandelen. Als dit niet lukt regelen ze een doorverwijzing.

De teams, zoals hierboven beschreven, staan onder vele verschillende noemers bekend. De meest voorkomende term is sociaal wijkteam, maar ook buurtteam, wijknetteam, sociaal team, frontlijn team, gebiedsteam, buurtzorgteam, multidisciplinaire teams en wijkteams (Arum & Vasco, 2014) (Rijksoverheid, 2017). In dit onderzoek worden de termen sociaal team en sociale teams worden gebruikt, omdat de term sociaal team een term is waar alle respondenten onder geschaard kunnen worden en dit niet het geval was bij de term 'sociaal wijkteam'.

1.3. Zo min mogelijk doorverwijzen

De sociale teams hebben vanaf het begin een belangrijke taak meegekregen: ze moeten werken met minder geld. Er komt door de verschuiving richting de participatiesamenleving meer verantwoordelijkheid bij burgers te liggen: burgers moeten onderling voor elkaar zorgen (Deuten & Vos, 2016, p. 7; Movisie, 2015). Er kan daardoor vanaf 2017 elk jaar 2 miljard euro minder uitgegeven worden aan zorg (Mulder, 2013; Waal, Binkhorst, & Scheijmans, 2014, p. 22). Dit moet bereikt worden door meer hulpvragen in de nulde – en eerste lijn te behandelen (Deuten & Vos, 2016, p. 7). Demissionair minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt dat wanneer de eerste lijn zich goed organiseert, de eerste lijn 80% van de zorgvragen kan behandelen (Berenschot & Geest, 2012, p. 5). Verwijzen naar de tweedelijns zorg moet alleen gebeuren als behandeling in de eerste lijn niet mogelijk is. Om zoveel mogelijk hulpvragen in de eerste lijn te behandelen, moeten sociale teams multidisciplinair zijn. Met kennis op verschillende vlakken moeten sociaalteamleden samen in staat zijn veel hulpvragen te kunnen beantwoorden (Deuten & Vos, 2016, p. 7).



Figuur 1.1 Visualisatie verwijzingen door sociale teams.

Sociale teams werken outreachend, ofwel door middel van de eropaf-benadering (Doorn, et al., 2013). Er wordt actief contact gezocht met de doelgroep. Door deze benadering kan de hulpverlening van het multidisciplinaire team sneller starten waardoor de problemen in een eerder stadium kunnen worden aangepakt en is de kans groter is dat escalatie van problemen voorkomen kan worden (Larsen, Lubbe, & de Boer, 2014, p. 35). Verwijzingen naar de tweedelijnszorg kan door het werken in multidisciplinaire teams en het outreachend werken voorkomen worden. Larsen, Lubbe en de Boer (2014, p. 35) stellen verder dat: ‘Dit is vanzelfsprekend positief voor de huishoudens. Tegelijkertijd zorgt het voor het voorkomen van kosten in de eerste en tweede lijn en worden daarnaast besparingen gerealiseerd omdat substitutie van (andere) formele zorg plaatsvindt’.

1.4. Probleem- en vraagstelling

Tot zo ver de idealen, maar hoe werkt het in de praktijk? Lukt het sociale teams om minder door te verwijzen en meer mensen zelf te behandelen? Doordat de sociale teams recent, in 2015, zijn gestart met de nieuwe wet- en regelgeving is het effect van sociale teams op de doorverwijzingen nog niet duidelijk. Terwijl dit wel een belangrijke taak is van de sociale teams en ervoor moet zorgen dat de zorgkosten reduceren. Deze vragen hebben geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe nemen sociale teamleden het besluit om cliënten door te verwijzen of zelf te behandelen?

Deze vraag zal allereerst vanuit de theorie benaderd worden in hoofdstuk 2 Theorie. In dit hoofdstuk zal de eerste paragraaf bestaan uit theorie over de doelgroep van dit onderzoek: frontlijn ambtenaren. Dit gebeurt aan de hand van de theorie over street-level bureaucracy van Michael Lipsky. Uit de theorie van Lipsky blijkt dat frontlijn ambtenaren, of zoals Lipsky ze noemt: street-level bureaucrats, gebruik maken van coping mechanismen. Deze coping mechanismen van frontlijn ambtenaren worden besproken. Vervolgens wordt onderzocht wat de plaats van doorverwijzen hierin is. De volgende theoretische deelvraag staat hierbij centraal:

Wat is de plaats van doorverwijzen in de bestaande theorie over coping mechanismen van frontlijn ambtenaren?

Aan de hand van de theorie wordt vervolgens empirisch onderzoek gedaan waarmee de hoofdvraag beantwoord kan worden. Voor het onderzoek is de volgende empirische vraag geformuleerd:

Hoe komt de beslissing om wel of niet door te verwijzen tot stand?

1.5. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

1.5.1. *Maatschappelijke relevantie*

Dit onderzoek is vanuit maatschappelijk oogpunt relevant, omdat het onderzoek gaat over het doorverwijzen van cliënten die op dat moment kwetsbaar zijn en ze een hulpvraag hebben die zij op dat moment zelf niet kunnen oplossen. Deze burgers moeten op een adequate manier zorg en begeleiding ontvangen van de juiste hulpverlener. Deze studie biedt meer inzicht in de manier waarop zij die zorg en begeleiding ontvangen en van welke hulpverlener. Daarnaast wordt er jaarlijks meer dan 93 miljoen euro uitgegeven aan zorg en welzijn (CBS Statline, 2017), wat een enorm bedrag is. Dat geld kan niet meer aan andere taken van de overheid worden uitgegeven. Het is daarom belangrijk om te weten of doorverwijzen een coping mechanisme is dat frontlijn ambtenaren gebruiken om cliënten niet zelf meer te behandelen. Als dit het geval is, worden namelijk de beperkte plekken in de tweede lijn gevuld met cliënten die niet per se een verwijzing nodig hadden. Op die manier zou er meer geld worden uitgegeven aan deze hulpvragen dan nodig is. Meer inzicht in het doorverwijzen is dan ook vanuit deze financiële kwestie van belang.

1.5.2. *Wetenschappelijke relevantie*

Naast deze maatschappelijke relevantie heeft deze scriptie ook een wetenschappelijk belang. Doorverwijzen wordt momenteel niet gezien als coping mechanisme. Lipsky (2010, p. 132) stelt dat doorverwijzen een coping mechanisme is. Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, p. 14) plaatsen verwijzen daarentegen niet tussen de coping mechanismen die zij formuleerden. Het is echter is het wel interessant om te weten waar doorverwijzen wel geplaatst dient te worden in de theorie over coping mechanismen. Wordt bij het doorverwijzen gebruik gemaakt van coping mechanismen of is doorverwijzen een nieuw coping mechanisme naast de bestaande coping mechanismen van Vink et al. (2015, p. 14)?

Mocht doorverwijzen een zelfstandig coping mechanisme zijn dan kan het empirisch onderzoek invulling geven aan de achterliggende gedachte om doorverwijzen als coping mechanisme te gebruiken. Bijvoorbeeld om een cliënt van dienst te zijn die zelf graag doorverwezen wil worden, zonder dat daar vanuit de hulpverlening noodzakelijk is.

1.6. Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk wordt in hoofdstuk twee de theorie rond doorverwijzen besproken. In hoofdstuk drie wordt ingegaan op de methoden. Hoofdstuk vier bevat de analyse van de data en de resultaten. Vervolgens komen in hoofdstuk vijf de conclusie en discussie aan bod.

2. Theorie

Sociaalteamwerkers nemen het besluit om een cliënt door te verwijzen naar de tweede lijn of om zelf een behandeling te starten, daarom zijn zij de doelgroep van dit onderzoek. Zij werken aan de frontlijn om cliënten hulpverlening te bieden. Michael Lipsky (1980) heeft een boek geschreven over zulke frontlijn ambtenaren: *Street Level Bureaucracy, Dilemmas of the Individual in Public Service*. In dit boek beschrijft hij frontlijn ambtenaren als street-level bureaucrats. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de kenmerken van street-level bureaucrats beschreven. Deze worden gekoppeld aan de kenmerken van de sociaalteamwerkers.

Uit de theorie van Lipsky (1980) blijkt dat street-level bureaucrats gebruik maken van coping mechanismen. In de tweede en derde paragraaf van dit hoofdstuk worden de bestaande coping mechanismen van frontlijn ambtenaren/ street-level bureaucrats besproken. Tot slot wordt er in de vierde paragraaf uiteengezet wat de plaats van doorverwijzen is in de coping mechanismen. Aan het einde van het hoofdstuk wordt de volgende theoretische vraag beantwoord *“Wat is de plaats van doorverwijzen in de bestaande theorie over coping mechanismen van frontlijn ambtenaren?”*

2.1. Kenmerken van street-level bureaucrats

Street-level bureaucrats worden gekenmerkt door hun (1) rechtstreekse interactie met cliënten, (2) een chronisch tekort aan middelen en (3) de discretionaire ruimte die zij hebben om tot een besluit te komen. Deze drie kenmerken worden in de volgende paragrafen verder uitgewerkt. Daarnaast wordt ook beargumenteerd waarom leden van sociale teams voldoen aan deze drie kenmerken.

2.1.1. *Rechtstreekse interactie met burgers*

Het eerste kenmerk van street-level bureaucrats is dat ze direct en persoonlijk contact hebben met burgers. Zij spelen hierdoor een belangrijke rol in het leven van de burger, omdat zij het beleid uitvoeren op de werkvloer (Lipsky, 2010, p. 8). Door het directe en persoonlijke contact van street-level bureaucrats met burgers krijgen ze ook te maken met de reactie van de burger op de beslissingen die zij nemen. Lipsky (2010, p. 9) zegt hierover: 'Clients of street-level bureaucracies respond angrily to real or perceived injustices, develop strategies to ingratiate themselves with workers, act grateful and elated or sullen and passive in reaction to street-level bureaucrats' decisions'.

Het contact met de burger hoeft niet per se face-to-face te zijn. Ook communicatie via de email, brief of telefoon kan ook als interactie tussen een street-level bureaucrat en burger worden beschouwd.

Leden van sociale teams treden in het privéleven van cliënten om te bepalen wat voor zorg nodig is. Zij zijn verantwoordelijk voor de keuze van de hulpverlening die de cliënt gaat ontvangen of ontvangt. De sociaalteamwerker verleent deze hulp vaak zelf. De sociaalteamwerker heeft zo op meerdere momenten een grote impact op het leven van de cliënt. Ten eerste met het besluit welke hulpverlening een cliënt krijgt, omdat dit een eenmalige grote beslissing is. Ten tweede wanneer de hulpverlener de cliënt zelf behandelt, omdat dit van invloed is op het alledaagse leven van de cliënten. Ten slotte krijgen de street-level bureaucrats uit de sociale teams ook te maken met de reacties die cliënten hebben op de genomen beslissingen.

2.1.2. *Chronisch tekort aan middelen*

Lipsky stelt dat de besluitvorming door street-level bureaucrats plaatsvindt onder een chronisch tekort aan middelen. Met middelen worden hier tijd, geld en informatie bedoeld. Informatie inwinnen kost tijd en geld, en daarnaast hebben street-level bureaucrats ook maar beperkte capaciteiten om de informatie op te nemen (Lipsky, 2010, p. 29). Volgens Lipsky hebben street-level bureaucrats daarnaast te maken met een hoge mate van onzekerheid. Dit valt te wijten aan dat ze werken met cliënten, omdat dit maakt het werk complexer maakt.

Daarnaast moeten beslissingen snel en vaak worden genomen. Verder benoemt Lipsky de hoge caseload en de constante druk om te beslissen waardoor street-level bureaucrats gedwongen worden beslissingen te nemen op basis van minimale informatie (Lipsky, 2010, p. 29). Dit leidt ertoe dat het voor street-level bureaucrats lastig is om hun idealen met betrekking tot het werk uit te dragen (Baviskar & Winter, 2017, p. 317).

Lipsky stelt dat dit tekort aan middelen chronisch is. Dat komt volgens Lipsky omdat de vraag toeneemt zodra er aanbod beschikbaar is (Lipsky, 2010, p. 33). Een voorbeeld hiervan is dat wanneer sociale teams makkelijker beschikbaar zijn, bijvoorbeeld door ruimere openingstijden van de inloopsprekuren, er meer mensen naar het team zullen komen. Het heeft op die manier een aanzuigend effect.

Die chronische schaarste aan middelen is zo ook bij sociale teams te zien. Sociale teams hebben na de oprichting in 2015 gelijk een eerste opdracht meegekregen: bezuinigen. De budgetten zijn immers lager dan de budgetten tot 2015. Deze lagere budgetten heeft de Rijksoverheid vastgesteld omdat de verwachting is dat er meer ingezet wordt op zelf- en samenredzaamheid en er minder wordt doorverwezen naar tweedelijnsvoorzieningen (Waal, Binkhorst, & Scheijmans, 2014, p. 8). Behandeling in de tweedelijnsvoorzieningen is duurder dan behandeling in de eerstelijnsvoorzieningen. Doordat er minder budget beschikbaar is voor de sociale teams betekent dit dat zij daardoor om moeten gaan met een extra schaarsheid aan middelen.

2.1.3. Discretionaire ruimte

Street-level bureaucrats vormen de lagere linies van een organisatie. Ondanks deze positie hebben zij een grote rol in het creëren en uitvoeren van beleid. In grote lijnen wordt het beleid uitgezet door beleidsmakers, bijvoorbeeld een ministerie of management. De uitvoerders (street-level bureaucrats) staan op afstand van de beleidsmakers. Om het beleid uit te voeren hebben street-level bureaucrats een bepaalde mate van handelingsvrijheid. Deze handelingsvrijheid noemt Lipsky de discretionaire ruimte (1980).

Evans en Harris (2004) beschrijven de noodzaak van discretionaire ruimte in hun artikel *Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion*. Ten eerste stellen Evans en Harris dat street-level bureaucraten rechtstreeks in interactie staan met mensen. Hierdoor is elke situatie uniek: mensen zijn en reageren verschillend, kunnen onvoorspelbaar zijn en hebben verschillende behoeften die van moment tot moment kunnen verschillen (Evans & Harris, 2004, p. 878). Street-level bureaucraten moeten zo op elke unieke situatie anders kunnen reageren, waardoor een bepaalde mate van handelingsvrijheid noodzakelijk is. Ten tweede hebben de regels en doelstellingen waar street-level bureaucraten mee werken vaak tegenstrijdige en complexe aspecten. Dit leidt ertoe dat street-level bureaucraten de regels en doelstellingen zelf moeten interpreteren en toepassen op een situatie (Evans & Harris, 2004, p. 878). Van Lanen (2013, p. 43) geeft als voorbeeld een politieagent die zelf beslist of hij een snelheidsovertreder een boete of waarschuwing geeft. Ten slotte argumenteert Lipsky dat street-level bureaucraten een bepaalde mate beleidsvrijheid nodig hebben om te kunnen reageren op de behoeften en wensen van cliënten. Dit leidt tot een beperkte mate van vrijheid waarin de street-level bureaucrat zelf kan beslissen (Evans & Harris, 2004, p. 873).

Een sociaalteamlid vormt het aanspreekpunt voor uiteenlopende vragen van de cliënt of het gezin (Boer, 2015, p. 10). Voor de cliënt wordt de situatie op deze manier overzichtelijker, voor het sociaalteamlid betekent dit dat hij/zij in veel verschillende situaties moet handelen en reageren. Door de integrale kijk op de situatie kan het sociaalteamlid zelf of met het sociale team bepalen welke vorm van hulpverlening gestart moet worden (Boer, 2015, p. 10). Dit kunnen sociaalteamleden relatief autonoom doen omdat ze weinig supervisie hebben. Er zit bijvoorbeeld geen leidinggevende bij de gesprekken die een sociaalteamlid heeft met een cliënt.

Daarnaast hebben street-level bureaucraten veel te maken met vage beleidsdoelen en moeten zij op situaties reageren die niet voldoende in het beleid uitgedacht zijn (Evans & Harris, 2004, p. 872). Street-level bureaucraten gebruiken discretionaire ruimte om tot een juiste manier van handelen te komen. Lipsky ziet street-level bureaucraten niet alleen als beleidsuitvoerders maar ook als beleidsmakers. Zij zetten het beleid dat is uitgedacht door de beleidsmakers

immers om naar de situatie op de werkvloer. “Their translation of public policies is what target groups receive and perceive as public policy” (Baviskar & Winter, 2017, p. 316). Street-level bureaucrats maken gebruik van coping mechanismen doordat zij hoge werkdruk ervaren en als manier van omgaan met de frustraties en dilemma’s die het werk met zich meebrengt (Lipsky, 2010, pp. 81-83). De coping mechanismen worden in de volgende paragraaf besproken.

2.2. Coping mechanismen van street-level bureaucrats

‘How is the job to be accomplished with inadequate resources, few controls, indeterminate objectives, and discouraging circumstances?’ (Lipsky, 2010, p. 82)

‘The decisions of street-level bureaucrats, the routines they establish and the devices they invent to cope with uncertainties and work pressure, effectively become the public policies they carry out’ (Lipsky, 1980, p. xii).

Bovenstaande citaten, overgenomen uit de boeken van Lipsky over street-level bureaucrats (1980 en 2010), beschrijven beknopt dat street-level bureaucrats gebruik maken van coping mechanismen. Street-level bureaucrats gebruiken coping mechanismen voor het omgaan met lastige situatie, bijvoorbeeld wanneer er conflicterende belangen spelen. Street-level bureaucrats gebruiken deze coping mechanismen om het werk uitvoerbaar te houden.

Door de discretionaire ruimte die street-level bureaucrats ervaren, kunnen ze zelf invloed uitoefenen op de uitvoering. Dit leidt ertoe dat de formulering van beleid en de uitvoering ervan kunnen verschillen. Van der Torre wijt dit aan het sociale proces dat plaatsvindt tussen de street-level bureaucrat en de cliënt (Torre, 1999, p. 4).

Street-level bureaucrats maken gebruik van diverse coping mechanismen. Bij het gebruik van deze mechanismen lopen street-level bureaucrats amper het risico dat het gebruik ontdekt wordt. Vedung (2015, p. 18) geeft vier argumenten waarom dit risico zo klein is. Ten eerste is

er een fysieke afstand tussen de opdrachtgever (principaal) en de street-level bureaucrat waardoor het minder snel opgemerkt wordt door de opdrachtgever. Ten tweede zijn er niet genoeg hulpbronnen voor handen om nabij, frequent en direct toezicht te houden op de street-level bureaucrats. Verder stelt Vedung dat er geen nauwkeurige uitvoeringscriteria bestaan over de precieze uitvoering van het werk van sociaal werkers. Ten slotte beschrijft Vedung (2015, p. 18) de informatie-asymmetrie tussen de opdrachtgever en de street-level bureaucrat. Street-level bureaucrats staan veel in contact met cliënten en weten om deze reden meer over de status van het sociaal werk dan de opdrachtgever. Met het lage risico op ontdekking van het gebruik van deze mechanismen is het gevolg van de toepassing daarvan dat street-level bureaucrats zelfstandig gaan handelen. Dit heeft vervolgens invloed op de implementatie van beleid (Vedung, 2015, p. 18)

Street-level bureaucrats maken gebruik van verschillende coping mechanismen. Lipsky benadrukt het belang van het bestuderen van deze coping mechanismen: 'Thus to understand street-level bureaucracy one must study the routines and subjective responses street-level bureaucrats develop in order to cope with the difficulties and ambiguities of their jobs' (Lipsky, 2010, p. 82). Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015) omschrijven drie categorieën van coping mechanismen in het hoofdstuk *Decision-making at the frontline: exploring coping with moral conflicts during public service delivery*. De drie manieren van coping zijn veranderingen in de klantenbehoefte, veranderingen in de doelstellingen van het werk en veranderingen in de perceptie op de cliënt. De coping mechanismen worden in de volgende paragrafen besproken.

2.2.1. Veranderingen in de klantenbehoefte

Het eerste coping mechanisme dat Vink et al. (2015, p. 14) benoemen is veranderingen in klantbehoefte. Street-level bureaucrats willen dat cliënten volgzzaam zijn. Dit kan door cliënten niet alle beschikbare informatie te geven. Daarnaast kunnen ze ook hun autoriteit tonen om de vraag van cliënten te doen verminderen. Als voorbeeld noemt Lipsky queuing (2010, p. 95). Het verband tussen volgzzaamheid van cliënten en queuing legt Lipsky als volgt uit: Wie het eerst komt is het eerst aan de beurt in een wachtrij. Wanneer een cliënt aan de beurt is, weet hij dat anderen pas aan de beurt zijn na hem. Dit zorgt voor sociale druk van de andere

wachtenden. Dit zorgt ervoor dat cliënten meegaand/volgbaar zijn met de street-level bureaucrat om anderen niet te lang te laten wachten.

2.2.2. *Veranderingen in de doelstellingen van het werk*

Het tweede coping mechanisme in Vink et al. (2015, p. 14) is veranderingen in de doelstellingen van het werk van de street-level bureaucrat. Dit sluit aan bij wat Lipsky (2010) 'rationalisering' noemt. Street-level bureaucraten proberen hun handelen te verantwoorden (Lipsky, 2010, pp. 141-143). Het is onmogelijk om aan alle verwachtingen te kunnen voldoen met de beperkte middelen die beschikbaar zijn. Daarom zien street-level bureaucraten dit als de realiteit en passen ze zich aan. Zo richten zij zich in plaats van op alle doelen nog maar op een paar doelen. Ze accepteren het dat ze niet iedereen kunnen helpen. Vink et al. (2015, p. 14) omschrijven dit als mentaal terugtrekken, wat leidt tot vervreemding. Daarnaast kunnen street-level bureaucraten nog spelen met de beleidsvrijheid die zij hebben ten overstaan van de cliënt. Ze kunnen de beleidsvrijheid kleiner doen voorkomen door te zeggen niet het mandaat te hebben om een bepaalde actie uit te voeren. Andersom kunnen street-level bureaucraten in de ogen van cliënten de beleidsvrijheid vergroten door extra taken uit te voeren, al dan niet onder de druk van cliënten. Deze mechanismen werken differentiatie in de hand van de doelstellingen van het werk. (Lipsky, 2010, pp. 143-145).

2.2.3. *Veranderingen in de perceptie op de cliënt*

Ten slotte benoemen Vink et al. de veranderende kijk van de street-level bureaucrat op de cliënt (2015, p. 14). Lipsky omschrijft dit als differentiatie. Differentiatie houdt in dat een street-level bureaucrat onderscheid kan gaan maken tussen cliënten. Zo kunnen afwijking en parking ertoe dat street-level bureaucraten onderscheid maken in de cliënten of cliëntgroepen waar zij mee te maken krijgen.

nten of cliëntgroepen op basis van normatieve assumpties. Dit kan afwijking, door Lipsky cherry-picking genoemd, als gevolg hebben: 'They may favour certain clients or client groups over others and will treat them in a way that they think is ideal' (Vink et al., 2015, p. 14). Dit betekent echter niet dat street-level bureaucraten alleen de cliënten begeleiden die weinig hulp

nodig hebben. Van Lanen (2013, p. 50) stelt dat street-level bureaucrats er juist regelmatig naar neigen om cliënten met uitdagende problematiek te helpen.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van parking. Dit geldt voor de (groep) cliënten waarbij geen actie wordt ondernomen. Het legitimeren van deze non-actie door de street-level bureaucrat kan gezien worden als parking. Op deze manier kan de street-level bureaucrat voldoening halen uit de groep cliënten waar wel een goede kans op verbetering van de situatie is.

2.3. Uitbreiding coping mechanismen

Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, p. 14) stellen dat deze indeling in drie categorieën niet sluitend is. Allereerst kunnen sommige coping mechanismen in meer dan één categorie worden geplaatst. Vink et al. (2015, p. 14) noemt als voorbeeld dat street-level bureaucrats op basis van normatieve aannames een inschatting maken van de situatie waarin een cliënt zich bevindt en aan de hand van deze eerste bevindingen beoordelen wanneer en hoe een cliënt verder behandeld zal worden. Dit kan zowel onder veranderingen in de klantenbehoefte als veranderingen in de perceptie op de cliënt worden geplaatst (Vink et al., 2015, p. 14). Daarnaast stellen Vink et al. dat de categorieën niet alomvattend zijn (2015, p. 14). Vink et al. (waaronder Tummers) zien meer vormen van coping, bijvoorbeeld het praten met collega's. Daarop hebben Tummers et al. (2014, in Vink et al., 2015, pp. 14-16) verder onderzoek gedaan. Het onderzoek bestond uit 'een systematische review van de literatuur over coping onder druk tijdens publieke dienstverlening tussen 1980 en 2013' (Vink et al., 2015, p. 14). In het onderzoek is een nieuwe indeling gemaakt van coping tijdens publieke dienstverlening op basis van literatuur over coping uit de klinische psychologie. Het model bevat categorieën van coping mechanismen met subgroepen en een beschrijving van het coping mechanisme (Model 1).

Coping mechanismen en subgroepen	Beschrijving
1. Onderhandelen	
Routine	De cliënten op de standaard manier behandelen, waardoor het een routine is
Ombuigen van regels	De regels aanpassen om aan de vraag van een klant te voldoen
Afroming	Bepaalde cliëntgroepen meer aandacht geven, op een manier die oneerlijk zou kunnen zijn (cherry-picking)
Star de regels volgen	Vasthouden aan de regels op een inflexibele manier
Rantsoenering	Afname van de beschikbaarheid van diensten voor klanten
Gebruik eigen middelen	Gebruik van eigen tijd, geld of energie om de klant te helpen
2. Oppositie	
Regels overtreden	Negeren of opzettelijk belemmeren van regels
Beschuldigen van klanten of belanghebbenden	Een andere actor verantwoordelijk houden voor het probleem
Agressie	Confrontatie aangaan met cliënten op een vijandige manier
3. Vermijden	
Gedragmatig vermijden	Fysiek verlaten van een dreigende omgeving
Cognitief vermijden	Het cognitief verlaten van een dreigende omgeving
4. Aanpassen	
Cognitieve herorganisatie	Vervanging van onverenigbare gedachten door gedachten die zijn afgestemd op de situatie
Naleving	De regels volgen, zelf is conflicterende situaties
5. Probleemoplossing	
Dienend handelen	Langdurige oplossingen kiezen om stressvolle situaties te doorstaan

6. Houvast zoeken

Hulp zoeken	Informatie of advies van sociale hulpbronnen inwinnen
-------------	---

Comfort zoeken	Troost bij sociale hulpbronnen zoeken
----------------	---------------------------------------

7. Hulpeloosheid

Geestelijk uitgeput	Afnemende alertheid en aandacht
---------------------	---------------------------------

Passiviteit	Toestaan dat dingen gebeuren zonder weerstand te bieden
-------------	---

Model 1. Coping mechanismen. Vertaald en overgenomen uit Vink et al., 2015, pp. 15-16

2.4. De plaats van doorverwijzen in coping mechanismen

In Model 1 valt op dat het doorverwijzen van cliënten niet als coping mechanisme wordt opgevat. De omschreven coping mechanismen kunnen worden gebruikt door sociaalteamleden wanneer zij beslissen over een doorverwijzing. Michael Lipsky schrijft in zijn boek *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services* (2010, pp. 132-133) over het doorverwijzen van cliënten door street-level bureaucrats. In dit boek beschrijft hij in verschillende zinsnedes het gebruik van coping mechanismen bij doorverwijzen (referrals).

Citaat 1

“Street-level bureaucrats may make referrals as one of the least costly ways to process clients without providing services. Thus agencies may maintain benign images of helpfulness and service, without explicitly having to turn clients away” (Lipsky, 2010, p. 132).

In dit citaat beschrijft Lipsky doorverwijzen als coping mechanisme. Cliënten worden niet geholpen maar door ze door te verwijzen krijgen cliënten niet het gevoel dat ze worden weggestuurd.

Citaat 2

“Referrals also may represent a way in which agencies protect themselves by providing symbolic service when actual services are not available” (Lipsky, 2010, p. 132).

Wanneer een organisatie geen hulpverlening kan bieden aan een cliënt, verwijzen organisaties cliënten door naar andere organisaties. Het doorverwijzen wordt gebruikt als coping mechanisme om de eigen tekorten te dekken.

Citaat 3

Referrals also have some of the qualities of court delays and waiting lists. More people can be accommodated into the service structure at one time, although no more service is actually provided. Referrals can result in inducing people to stop seeking services because they consider their need less important now relative to the costs, or they have been encouraged to resolve their problems on their own (Lipsky, 2010, p. 132).

Cliënten worden doorverwezen en moeten weer investeren om bij de volgende instantie geholpen te worden. Denk hierbij aan (reis)tijd en (reis)kosten. Wanneer cliënten meer moeten investeren in het verkrijgen van hulpverlening dan dat de hulpvraag aan nadelen oplevert, zal de cliënt geneigd zijn om niet op de doorverwijzing in te gaan.

Bovenstaande citaten laten allen zien dat doorverwijzen een coping mechanisme is dat gebruikt wordt door street-level bureaucraten wanneer zij zich buigen over de hulpvraag van een cliënt. Daarom kan het model van Tummers et al. (2014, in Vinke et al., 2015, pp. 14-16) worden aangevuld met een achtste coping mechanisme ‘doorverwijzen’.

Het coping mechanisme ‘doorverwijzen’ kan eventueel als subkopje van het mechanisme ‘vermijden’ worden gezien. Onder vermijden vallen onder andere het opwerpen van een drempel voor cliënten om de hulpverlening te ontvangen en te vervolgen. Een voorbeeld hiervan is het beperken van de openingstijden. Echter is vermijden een passieve manier van reageren. Terwijl doorverwijzen kan worden gezien als een actief proces. Daarom is er voor

gekozen om het coping mechanisme 'doorverwijzen' als een achtste coping mechanisme toe te voegen aan de huidige zeven coping mechanismen van Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, pp. 15-16)

Terugkomend op de vraag die aan het begin van dit hoofdstuk werd voorgelegd "*Wat is de plaats van doorverwijzen in de bestaande theorie over coping mechanismen van frontlijn ambtenaren?*" kan gesteld worden dat er verdeelde meningen zijn over de plaats van doorverwijzen in de theorie over coping mechanismen. Lipsky ziet doorverwijzen als coping mechanisme blijkt uit zijn boek *Street-level bureaucracy* (2010, p.132). Echter wordt doorverwijzen niet als coping mechanisme opgenomen in het schema over coping van Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, pp. 15-16).

Deze studie laat zien dat doorverwijzen op twee manieren wordt gebruikt bij coping. Ten eerste worden de coping mechanismen van Vink et al. (2015, pp. 15-16) door sociaalteamleden gebruikt bij het omgaan met de beslissing over doorverwijzen. Daarnaast kan, op basis van de literatuur van Lipsky, 'doorverwijzen' ook gezien kan worden als een opzichzelfstaand coping mechanisme, dat fungeert naast de andere zeven coping mechanismen van Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, pp. 15-16).

In het empirisch onderzoek wordt dieper ingegaan op het coping mechanisme 'doorverwijzen'. Hoe komt de beslissing van een sociaalteamwerker om wel of niet door te verwijzen tot stand? Eerst wordt in het volgende hoofdstuk Methode uitgelegd hoe het empirisch onderzoek zal verlopen.

3. Methoden

Om antwoord te geven op de hoofdvraag van dit onderzoek, *“Hoe nemen sociale teamleden het besluit om cliënten door te verwijzen of zelf te behandelen?”*, is gebruik gemaakt van twee verschillende onderzoeksmethoden: een enquête en verdiepende interviews. De enquête kan gezien worden als een verkennend, kwantitatief onderdeel van het onderzoek. De enquête heeft als input gediend voor de topiclijst, aan de hand waarvan de interviews zijn afgenomen. Omdat deze verdiepende interviews een kwalitatieve manier van onderzoek betreffen, kan dit onderzoek worden getypeerd als een mixed method (Bryman, 2012). Op beide onderzoeksmethoden wordt in dit hoofdstuk verder ingegaan. Ten eerste worden de belangrijke concepten geoperationaliseerd (paragraaf 3.1) en besproken wie de participanten van het onderzoek zijn (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt ingegaan op de twee manieren van dataverzameling (paragraaf 3.3 en 3.4). Ten slotte wordt gereflecteerd op dit onderzoek met behulp van de betrouwbaarheid en validiteit besproken (paragraaf 3.5).

3.1. Operationaliseren belangrijke concepten

In onderstaande tabel worden de belangrijkste concepten die in dit onderzoek aan bod komen geoperationaliseerd:

Concept	Operationalisatie
Cliënt	De persoon die een hulpvraag heeft en deze aan het sociaal team voorlegt.
Doorverwijzen	Het verwijzen van een cliënt door een sociaalteamwerker binnen een sociaal team naar een andere hulpverlener buiten het sociaal team in de eerste of tweede lijn.
Sociaal team	‘Sociale teams zijn teams die integraal, generalistisch, interdisciplinair en outreachend werken ten behoeve van de zorg- en dienstverlening die een bepaalde gemeente

	biedt aan zijn inwoners in het kader van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet' (Arum & Schoorl, 2016, p. 12).
Sociaalteamwerker (leden van het sociaal team)	De frontlijnwerker, ook wel street-level bureaucrat genoemd, die direct contact heeft met de cliënt en werkzaam is binnen een sociaal team.

3.2. Participanten

Dit onderzoek is uitgevoerd onder leden van sociale teams. Deze groep vormt de onderzoekspopulatie. Alle participanten zijn werkzaam bij een organisatie die is aangesloten bij Sociaal Werk Nederland. Ze werken verspreid over Nederland. De sociaalteamleden zijn benaderd via de mail, mede door Ernst Radius, senior beleidsadviseur bij Sociaal Werk Nederland. Er is twee keer een bericht uitgegaan naar de ongeveer 2500 mailadressen in het bestand van Sociaal Werk Nederland. In totaal is de enquête 154 keer ingevuld en zijn er negen interviews gehouden.

3.3. Enquête

Het eerste deel van de data is verzameld middels enquêtes. Nadat de enquête was opgesteld, is deze via de e-mail voorgelegd aan een pilotgroep van 26 sociaal werkers. Door de sociaal werkers input en feedback te laten leveren, wordt gepoogd de enquête aan te laten sluiten op de praktijk. Daarnaast wordt een groter draagvlak gecreëerd doordat de sociaal werkers invloed hadden op het onderzoek.

Na het doorvoeren van de feedback van de sociaal werkers is de enquête verstuurd aan sociaal werkers uit het adressenbestand van Sociaal Werk Nederland via de e-mail (N = 2444). Daarnaast is de enquête verspreid via de onlinekanalen van Sociaal Werk Nederland: Twitter, de digitale nieuwsbrief en de website. De antwoorden werden verzameld met het onlineprogramma Survey Monkey. In de begeleidende tekst werd specifiek aangegeven aan welke kenmerken de respondent moest voldoen om binnen de doelgroep van het onderzoek

te vallen. Dit is gebeurd op basis van zelfselectie. De respondenten is anonimiteit gegarandeerd, het is daarom niet te achterhalen welke antwoorden door welke respondent zijn gegeven.

De enquête bestond uit open en gesloten antwoordcategorieën, onderverdeeld over 12 vragen. De volledige enquête is te vinden in bijlage 1 enquête. De enquête is totaal 154 keer geopend (n = 154). De respons verschilt per vraag, van minimaal 47 tot maximaal 150 antwoorden. Vijf vragen van de enquête worden meegenomen in dit onderzoek. Dit eerste vraag luidt *“Naar welke voorzieningen verwijst u door?”* (n = 75)

Deze vraag is door 75 respondenten beantwoord. Zij hadden de keuze uit de volgende antwoordmogelijkheden waarbij het aanklikken van meerdere antwoorden mogelijk was:

- Bijzondere bijstand-consulent
- Gemeentelijke schuldhulpverlening
- Geestelijke gezondheidszorg (in het vervolg ggz)
- Huisarts
- Individuele begeleiding/ dagbesteding
- Jeugd-ggz
- Langdurige zorg/ langdurige begeleiding
- Praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (in het vervolg poh-ggz)
- Psycholoog
- Psychiater
- Schuldhulpverlening-consulent
- Sociale dienst (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, in het vervolg UWV)
- Veilig Thuis
- Verslavingszorg
- Voorliggende voorzieningen als sport, cultuur, welzijnsactiviteiten
- Wmo-consulent
- Consulent Wet werk en bijstand (in het vervolg Wwb-consulent)
- Overig, namelijk:

De tweede vraag uit de enquête die is opgenomen in dit onderzoek luidt als volgt *“Bij welke instanties waarnaar u doorverwijst ziet u de meeste afhakers?”* (n = 47)

Deze vraag is door 47 respondenten ingevuld. Zij konden kiezen uit de volgende negen antwoordcategorieën:

- Bijzondere bijstand-consulent
- Eerstelijns psycholoog
- Gemeentelijke schuldhulpverlening
- Ggz
- Huisarts
- Individuele begeleiding/dagbesteding
- Jeugd-ggz
- Poh-ggz
- Psychiater
- Psycholoog
- Schuldverleningsconsulent
- Sociale dienst (UWV)
- Veilig Thuis
- Verslagingszorg
- Voorliggende voorzieningen als sport, cultuur en welzijn
- Wmo-consulent
- Wwb-consulent
- Anders, namelijk ...

De derde vraag die is opgenomen in de enquête luidt *“Waarom maken deze cliënten volgens u geen gebruik van de aangeboden hulp/ ondersteuning?”* (n = 49)

Deze vraag werd door 49 respondenten beantwoord. Zij konden kiezen uit de volgende antwoordcategorieën:

- Aangeboden hulp/ondersteuning is in afstand te ver weg

- Aangeboden hulp/ondersteuning is voor cliënt te ingrijpend (bijvoorbeeld kindermishandeling)
- Cliënt is het niet eens met aangeboden vorm van hulp/ondersteuning
- Client wil niet in gemeentelijk systeem komen
- Cliënt wil of kan het eigen probleem niet onderkennen
- Procedure voor aangeboden/hulp/ondersteuning is te ingewikkeld, te bureaucratisch, voor de cliënt
- Willen geen eigen bijdrage of eigen risico via de zorgverzekering betalen voor hulp
- Willen niet wachten als gevolg van wachtlijst
- Zorgaanbieder verwijst niet door naar andere collega zorgaanbieder waardoor wachtlijst ontstaat

De vierde vraag uit het onderzoek werd door 57 respondenten beantwoord en luidt *“Verwijst u door het werken in sociale teams meer, even veel of minder door naar de tweede lijn dan voor de transitie in 2015?”* (n = 57)

De respondenten hadden de volgende antwoordmogelijkheden:

- Ik verwijs meer door naar de tweede lijn
- Ik verwijs evenveel door naar de tweede lijn
- Ik verwijs minder door naar de tweede lijn
- Niet van toepassing (voor 2015 deed ik ander werk)

Vervolgens werd respondenten gevraagd het antwoord toe te lichten in een antwoordveld. Dit is achttien keer gedaan.

De vijfde vraag die wordt opgenomen in dit onderzoek is: *“Hoe ervaart u de ruimte om zelf beslissingen te nemen over het wel of niet doorverwijzen van een cliënt in vergelijking met voor de transitie in 2015?”* (n = 47)

De respondenten konden kiezen uit drie antwoord categorieën:

- Ik ervaar meer ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen

- Ik ervaar even veel ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen
- Ik ervaar minder ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen

Ook bij deze vraag hadden respondenten de mogelijkheid om een toelichting te geven op het gekozen antwoord. Dit is dertien keer gedaan.

De respons op de enquête wordt anoniem verwerkt in hoofdstuk 4 Resultaten.

3.4. Verdiepende interviews

Na het verzamelen van data door middel van een enquête is gestart met de dataverzameling middels verdiepende interviews. Er zijn in het kader van dit onderzoek negen semigestructureerde interviews afgenomen bij sociaalteamleden. De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Alle handelingen werden verricht door één onderzoeker. De gegevens van de interviews zijn anoniem verwerkt.

Tijdens het interview met de sociaalteamwerker werden de laatste drie cases besproken waar een cliënt werd doorverwezen. Op deze manier kon worden achterhaald waarom een cliënt is doorverwezen door de leden van sociale teams. De volledige topiclijst is te vinden in Bijlage 2 Topiclijst interviews.

De decentralisaties in 2015 hebben ervoor gezorgd dat gemeenten zelf kunnen bepalen hoe zij het sociale domein inrichten. Dat heeft ertoe geleid dat in elke gemeente andere manieren zijn geïmplementeerd waarop het sociale domein is ingericht. 87% van de gemeenten heeft dit moment aangepakt om sociale teams op te richten (Arum & Schoorl, 2016, p. 13). Deze teams verschillen onderling van indeling en verantwoordelijkheden. In deze scriptie is ervoor gekozen om niet te richten op sociaalteamwerkers in één gemeente maar om sociaalteamwerkers uit verschillende gemeenten te interviewen. Dit heeft als gevolg dat zij allen volgens een andere structuur werken. Grofweg kunnen er twee indelingen worden gemaakt.

1. Het sociaal wijkteam: het sociaal wijkteam is het enige sociaal team in de wijk. De teamleden hebben zelf de mogelijkheid om een indicatie te regelen en mogen zelf beslissen over een doorverwijzing.
2. Het wijkteam en het buurtteam: In sommige gemeenten is er een onderscheid gemaakt tussen het wijk- en buurtteam. Het buurtteam zijn de basisprofessionals, zij doen in principe de enkelvoudige hulpverlening. Op het moment dat er meer nodig is, is het aan het sociaal wijkteam om de regie te voeren en een beschikking voor een doorverwijzing te realiseren. De basisprofessional verzamelt alle informatie met de cliënt. Daarna wordt in samenspraak met het sociaal wijkteam de doorverwijzing gerealiseerd. Het buurtteamlid zegt hierover “Wij werken heel nauw samen met het sociaal wijkteam. Omdat we ook in hetzelfde kantoor en pand zitten. Soms delen we het bureau zelfs”. (Informatie verkregen uit interview met respondent 7)

Zeven respondenten kunnen geschaard worden onder de eerste optie, twee respondenten werken in een gemeente waar het buurt- en wijkteam gescheiden zijn. Beide werken in het buurtteam.

Van de negen respondenten werken er vijf als maatschappelijk werker, vaak hebben zij binnen het sociaal team een specialisme. Voorbeelden hiervan zijn ouderenadviseur, kennis over een bepaald ziektebeeld en multi-problem-situaties. Anderen zijn opbouwwerker, cliëntondersteuner, buurtteamwerker en wijkcoach.

In het resultatenhoofdstuk zal bij citaten de functie van de respondent worden weergegeven. Wanneer de respondent in het buurtteam werkt zal dit eveneens worden weergegeven.

3.5. Betrouwbaarheid en validiteit

Met dit onderzoek wordt gepoogd bij te dragen aan het wetenschappelijke en maatschappelijke debat. Het onderzoek is echter pas waardevol als het op een betrouwbare en valide manier is uitgevoerd, op deze manier kan de kwaliteit gewaarborgd blijven (Boeije, 2010, pp. 168-169). In deze paragraaf wordt zowel de betrouwbaarheid als de validiteit besproken.

3.5.1. *Betrouwbaarheid*

Betrouwbaarheid is de consistentie van de metingen uit het onderzoek (Boeije, 2010, p. 169). Om dit te bereiken moeten de metingen herhaald kunnen worden en dezelfde uitkomst genereren. Het is belangrijk dat het onderzoek geen toevallige fouten bevat. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen en verhogen zijn een aantal maatregelen getroffen. Allereerst is alle data uitgewerkt en opgeslagen. De interviews zijn uitgetypte en de data van de enquête is vastgelegd in een Excelbestand. Door de data te bewaren is het mogelijk het onderzoek te herhalen en is zichtbaar op basis van welke data de conclusies zijn getrokken. Daarnaast is er bij alle interviews gebruik gemaakt van dezelfde topiclijst. De data is daardoor bij elk interview op dezelfde manier verkregen.

3.5.2. *Validiteit*

Naast betrouwbaarheid is validiteit ook van belang om het onderzoek op een kwalitatief hoog niveau te krijgen. Validiteit bestaat uit twee componenten: interne en externe validiteit. Een onderzoek is intern valide als op basis van de onderzoeksmethode de juiste conclusies kunnen worden getrokken om de onderzoeksvraag te beantwoorden. (Boeije, 2010, p. 168; Bryman, 2012, p. 47). De externe validiteit richt zich op de selectie van de respondenten en de generaliseerbaarheid van de resultaten buiten de context van dit onderzoek (Boeije, 2010, pp. 180-183; Bryman, 2012, pp. 47-48). In dit onderzoek is de externe validiteit gewaarborgd omdat de keuze is gemaakt om naar sociaal werkers uit verschillende gemeenten te kijken. Daarmee zijn de resultaten van dit onderzoek beter te generaliseren. Door naar verschillende gemeenten te kijken is minder de diepte in gegaan bij specifieke gemeenten en de werkwijzen

van de sociale teams in die gemeenten, waardoor is de interne validiteit van dit onderzoek relatief lager is dan de externe validiteit.

De validiteit wordt verhoogd doordat er gebruik wordt gemaakt van triangulatie (Boeije, 2010, p. 176). In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van twee verschillende onderzoeksmethoden, die beide een andere blik werpen op het onderzoeksobject. De enquête schetst een meer algemeen beeld over het verwijzen door sociale teams, de interviews zorgen voor een uitleg van het gedrag: waarom verwijzen sociaalteamwerkers door? Beide meetinstrumenten vullen elkaar aan en ontrafelen het coping mechanisme 'doorverwijzen'.

De validiteit staat enigszins onder druk bij de enquête omdat deze maar is ingevuld door 6,3% van de mensen die zijn uitgenodigd om de enquête in te vullen (Boeije, 2010, p. 59). Daarom is nagegaan waarom de vragenlijst na 2444 verstuurd uitnodigingen maar 154 keer is geopend. Na het bekijken van het adressenbestand en het respons bleek dat er 624 mailadressen uit het adressenbestand van Sociaal Werk Nederland niet meer bestonden. Daarnaast is de uitnodiging tot deelname aan de enquête naar het volledige adressenbestand van Sociaal Werk Nederland gestuurd. Het adressenbestand bestaat uit een brede groep aan professionals die werkzaam zijn binnen het sociale domein. Hier vallen ook directeuren, beleidsmedewerkers, human resource-personeel en tweedelijnhulpverleners van organisatie in het sociale domein onder. Deze groepen vallen niet onder de doelgroep van dit onderzoek, maar hebben wel een bericht over de enquête ontvangen. Tot slot is de enquête 2444 keer verstuurd, echter bestaat het adressenbestand van Sociaal Werk Nederland niet uit zoveel organisaties. Regelmatig zullen meerdere medewerkers van een organisatie de enquête hebben ontvangen. Het kan goed zijn dat een medewerker van de organisatie de taak op zich heeft genomen om de enquête in te vullen.

Naast de matige, maar verklaarbare, respons op de enquête zijn ook de vragen wisselend beantwoord. De respons varieerde van maximaal 150 tot minimaal 47 als laagste respons. Na de eerste drie relatief makkelijk te beantwoorden vragen, is de vierde vraag een vraag waarbij de respondenten een schatting van een aantal of percentage moeten geven. Bij navraag aan de pilotgroep bleek dat deze schatting lastig is en daarom gezocht moet worden in een

computersysteem om een gefundeerde schatting te kunnen maken. Bij deze vraag is te zien dat veel respondenten stoppen met het invullen van de vragenlijst. In het vervolg blijkt dat ongeveer 45 tot 60 respondenten de vragen beantwoordt.

In dit hoofdstuk zijn de concepten, participanten, verschillende onderzoeksmethoden, betrouwbaarheid en validiteit besproken. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de dataverzameling weergegeven en geanalyseerd.

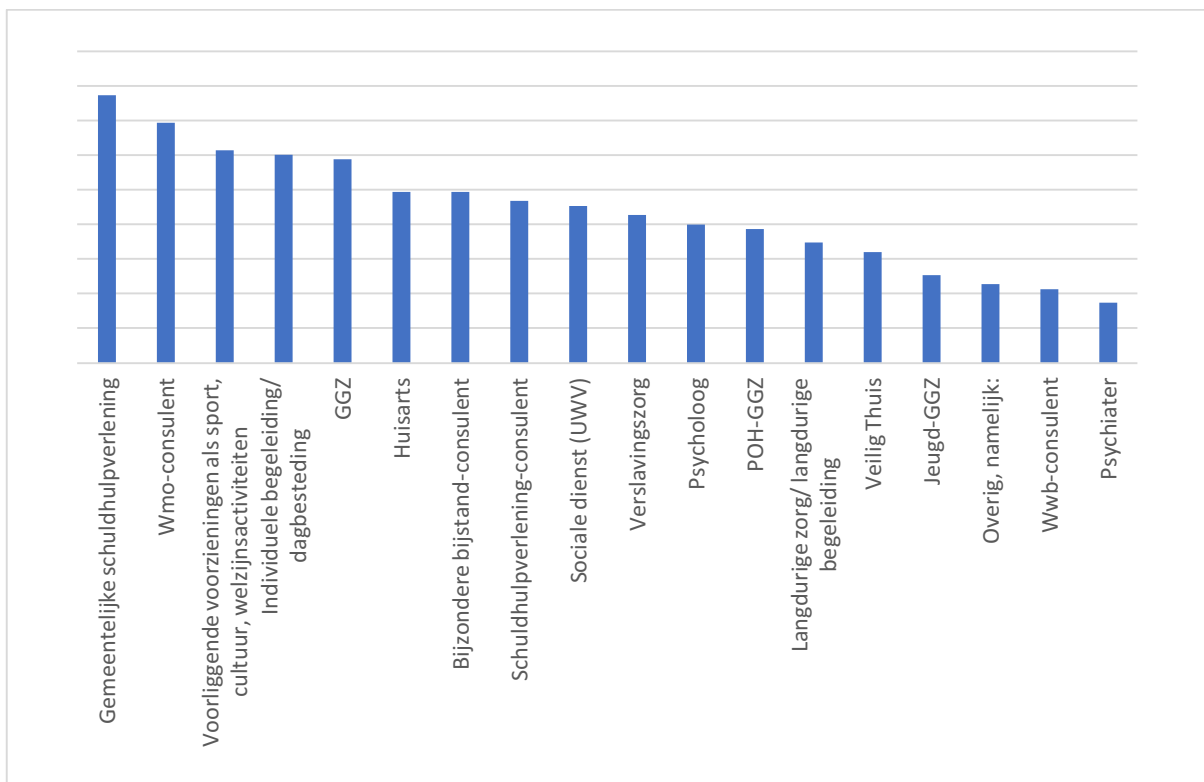
4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de twee vormen van dataverzameling. Eerst zullen de resultaten van de enquête worden besproken omdat deze een meer generiek beeld geven van sociale teams (paragraaf 4.1). Vervolgens wordt ingegaan op de resultaten van de interviews (paragraaf 4.2). Deze resultaten geven tezamen antwoord op de volgende empirische vraag “*Hoe komt de beslissing om wel of niet door te verwijzen tot stand?*”. Ten slotte worden de resultaten in paragraaf 4.3 en 4.4. geanalyseerd.

4.1. Resultaten enquête

In deze paragraaf worden de resultaten van enquête weergegeven. De eerste vraag waarop antwoord werd gegeven was: *Naar welke voorzieningen verwijst u door?*

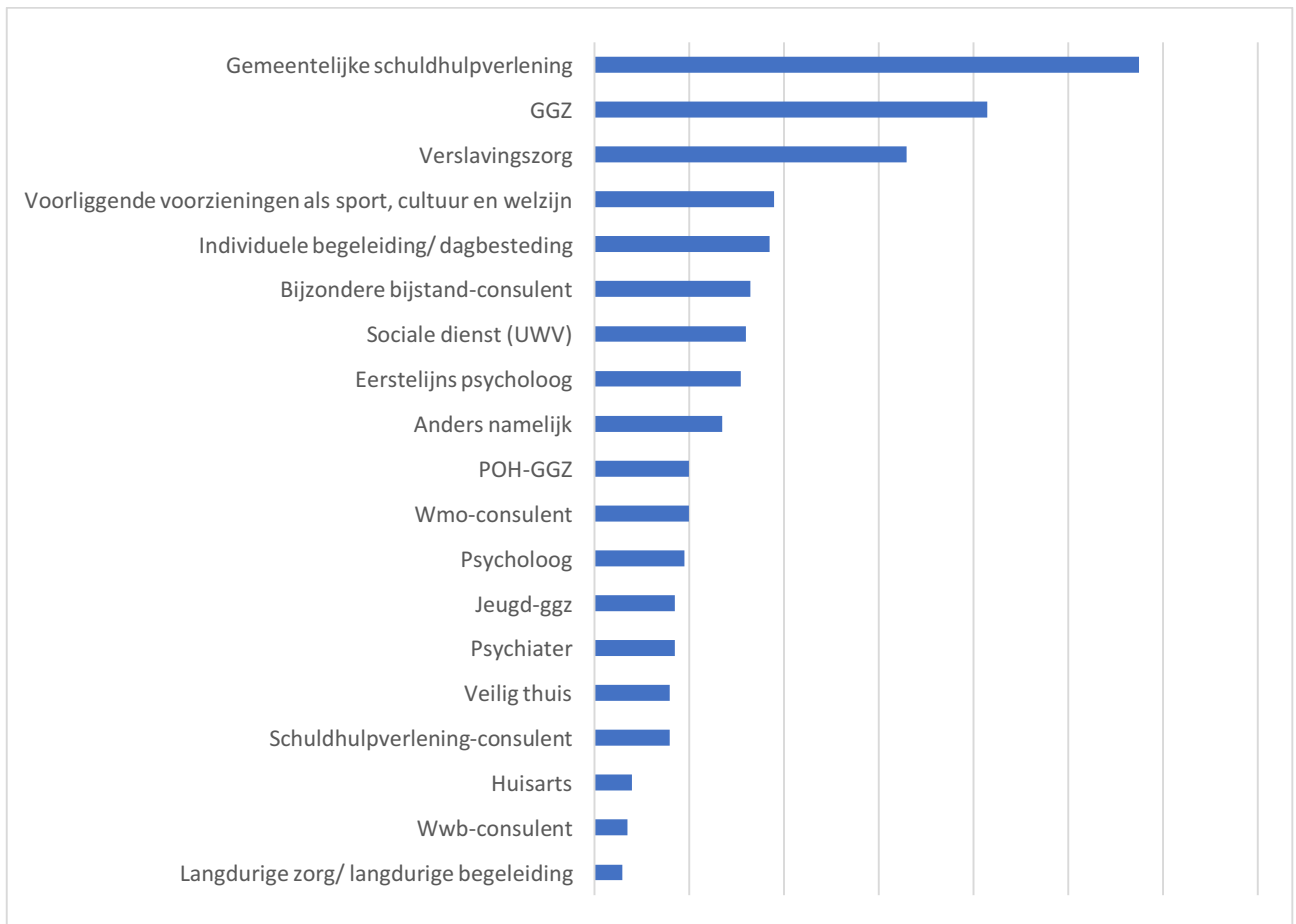
Uit de resultaten van de deze vraag blijkt dat er het meest wordt doorverwezen naar de gemeentelijke schuldhulpverlening, de Wmo-consulent, voorliggende voorzieningen als sport, cultuur en welzijnsactiviteiten en individuele begeleiding/ dagbesteding.



Grafiek 1 Weergave van de organisaties waarheen de sociaalteamleden verwijzen.

De tweede vraag die respondenten hebben beantwoord was *“Bij welke instanties waarnaar u doorverwijst ziet u de meeste afhakers?”*

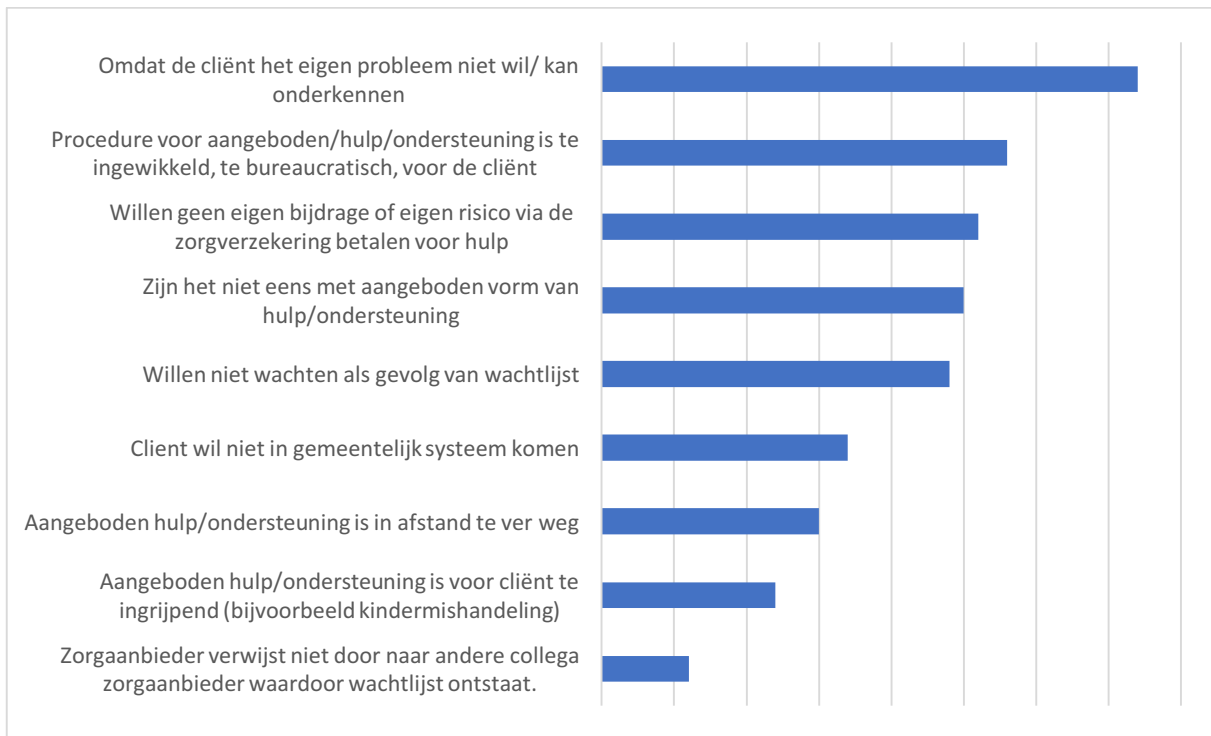
Uit de resultaten blijkt dat cliënten voornamelijk uitvallen na doorverwijzing naar de gemeentelijke schuldhulpverlening, de ggz en verslavingszorg.



Grafiek 2 Organisaties waar het meeste uitval van cliënten plaatsvindt.

Vervolgens werd de respondenten gevraagd waarom zij denken dat cliënten geen gebruik maken van de aangeboden hulp/ ondersteuning. De derde vraag uit de enquête die de respondenten hebben ingevuld luidde *“Waarom maken deze cliënten volgens u geen gebruik van de aangeboden hulp/ondersteuning?”*

De meest voorkomende antwoorden zijn: omdat de cliënt het eigen probleem niet wil/kan onderkennen, gevolgd door: procedure voor aangeboden/hulp/ondersteuning is te ingewikkeld, te bureaucratisch, voor de cliënt en willen cliënten geen eigen bijdrage of eigen risico via de zorgverzekering betalen voor hulp.

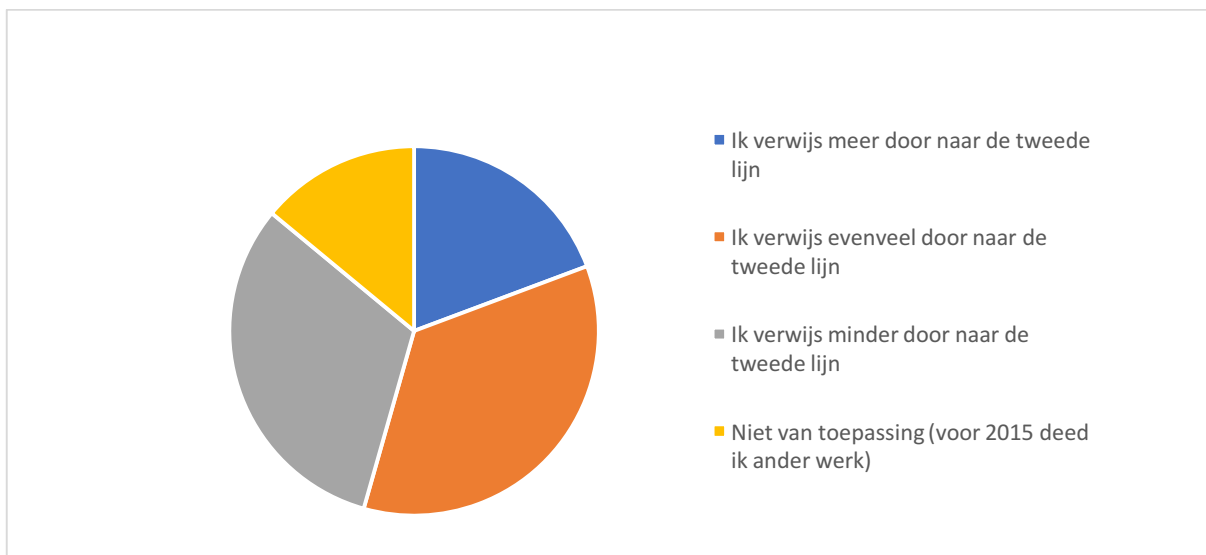


Grafiek 3 Redenen waarom cliënten niet ingaan op een doorverwijzing.

De vierde vraag was “Verwijst u door het werken in sociale teams meer, even veel of minder door naar de tweede lijn dan voor de transitie in 2015?”

Antwoordopties	Reactiepercentage	Aantal reacties
Ik verwijs meer door naar de tweede lijn	19,3%	11
Ik verwijs evenveel door naar de tweede lijn	35,1%	20
Ik verwijs minder door naar de tweede lijn	31,6%	18
Niet van toepassing (voor 2015 deed ik ander werk)	14,0%	8
Totaalaantal reacties		57

Tabel 1 Antwoord op de vraag “Verwijst u door het werken in sociale teams meer, even veel of minder door naar de tweede lijn dan voor de transitie in 2015?”



Grafiek 4 Respons op de vraag of sociaalteamleden meer, evenveel of minder doorverwijzen naar de tweede lijn door de transitie in 2015.

De respondenten is gevraagd een toelichting te geven op het gegeven antwoord van de bovenstaande vraag. De toelichting is gesorteerd per antwoordcategorie en vervolgens zijn soortgelijke antwoorden bij elkaar gezet.

Antwoordcategorie: Ik verwijs meer door naar de tweede lijn

- Werkdruk
 - 'Vanwege het toenemende aantal taken en de werkdruk wordt door mij en mijn collega's sneller doorverwezen naar overige instanties, zowel 1e als 2e lijn. Dit in contrast met de doelstelling om meer laagdrempelige hulp vanuit het sociaal team zelf aan te bieden'.
 - 'Doordat we zelf beschikkingen maken is er minder tijd om zaken zelf op te pakken'.
- Complexiteit
 - 'Als opbouwwerker word ik steeds vaker geconfronteerd met ingewikkelde casussen die onze teamwerklast te boven gaat'.
- Respondent mag nu zelf doorverwijzen
 - 'Ik mag indiceren op alles in de tweede lijn. Hierdoor is het ook logischer dat ik meer doorverwijs dan eerder, ik had eerder mensen nodig om die verwijzing in orde te maken (bv. huisarts) en nu kan ik het zelf'.

- 'Eerst mocht ik geen toegang verschaffen tot de 2e lijn en nu is het mijn werk'.

Antwoordcategorie: Ik verwijs evenveel door naar de tweede lijn

- Snellere aanpak en doorverwijzing voor kortere periodes
 - 'Door de komst van de servicepunten worden hulpvragen die eenvoudig zijn en waar op korte termijn iets in dient te gebeuren en die onderdeel zijn van een multiproblemsituatie, snel opgepakt door het servicepunt. Dit let niet dat er minder naar de 2e lijn wordt verwezen, maar wel wellicht voor een kortere periode'.
- 'Als we in ons wijkteam iemand verwijzen naar professionele specialistische hulp (opschalen) dan is dit al met de cliënt voorbesproken en akkoord bevonden'.
- 'Er zullen altijd cliënten blijven die meer nodig hebben dan wat de wijkteams kunnen bieden. Men gaat te veel uit van leerbaarheid en veranderbaarheid'.

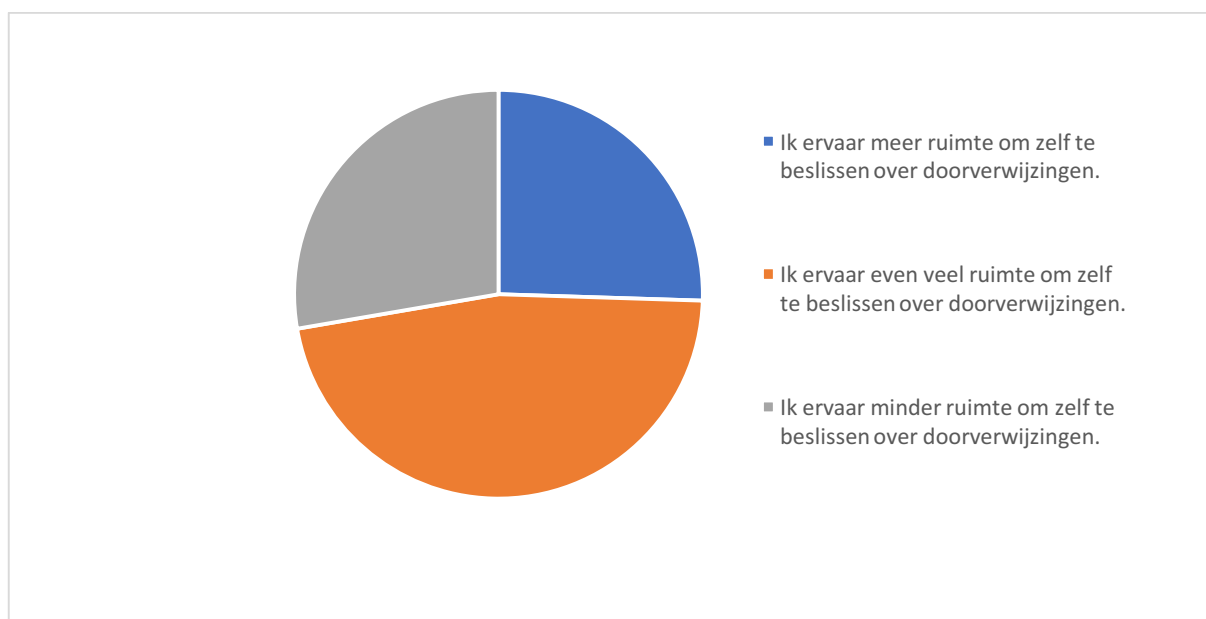
Antwoordcategorie: Ik verwijs minder door naar de tweede lijn

- Meer aanbod en samenhang in en tussen eerste en nuldelijnsvoorzieningen
 - 'Het voorliggend veld kent een aantal aangepaste voorzieningen waar gebruik van gemaakt kan worden'.
 - 'Meer eigen kracht, algemene voorzieningen en samenwerking met algemene voorzieningen waardoor beter aanbod ontstaat'.
 - 'Ggz bouwt af qua hulp en voorzieningen, en verwijst ook zelf meer naar oplossingen in de eerste lijn en/of informele hulp- burens/buurtkracht'.
- Samenstelling sociaal team
 - 'Door de verschillende disciplines binnen het team kan er breder gekeken worden naar het probleem en hier een beter passende oplossing voor worden gezocht nog voordat het nodig is om te verwijzen. Daarnaast steken we meer in op een preventieve aanpak'.

De laatste vraag uit de enquête was "Hoe ervaart u de ruimte om zelf beslissingen te nemen over het wel of niet doorverwijzen van een cliënt in vergelijking met voor de transitie in 2015?"

Antwoordopties	Reactiepercentage	Aantal reacties
Ik ervaar meer ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen	25,5%	12
Ik ervaar evenveel ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen	46,8%	22
Ik ervaar minder ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen	27,7%	13
Totaalaantal reacties		47

Tabel 2 Antwoord op de vraag "Hoe ervaart u de ruimte om zelf beslissingen te nemen over het wel of niet doorverwijzen van een cliënt in vergelijking met voor de transitie in 2015?"



Grafiek 5 Antwoord op de vraag "Hoe ervaart u de ruimte om zelf beslissingen te nemen over het wel of niet doorverwijzen van een cliënt in vergelijking met voor de transitie in 2015?" weergegeven in een cirkeldiagram.

Er wordt verdeeld gereageerd op de vraag of de hulpverlener meer, evenveel of minder ruimte hebben om zelf te beslissen over een doorverwijzing. De toelichting van respondenten op deze vraag is gesorteerd per antwoordcategorie en vervolgens zijn soortgelijke antwoorden bij elkaar gezet.

Antwoordcategorie: Ik ervaar meer ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen

- Respondent mag nu zelf doorverwijzen
 - 'Bureau Jeugdzorg als toegangspoort tot de tweedelijns jeugdzorg is vervallen. Dat maakt dat we vanuit het gebiedsteam rechtstreeks kunnen verwijzen. Ik ervaar dat als een positieve verandering'.

- 'Wij kunnen zelfs indiceren voor Wmo bijvoorbeeld'.
- 'Voorheen stuurde ik cliënten naar huisarts met de vraag voor doorverwijzing tweede lijn zoals bij ggz en nu kan ik dat zelf, dus ervaar ik meer ruimte hiervoor. Hierdoor verwijs ik niet meer door naar tweede lijn. Ik ervaar wel veel weerstand bij me zelf bij maken van verwijzing dat is in gemeenten waar ik werk namelijk een formulier van tig kantjes en invullen kost me zo 1,5 uur terwijl als een huisarts verwijst er drie regels al voldoende zijn..... Bespreken en afgeven van beschikking gaat ook traag en bureaucratisch en ik krijg in tegenstelling van huisarts geen terugkoppeling. Dit alles zou soepeler kunnen'.

Ik ervaar evenveel ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen

- Er is altijd overleg met collega's voordat er doorverwezen wordt
 - 'De doorverwijzing gaat in samenspraak met het wijkzorgteam'.
 - 'Het is altijd in overleg gegaan'.
 - 'Verwijzingen gaan middels vierogen-principe. Eerder had ik ook overleg met collegae alvorens ik iemand ging doorverwijzen. Nu is dat niet anders. Nu zijn het alleen wel collegae met een andere moederorganisatie dan die ik heb waar ik overleg mee heb'.

Ik ervaar minder ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen

- Invloed gemeente
 - 'De rol van de wijkteams en gemeenten is bepalender geworden in de zorg'.
- Er zijn andere organisaties nodig om over de doorverwijzing te besluiten
 - 'Bij ons is er een buurtteam en een sociaal wijkteam. Laatstgenoemde besluit uiteindelijk of er verwezen wordt naar bijvoorbeeld gespecialiseerde hulp'.
 - 'Jammer vind ik dan soms een Veilig Thuis of SWT ertussen moet zitten om te verwijzen'.
 - 'Er is vaker overleg met de cliëntadviseur nodig'.
- Teamoverleg
 - 'Voor een doorverwijzing m.b.t. opschalen is altijd een teambesluit nodig. Hier kan ik me overigens goed in vinden dus ik heb hier geen enkele moeite mee'.
- Weerstand bij doorverwijzen

- ‘De druk om alles binnen het eigen team te moeten oplossen is merkbaar’.
- ‘Er moet zoveel mogelijk in de nulde lijn worden opgelost. Er blijft daardoor meer bij de sociale teams hangen’.

4.2. Resultaten interviews

Sociale teams zijn er in allerlei soorten en maten. Echter hebben ze een ding gemeen, ze staan in alle gevallen voor de keuze: een cliënt doorverwijzen of zelf (binnen het team) behandelen. In de interviews is gevraagd naar de achterliggende reden(en) om een cliënt wel of niet door te verwijzen. Uit de gesprekken met sociaalwerkers kunnen verschillende stromen worden gedestilleerd waarom er is wel of niet is doorverwezen. De verwerking van de resultaten uit de interviews is onderverdeeld in twee delen. Eerst worden de stromingen binnen het wel doorverwijzen besproken, vervolgens de stromingen binnen het niet doorverwijzen van een cliënt.

4.2.1. Wel doorverwijzen

Sociaalteamleden hebben als uitgangspunt de gedachte om elke casus zelf op te lossen, op een laagdrempelige manier, dichtbij de cliënt. In de praktijk blijkt dat dit niet altijd mogelijk is, regelmatig kiest een sociaalteamlid voor een doorverwijzing in plaats van het zelf oplossen van de hulpvraag. Er zijn drie stromingen die de doorverwijzing verklaren: zowel het sociaalteamlid als de cliënt vinden een doorverwijzing de beste oplossing na het afwegen van de opties; de cliënt kwam voor een doorverwijzing; er wordt noodgedwongen doorverwezen, zowel het sociaalteamlid als de cliënt zien dit niet als meest ideale optie. In de volgende paragrafen worden de opties besproken en toegelicht aan de hand van citaten, opgetekend uit de interviews.

4.2.1.1. *De cliënt en het sociaalteamlid willen een doorverwijzing*

Wanneer na het grondig bekijken van de casus en na overleg met de cliënt in samenspraak wordt besloten om de cliënt door te verwijzen naar een andere eerste- of tweedelijnsorganisatie geven sociaalteamleden verschillende redenen van deze doorverwijzing. Deze redenen worden in de volgende paragrafen besproken.

4.2.1.1.1. Complexiteit hulpvraag/hulpvragen

Teamleden brengen in eerste instantie in kaart wat de problematiek is die ten grondslag ligt aan de hulpvraag of hulpvragen van de cliënt. Wanneer er verwacht wordt dat de problematiek te complex is voor het team wordt er besloten door te verwijzen. Een casus wordt omschreven als te complex wanneer de situatie naar verwachting niet binnen de tijdsperiode van het sociaal team gestabiliseerd kan worden. Oorzaken van complexiteit zijn multiprobleem-situaties en het niet verkrijgen van overzicht over de situatie

“We maken een knip dat wanneer het dermate complex is we het niet, zelfs na veel inzet van ons, gestabiliseerd krijgen. We merken dan dat er meer nodig is en schalen we op”. (Maatschappelijk werker T., buurtteam)

“Ik merkte dat het een zaak was die niet bij mij hoorde, er speelde veel”. (Buurteamwerker J., buurtteam)

“We kijken hoe complex het is, kan je het oplossen met een vrijwilliger, een schuldhulpmaatje. Ze [twee broers] hadden niet hele hoge schulden, eentje had wat ongeopende enveloppen. Daar kan een schuldhulpmaatje worden ingezet, die andere man had een halfjaar geen enveloppen geopend. Daar komt nog meer bij kijken, want er zijn meerdere leefgebieden. Dan is het toch handig, gezien het lage verstandelijke niveau om daar C., een organisatie die met mensen met een handicap werken, om daar een indicatie voor af te geven”. (Wijkcoach B.)

4.2.1.1.2. Niet voldoende expertise en/of ervaring (in het sociaal team)

Wanneer het sociaalteamlid het idee heeft dat een andere hulpverlener de hulpvraag van een cliënt beter kan beantwoorden wordt daarvoor gekozen. Sociaalteamleden omschrijven situaties waarbij zij niet genoeg expertise en/of ervaring hebben over een specifieke hulpvraag. Voorbeelden die genoemd werden waren hersenletsel, financiële problemen, psychische problemen en traumaverwerking. Sociaalteamleden geven aan dat er in eerste instantie wordt gekeken of er een collega in het team is die de cliënt wel kan behandelen, mocht dat niet het geval zijn wordt er gekozen voor een doorverwijzing naar een organisatie buiten het team. Sociaalteamleden geven aan dat ze door de kennis die zij hebben van de sociale kaart een goed beeld hebben aan wie zij een cliënt moeten doorverwijzen en inzicht hebben of deze doorverwijzing het gewenste resultaat oplevert. Kanttekening daarbij is dat er vaak wordt gekozen voor dezelfde organisaties waar men mee vertrouwd is. Het laatste citaat van deze paragraaf onderbouwt deze constatering.

“Ze had die psychische problemen door problemen in haar jeugd en de recente scheiding. Te complex voor ons. Wij hebben daar geen kaas van gegeten. Ze kan sneller en beter geholpen worden door een psycholoog op dat vlak. Ik heb daarom een doorverwijzing voor haar geregeld”. (Maatschappelijk werker E.)

I: Was u er vanaf het begin al van overtuigd dat u deze persoon niet zelf kon behandelen?

R: Ja, dat hij beter af zou zijn bij reguliere vormen van zorg, dan wel behandeling.

I: Hoe kwam het dat u dat dacht?

R: Tekort aan ervaring, denk ik, weten dat zij daarmee beter geholpen zijn. (Maatschappelijk werker L.)

“Wij verwijzen wel door, je merkt wel dat je altijd dezelfde instellingen kiezen. Je hebt er goede resultaten mee en goed contact, korte lijnen. Dan ga je vaak weer naar dezelfde organisaties. Je hebt korte lijntjes, vaker contact gehad. Je

weet ook dat degene met wie je contact hebt ook wel doorpakt en goed is. Daar voel je je goed bij". (Wijkcoach B.)

4.2.1.1.3. Maatwerk

Sociaalteamleden schetsen in de interviews een beeld waaruit blijkt dat zij grote waarde hechten aan het leveren van maatwerk. Wanneer zij opmerken dat een collega in het sociaal team of een andere organisatie beter in staat is om maatwerk te leveren kiezen zij daarvoor. Een collega wordt beter geacht wanneer hij/zij beter kan behandelen in kortere tijd, meer efficiënt kan behandelen of de juiste vaardigheden en/of kenmerken bezit. Daarnaast speelt de eigen bijdrage ook een rol in het leveren van maatwerk. Wanneer een cliënt in een financiële positie zit waarbij het betalen van een eigen bijdrage onmogelijk is, proberen de sociaalteamleden een oplossing te vinden waar geen eigen bijdrage verlangd wordt van de cliënt of een regeling te treffen voor het betalen in termijnen.

"Hij gaf aan dat hij op zoek is naar iemand die hem helemaal verstaat in zijn cultuur, achtergrond. Hij spreekt het liefste Turks. Wij hebben hier een collega zitten die Turks spreekt. Dan verwijs ik door naar de maatschappelijk werker die Turkssprekend is en een man. Want daar vroeg de cliënt zelf specifiek om. Dan kies ik daarvoor". (Cliëntondersteuner V.)

I: Had u gelijk het idee om door te verwijzen?

R: Ja, zelf behandelen zou veel te lang duren en de doorverwijzing was een vorm waar je niet zo lang in therapie hoeft. Omdat die man dat, denk ik, niet aan zou kunnen en het niet in het belang van hem is [zelf behandelen]. (Maatschappelijk werker K.)

"Wij merken dat het wel invloed heeft omdat mensen het geld niet hebben om de eigen bijdrage te betalen van bijvoorbeeld P. [organisatie gericht op psychische problemen]. Het kan natuurlijk in termijnen betaald worden of aan het einde van het jaar. Dan kan je ook wel weer kijken voor een plan om dat goed op te vangen". (Cliëntondersteuner V.)

4.2.1.2. *Cliënt kwam voor een doorverwijzing*

Waar cliënten over het algemeen met een hulpvraag naar het sociaal team komen, valt op dat er ook cliënten naar het sociaal team komen met een andere vraag. Ze willen doorverwezen worden naar een tweedelijnsvoorziening. De leden van sociale teams geven aan dat ze hier niet direct op in gaan. Ze onderzoeken eerst of wat de exacte hulpvraag van de cliënt is, wat voor eventueel eerdere behandelingen er zijn geweest en wat het effect daar van was. Dit om te voorkomen dat de hulp die de cliënt aanvroeg niet werkt en de cliënt wellicht binnen afzienbare tijd zich weer bij het sociaal team meldt.

R: Soms zijn het ook gewoon mensen zelf die zeggen dat ze meer of anders willen: "Ik ben al bij een maatschappelijk werk geweest, dat hielp niet. Ik heb iets anders nodig". Dan proberen ze bij het sociaal team weer opnieuw. Het is natuurlijk een nieuwe organisatie.

I: Hoe reageren jullie op zo'n cliënt die komt voor een doorverwijzing?

R: Ik ga na welke hulp er al is geweest en waarom dat toentertijd niet goed gegaan. Een stukje geschiedenis mee te krijgen, ook om in te schatten of het dit keer wel gaat werken. [...] Anders is het allemaal een beetje korte termijn. Daar heeft een cliënt uiteindelijk niks aan en staat hij de volgende keer weer bij ons op de stoep. (Maatschappelijk werker G.)

4.2.1.3. *Doorverwijzing is noodgedwongen*

In sommige gevallen willen zowel het sociaalteamlid als de cliënt geen doorverwijzing, echter gebeurt het toch. Er worden in de interviews verschillende redenen genoemd waarom er wel wordt doorverwezen ondanks dat het tegen de wens van de sociaalteamwerker en cliënt is.

4.2.1.3.1. Werkdruk

Uit de theorie over street-level bureaucracy van Lipsky (2010, p. 29) bleek dat kenmerken van een street-level bureaucrat zijn dat zij werken met een hoge caseload en werkdruk hebben. Daarnaast moeten ze snel beslissingen nemen. Dit is terug te zien in de data. Sociaalteamwerkers geven aan dat ze te maken hebben met een hoge werkdruk. Er komen dagelijks nieuwe aanmeldingen binnen bij de teams, de doorstroom in de teams wordt dan als grote prioriteit gezien. Dit om wachtlijsten bij de teams te voorkomen.

“Dit kunnen wij wel, maar we krijgen elke dag weer nieuwe aanmeldingen die we ook moeten aanpakken. Dus toen hebben we het toch doorverwijzen”.
(Wijkcoach B.)

4.2.1.3.2. Tijdsspanne

Sociale teams hebben vaak de functie van het oplossen van kortdurende hulpvragen, bijvoorbeeld het oplossen binnen drie maanden of vijf keer.

“Wij zijn niet een onbeperkt traject. Mensen mogen hier vijf keer komen. Dan proberen we iemand te helpen of door te verwijzen binnen de organisatie”.
(Cliëntondersteuner V.)

Niet alle hulpvragen zijn binnen het gegeven tijdsbestek op te lossen. Sociaal teamwerkers geven aan dat ze regelmatig een cliënt hebben met problematiek die oplosbaar is voor het sociaal team. Echter worden zij bekneld door de regels die aangeven binnen tijdsspanne (aantal behandelingen/gesprekken of tijdsperiode) een hulpvraag moet zijn beantwoord. Dit komt overeen met de theorie van Lipsky die zegt dat street-level bureaucrats een chronisch tekort aan tijd hebben (Lipsky, 2010, p. 29). Wanneer de verwachting is dat het langer duurt dan mag, zal een cliënt doorverwezen worden die wat betreft zwaarte van de hulpvraag behandeld had kunnen worden door het sociaal team.

“Dan is het vaak de duur, dat het niet mogelijk is om een cliënt zo lang zelf te helpen. Je wordt beperkt in de mogelijkheid van de duur. Terwijl ik weet, ik heb

veel NAH-klanten¹, die mensen vergen wat meer tijd. Mensen moeten door fases heen, mensen moeten door situaties heen, je moet langzaam dingen met hen bespreken. Dat gaat allemaal niet zo snel". (Maatschappelijk werker L.)

"Ik heb gemerkt dat de tendens, niet alleen in wijkteams waar ik werk, maar ook in andere wijkteams toch wel weer de kant op gaat van kortdurende en simpele zorg. Die gevallen behandelen ze, is het langer dan drie maanden dan moet er besproken worden of je dat nog wel gaat doen. Anders ga je doorverwijzen, terwijl er niet altijd adequate hulp is als je moet doorverwijzen. Dat vind ik zonde, want in het werk dat ik voorheen deed, daar was het wel mogelijk om laagdrempelige zorg te bieden, langdurig. Dat konden wij prima, maar daar hebben wij nu niet meer altijd de mogelijkheid voor". (Maatschappelijk werker L.)

4.2.2. Niet doorverwijzen

Er zijn drie stromingen die verklaren waarom een cliënt niet wordt doorverwezen. Ten eerste omdat zowel het sociaalteamlid als de cliënt vinden dat het beantwoorden van de hulpvraag het beste kan gebeuren in het sociaal team: de optimale oplossing. Ten tweede kan zowel het sociaalteamlid als de cliënt graag een doorverwijzing als meest ideale oplossing zien maar is er een factor in het spel waardoor een doorverwijzing niet kan worden bewerkstelligd. De derde en laatste mogelijkheid is dat een cliënt niet wil dat de hulpvraag wordt doorverwezen. In de volgende paragrafen worden de opties besproken en toegelicht aan de hand van citaten, opgetekend uit de interviews.

4.2.2.1. Het sociaalteamlid en de cliënt willen geen doorverwijzing

Sociaalteamleden willen zoveel mogelijk hulpvragen op een laagdrempelige manier oplossen. Uit de dataverzameling komen verschillende redenen naar voren waarom sociaalteamleden

¹ NAH staat voor niet-aangeboren hersenletsel.

besluiten om de hulpvraag van een cliënt zelf op te lossen. In de volgende paragrafen worden deze besproken.

4.2.2.1.1. Band met de cliënt

De band met de cliënt wordt regelmatig benoemd als reden om een cliënt niet door te verwijzen. Doordat er een vertrouwensband ontstaat tussen de hulpverlener en de cliënt hebben sociaalteamleden het gevoel meer te kunnen bereiken. Of zoals een van de respondenten het zei “Zonder vertrouwen, geen beïnvloeding” (JD, maatschappelijk werker). Daarnaast merken sociaalteamleden op dat een cliënt door de vertrouwensband makkelijker met een nieuwe hulpvraag aanklopt bij het sociaal team.

*“Ik denk dat het moeilijker wordt een cliënt over te dragen naar mate je langer in beeld bent bij iemand. Hoe langer en intensiever, hoe beter het contact is. Hoe moeilijker het wordt voor jezelf, als sociaal teamlid, om door te verwijzen”.
(Maatschappelijk werker G.)*

*“Het is natuurlijk ook zo dat je een vertrouwensrelatie hebt en dat het een ontzettend ingewikkelde casus is. Als je dat nu weer over gaat dragen dan kan het zijn dat net het effect dat je had wegebt. Want: zonder vertrouwen, geen beïnvloeding. Dat je net de plank mislaat door het over te dragen”.
(Maatschappelijk werker K.)*

“Dat ben ik gaan doen, eigenlijk merkte ik dat het heel erg goed ging en dat er een klik ontstond. Het bood haar heel veel in het dagelijks leven. Dat was mijn afweging op dat moment. Ik hou deze cliënt zelf even vast”. (Maatschappelijk werker G.)

*“Als ik het niet zo had opgelost, dan had een andere collega dat gedaan. Een maatschappelijk werker bijvoorbeeld. Iemand die helemaal geen binding had met die jongen, die familie, het dorp kennen ze niet, ze kennen de situatie niet”.
(Wijkcoach N.)*

4.2.2.1.2. Samenwerking in de wijk

Verschillende sociaalteamleden geven aan dat samenwerking in de wijk ervoor zorgt dat een doorverwijzing naar tweedelijnszorg voorkomen kan worden. Door inschakeling van het sociale netwerk, vrijwilligers en professionals van andere disciplines kan een cliënt op een laagdrempelige, duurzame manier geholpen worden.

“De familie heeft samen met hem het huis opgeknapt en de politie zou een keer per week langsgaan om te kijken hoe het met hem gaat”. (Wijkcoach B.)

“De nuldelijn moet je telkens bekijken elke dag. Familie, vrienden. Het netwerk is belangrijk. En de voorliggende voorziening. Als iemand met vervoersproblemen zit, kleine klusjes, het ophogen van de stoep om met de rollator in huis te kunnen, dan kijken wij in de oplossing bij mensen in het netwerk of een werkvoorziening die een klus kan doen. Ook zijn er mensen met praktische vragen rondom formulieren of een uitkering. Die verwijst je door naar voorliggende vrijwilligersorganisaties. Die dat met hen oppakken. Het is de andere kant van het verhaal. Kijken naar het netwerk voor de zorgmogelijkheden. We sturen die vaak naar de nuldelijn en houden zelf de invloed klein”. (Maatschappelijk werker E.)

4.2.2.1.3. Aanpak blijkt te werken

Regelmatig geven sociaalteamleden aan de situatie aan te kijken. Ze proberen een bepaalde aanpak maar houden in het achterhoofd dat wanneer ze binnen een korte periode geen verbetering zien ze de cliënt alsnog doorverwijzen.

“Eerst kijken of deze gesprekken helpen. Haar helpen in haar dagelijks leven, om ook haar gedrag te veranderen. Mocht dat niet werken, dan merk je dat vrij snel, dan kan je altijd nog een stap zetten richting psycholoog, therapeut of andere hulpverlening. Dat ben ik gaan doen, eigenlijk merkte ik dat het heel erg goed ging en dat er een klik ontstond. Het bood haar heel veel in het dagelijks

leven. Dat was mijn afweging op dat moment. Ik hou deze cliënt zelf even vast”.
(Maatschappelijk werker G.)

“We hebben afgesproken dat mocht het nodig zijn, of er meer nodig is dan dat wij kunnen bieden we de stap kunnen maken. Dat is tot nu toe niet nodig gebleken”. (Buurtteamwerker J., buurtteam)

4.2.2.1.4. Maatwerk

Veel sociaalteamleden geven tijdens de interviews aan dat het leveren van maatwerk het na te streven doel is. Ze proberen de hulpverlening aan te laten sluiten op de wensen van de cliënt. Sociaalteamleden geven aan dat zij regelmatig grote verschillen ervaren tussen de tweede lijn en de eerste- en nuldelijnszorg. De tweedelijns hulpverleners zijn meer gericht op het aanpakken van vragen op één leefgebied, bijvoorbeeld een psycholoog. De eerste lijn staat dichterbij de cliënt en heeft meer kennis van de context van de cliënt, zoals de woonomgeving, de thuissituatie en het sociale netwerk. Door deze kennis achten de sociaalteamleden zichzelf beter in staat maatwerk te leveren dan mogelijk is in de tweede lijn.

“Nu kan ik aansluiten bij hun beleving en daarin meegaan. Op het moment dat iemand in een klinisch traject terechtkomt is dat een hele andere beleving”.
(Buurtteamwerker J., buurtteam)

“Iemand die helemaal geen binding had met die jongen, die familie, het dorp kennen ze niet, ze kennen de situatie niet. Die hadden misschien allemaal dure maatschappelijk werkers ingehuurd om die jongen te begeleiden. [...] maar het is gewoon niet passend”. (Wijkcoach N.)

“Dat ga ik nu met de mensen zelf bekijken. Dat ik dat zelf doe is omdat ik contact met het activiteitscentrum heb gehad, die geven aan dat ze een stukje kunnen doen, maar niet de hele thuissituatie mee kunnen nemen daarin. Die positie heb ik wel. Ik kan naar het hele systeem kijken, daarom denk ik dat het handig is dat ik het doe. Je kunt kijken naar de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Dus

niet alleen schuiven naar de Wet langdurige zorg, maar dat je het hele systeem daarin meeneemt. Van wat is de meest passend oplossing, zorg op maat? Wat is voor dit gezin de beste oplossing? Kijken wat past, dat is iets wat ik vanuit achtergrond bij [organisatie] heb meegekregen". (Maatschappelijk werker L.)

4.2.2.1.5. Reduceren kosten

Sociaalteamleden geven aan dat zij zich ervan bewust zijn dat het behandeling in de tweedelijnsorganisaties kosten met zich meebrengt. De sociaalteamleden geven aan dat het zelf behandelen minder geld kost en ze het reduceren van de kosten meenemen in de overweging om een cliënt wel of niet door te verwijzen. Echter zien zij het reduceren van de kosten door zelf te behandelen in plaats van door te verwijzen niet als hoofdreden om niet door te verwijzen, dat is het leveren van maatwerk.

"Dat heeft die maatschappelijk werker niet. Die zit op kantoor en gaat een dure methodiek erin fietsen. Dan ben je nog meer geld kwijt. Het gaat mij niet alleen om dat geld, maar het is gewoon niet passend". (Wijkcoach N.)

"We kunnen allemaal beschikkingen maken. Maar dat kost ook handenvol geld". (Maatschappelijk werker K.)

"Waarom moet er een dure pedagoog geregeld worden? Daar heeft zo'n kind toch helemaal geen zin in? Welzijn kan het goedkoper leveren en beter organiseren. Het hoeft allemaal niet zo opgetuigd te worden en duur te zijn". (Wijkcoach N.)

4.2.2.1.6. Overzicht

Sociaalteamwerkers hebben veel kennis van de omgeving van de cliënt, ze werken op een laagdrempelige manier waardoor ze relatief makkelijk met de cliënt mee kunnen kijken en overzicht kunnen creëren. Dit proberen ze te doen door middel van huisbezoeken. In combinatie met kennis van de lokale sociale kaart achten sociaalteamleden zichzelf in staat

om een duidelijk beeld te krijgen van de context van een cliënt. Doordat zij zichzelf wel in staat achten om deze kennis te vergaren, besluiten zij cliënten zelf te behandelen, zo kunnen alle facetten meegenomen worden.

“Er zitten wel veel verschillende problemen rondom dit gezin. Maar het was overzichtelijk te krijgen en het zou beter zijn als een iemand de hulpverlening dan zou oppakken. Dan hoeft er niet van alles ingevlogen te worden. In overleg is dus besloten dat het goed bij de basisprofessional zou passen. Die de situatie overzichtelijk zou maken, structuur zou aanbrengen en op die manier de problemen rondom dat ene onderwerp kan oppakken”. (Buurtteamwerker J., buurtteam)

“Een huisbezoek is sowieso fijn, je kunt kijken naar de context, de omgeving van de cliënt”. (Maatschappelijk werker E.)

“Laagdrempelig betekent makkelijker bij mensen thuiskomen, dan kunnen we meteen de situatie in thuis zien en in de gaten houden” (Buurtteamwerker J., buurtteam)

“Als welzijnswerker weet je wat er in de wijken en de dorpen te doen is, wat er in de informele wereld gebeurt”. (Wijkcoach N.)

4.2.2.1.7. Samenstelling sociaal team

Door de samenstelling van het sociaal team achten sociaalteamleden zich gesteund. Ze kunnen een casus die ze zelf niet kunnen oplossen door middel van casuïstiekoverleg voorleggen en/of overdragen aan collega's, waardoor een doorverwijzing niet nodig is.

“Kijk, als welzijnswerker balanceer je tussen de informele en de formele wereld. Je kent allebei de werelden. Een klant heeft een vraag, hij heeft een beetje van de formele en een beetje van de informele wereld nodig. En mensen in een wijkteam zitten alleen op het formele stukje en kennen de informele wereld niet.

Waar heel veel kracht zit, daar kan je ook veel gebruik van maken". (Wijkcoach N.)

"Het is heel fijn dat ze er zijn, want is een multidisciplinair team waardoor alle expertises zitten en je veel advies kan vragen en hulp kan krijgen en je kan ook sneller een meldcode maken waardoor de cliënt goed geholpen kan worden". (Cliëntondersteuner V.)

"Ze [andere teamleden] geven mij een taak zodat ze dat niet hoeven door te verwijzen naar een andere professional. Dus kunnen we het binnen het team oppakken". (Buurtteamwerker J., buurtteam)

"Ik ben samen met een collega op huisbezoek geweest. We proberen dat altijd met z'n tweeën te doen. Je ziet beide andere dingen en kunt daarna de bevindingen delen". (Maatschappelijk werker E.)

"Ik wist niet dat er meerdere mogelijkheden waren voor geldaanvragen. Dat is wel heel fijn van zo'n samenwerking. Gaandeweg leer je steeds nieuwe dingen. Het is echt leuk en zinvol. Absoluut". (Wijkcoach B.)

4.2.2.2. *Noodgedwongen geen doorverwijzing*

In deze situatie wordt er noodgedwongen niet doorverwezen. Het sociaalteamlid had dit liever wel gedaan, echter is dit niet mogelijk. Oorzaken die sociaalteamleden hiervoor geven zijn de financiële situatie van de cliënt en wachtlijsten.

4.2.2.2.1. Financiële situatie cliënt

Sociaalteamleden komen regelmatig cliënten tegen die zij graag willen doorverwijzen naar een andere instantie. Echter vraagt die instantie een financiële bijdrage of wordt het eigen risico van cliënt aangetast. Wanneer de cliënt dit niet kan of wil betalen is het onmogelijk de cliënt door te verwijzen.

*“Hij vertrouwt niet zo erg mensen. Op dit moment ben ik zijn begeleider, maar het is niet de constructie zoals het zou moeten zijn. Hij zou gewoon via een beschikking een begeleider moeten hebben van een zorginstantie. Omdat hij de eigen bijdrage niet wil c.q. kan betalen maakt hij daar geen gebruik van”.
(Maatschappelijk werker L.)*

“We hebben een aantal keer gehad dat iemand naar de psycholoog moest eigenlijk. Maar uiteindelijk bij mij terecht kwam. Omdat hij de eigen bijdrage niet kon betalen. Dan stem ik wel goed met de cliënt af wat verwachten we en wat kunnen we dan wel en waar kunnen we dan nog andere ondersteuning zoeken, hoe zou die ondersteuning er dan uit moeten zien. Wat ik zoveel mogelijk doe is samenspraak met de cliënt. Daarom is het bij ons nooit een probleem geweest”. (Buurtteamwerker J., buurtteam)

4.2.2.2.2. Wachtlijsten

Sociaalteamleden lopen regelmatig tegen problemen aan bij het doorverwijzen van cliënten. Wanneer ze de meest passende oplossing hebben gevonden, blijken er wachtlijsten te zijn waardoor de hulpverlening niet op gang kan komen. In onderstaand citaat besluit het sociaalteamlid de hulpverlening daarom zelf op te pakken.

“Je hebt wel te maken met wachtlijsten. We waren voor een meneer bezig om thuisbegeleiding te regelen. Dat hadden we helemaal goed bedacht, maar nu hebben ze daar een personeelstekort. Het was zo mooi bedacht, dat het op een mooie manier kon zonder indicatie. Dan dachten we mooi, dan kunnen we het gelijk aanpakken. Maar nu hebben zij geen personeel. Daar loop je weleens tegenaan. [...] Nu heb ik het maar op me genomen. [...] En neem ik de rol over, er is geen andere oplossing beschikbaar”. (Wijkcoach B.)

4.2.2.2.3. Bureaucratie

Sociaalteamleden geven aan het ze het veel werk is om een beschikking te krijgen bij de gemeente om een doorverwijzing te bewerkstelligen. Door de duur van de procedure en de nodige tijdsinvestering merken sociaalteamleden dat ze kiezen voor het toch zelf oplossen van een hulpvraag of de cliënt wijzen op de mogelijkheid om via de huisarts een doorverwijzing te krijgen.

“Dus neem ik de taak op mij want anders hadden we een indicatie moeten aanvragen. Dat had veel gedoe geweest en moeten we weer naar een andere instelling. Dat is ingewikkeld. Dus dan doe ik het zelf maar”. (Wijkcoach B.)

“Ik weet bijvoorbeeld van de ‘ontsnappingsroute’ via de huisarts, zoals wij dat noemen. De huisarts kan namelijk nog steeds rechtstreeks doorverwijzen voor allerlei zaken. Die ontsnappingsroute wordt nu vaker gebruikt. [...] Het betreft hier geen “samenwerking” met de huisarts. Wij informeren de cliënt slechts dat deze mogelijkheid bestaat. De cliënt moet zelf de stap naar de huisarts maken. Van deze route wordt gebruik gemaakt vooral ook omdat deze wachttijd vaak verkort. Omdat het nogal eens heel lang duren voordat er een verwijzing rondkomt [red: bij de gemeente]. En de cliënt kan zelf naar de huisarts, zegt tegen de huisarts dat hij een verwijzing wil en meestal krijgt hij dat dan. Daar hoeven geen zes schijven van gemeentes overheen. Het is heel bijzonder”. (Maatschappelijk werker L.)

I: Heeft deze bureaucratie invloed op het doorverwijzen door u?

R: Even denken, nee. Doorgaans... Die neiging heb ik wel, maar ik dwing mezelf om dat niet te doen. Om niet op voorhand al te anticiperen. Zo van ‘het zal toch wel niet lukken’, dat heeft dan te maken met in hoeverre ik als maatschappelijk werker in staat ben om duidelijk aan te geven bij het sociaal wijkteamlid wat nodig is en ook het gesprek aan te gaan over waarom toch die hele route nog gevolgd moet worden. Het is lastig. Het is soms makkelijker om het dan uit de weg te gaan. Ik vind van mezelf dat ik dat niet moet doen.

I: Lukt dat?

R: Doorgaans wel, maar soms. Nou ja, ik wil het niet.

(Maatschappelijk werker T., buurtteam)

4.2.2.3. De cliënt wil geen doorverwijzing

Cliënten kunnen aangeven dat zij niet graag willen worden doorverwezen naar een tweedelijnsvoorziening. Dit kan verschillende oorzaken hebben: het is confronterend, de cliënt wil het eerste zelf proberen op te lossen of omdat de cliënt niet in het registratiesysteem van de gemeente wil komen.

“Ik heb met haar afgesproken dat het dan, als zij weer ruimte voelt om over de andere problemen te praten dat zij dan weer contact met mij opneemt. Op dat moment kon ze dat niet aan. Dat gaf ze ook duidelijk aan. “Ik moet nu eerst andere dingen gaan oppakken, ik moet mezelf eerst weer terugvinden”. Ze stond niet open voor die gesprekken. Ik vond dat lastig, wat heb je dan nodig? Ze was er stellig in. Ze wilde het eerst even zelf uitzoeken. “Het is mijn proces. Daar heb ik op dit moment geen hulp bij nodig, in de zin van gesprekken”.
(Maatschappelijk werker G.)

“Moeder wil niks met de gemeente te maken hebben”. (Maatschappelijk werker T., buurtteam)

“Ze moet alleen die stap zetten en dat doet ze niet. Terwijl het zo goed voor haar zou zijn”. (Buurttteamwerker J., buurtteam)

Het is een opvallend resultaat dat sommige cliënten geen doorverwijzing willen. Interessant is om te kijken hoe sociaalteamleden hiermee omgaan. Ter illustratie is de casus waarover wordt gesproken in het laatste citaat opgenomen in het volgende tekstvak (Tekstvak 1). Het sociaalteamlid wil graag doorverwijzen, maar de cliënt wil uiteindelijk geen doorverwijzing. Daarom wordt toch de keuze gemaakt om door niet door te verwijzen.

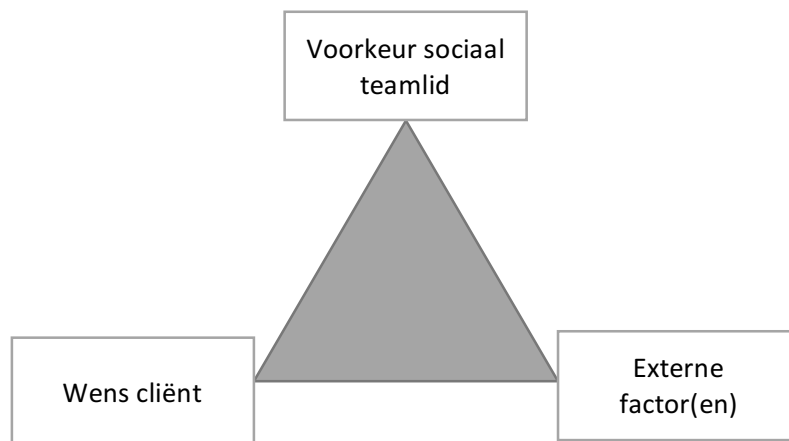
Buurtteamwerker J. behandelde een vrouw met Borderline. Borderline is een persoonlijkheidsstoornis waarbij de emotieregulatie verstoord is. Bij deze vrouw uitte zich dit in de gedachte dat zij altijd alles goed deed en anderen niet, het probleem lag nooit bij haar. Ze was het niet eens met de manier waarop de wereld in elkaar zat, ze vond dat haar onrecht werd aangedaan. Ze betaalde haar rekeningen niet want ze vond het onrecht dat iemand haar een rekening stuurde. De buurtteamwerker heeft veel tijd geïnvesteerd om naast haar te komen staan en haar vertrouwen te winnen om uiteindelijk aan te kunnen geven dat het een goed idee is om het niet langer op haar manier te proberen, maar op de manier van de buurtteamwerker. “Ik heb haar een maand of zeven of acht zelf gesproken voordat ik de opening zag om iets te zeggen waar ze het niet over eens was. Zonder dat ze me buiten zou zetten. Ik kon uiteindelijk zeggen dat het op mijn manier moest, daar ging ze in mee”. De doorverwijzing was uiteindelijk gerealiseerd met wederzijdse toestemming. Uiteindelijk is de cliënt toch niet ingegaan op de doorverwijzing, het kwam te dichtbij. De buurtteamwerker heeft haar daarom los moeten laten. “Mijn deur staat nog voor haar open, maar ze moet wel zelf de eerste stap zetten. Ik zie dat het voor haar heel lastig is. De oplossing die we samen hebben bedacht is goed. Ze moet alleen die stap zetten en dat doet ze niet. Terwijl het zo goed voor haar zou zijn. Dan hoeft ze niet meer te vechten, maar ze vindt het lastig. Ook voor mij is het lastig, je wilt haar helpen en weet dat het mogelijk is.”.

Tekstvak 1. Casus waarmee een buurtteamwerker geconfronteerd werd. De cliënt wil geen doorverwijzing, terwijl de buurtteamwerker dit de beste oplossing vindt.

In deze casus accepteert het sociaalteamlid de beslissing en geeft aan dat ze altijd bij hem terecht kan wanneer ze wel aan haar problemen wil werken. In andere casussen proberen sociaalteamleden andere oplossingen te bedenken om de cliënt toch de gewenste hulpverlening te kunnen aanbieden. Voorbeelden hiervan zijn het zelf behandelen van de cliënt, het doorverwijzen naar een instelling waar geen eigen bijdrage wordt verlangd en het later contact opnemen met de cliënt. Deze manieren van handelen kunnen gezien worden als coping mechanismen. In de volgende paragraaf zal dieper worden ingegaan op de coping mechanismen die terug te zien zijn in de data.

4.3. Coping mechanismen komen voor in de data

Voor de theorie van Lipsky over coping mechanismen is het interessant om te kijken naar hoe sociaalteamleden reageren op de punten waar er geen overeenstemming is tussen wat de cliënt wil, het sociaalteamlid wil en het uiteindelijke besluit onder invloed van externe factoren. Onder externe factoren wordt verstaan: wachtlijsten, invloed van (gemeentelijk) beleid en financiële overweging.



Figuur 4.1 Spanningsveld bij het besluiten over een doorverwijzing.

Sociaalteamleden moeten een oplossing vinden die ondanks de verschillende wensen en mogelijkheden zo passend mogelijk is. Om dit te bereiken gebruiken zij coping mechanismen in de discretionaire ruimte. In het theoretisch kader werden zeven coping mechanismen benoemd, vervolgens werd het extra coping mechanisme 'doorverwijzen' toegevoegd aan de bestaande literatuur. Doorverwijzen was op twee verschillende manieren terug te zien in de data.

Ten eerste blijkt dat sociaalteamleden bij het nemen van een beslissing over doorverwijzen gebruik maken van verschillende coping mechanismen die terug te zien zijn in de theorie van Vink et al. (2015, pp. 15-16). Daarnaast kan doorverwijzen ook gezien worden als opzichzelfstaand coping mechanisme. Het coping mechanisme wordt gebruikt naast de andere zeven coping mechanismen die zijn benoemd door Vink et al. (2015, pp. 15-16).

Er wordt gestart met het bespreken van de zeven coping mechanismen van Vink et al. (2015, pp. 15-16), vervolgens wordt het coping mechanisme 'doorverwijzen' besproken.

Onder het eerste coping mechanisme 'onderhandelen' valt 'routine'. Dit coping mechanisme wordt zowel vertoond bij het wel- als het niet doorverwijzen. Sociaalteamleden vallen in standaard situaties terug op hun routines. Ze gebruiken voor deze situaties woorden als 'altijd', 'standaard' en 'steeds'.

"Je merkt wel dat je altijd dezelfde instellingen kiest. Je hebt er goede resultaten mee en goed contact, korte lijnen. Dan ga je vaak weer naar dezelfde organisaties. Je hebt korte lijntjes, vaker contact gehad. Je weet ook dat degene met wie je contact hebt ook wel doorpakt en goed is. Daar voel je je goed bij"
(Wijkcoach B.)

Het tweede coping mechanisme uit het theoretisch kader is 'verzet'. Sociaalteamleden laten tijdens gesprekken regelmatig blijken dat ze het niet eens zijn met gemeentelijk beleid. Echter gaan zij amper in verzet, maar tonen begrip voor de situatie en proberen waar mogelijk oplossingen aan te dragen.

"We hebben ook alles een tijdje bij moeten houden. We hebben ook moeten turven: 15 bezoekers bij de koffie-inloop. Dat was heel vervelend. Constant administratief te moeten meten. Constant dat bij moeten houden. Om daar een goede weg in te vinden is zoeken". (Wijkcoach B.)

Echter wanneer het van grote invloed is op de (omgeving van de) cliënt, blijken sociaalteamleden wel in verzet te komen. Om deze situatie goed te kunnen illustreren is een casus uit de gehouden interviews uitgewerkt in Tekstvak 2. De casus gaat over ouders die niet ingaan op een doorverwijzing. De betrokken maatschappelijk werker heeft contact met de ouders in het vrijwillige kader, daarom zou de maatschappelijk werker deze casus na de weigering van de doorverwijzing moeten loslaten. Echter bleef de maatschappelijk werker druk uitoefenen in het belang van het kind. Gevolg hiervan is dat de ouders de hulpverlening uiteindelijk accepteerden.

Maatschappelijk werker K. beschrijft een casus over een klein kind. De vader was drugsverslaafd en kwam daardoor regelmatig in aanraking met de politie. De moeder gebruikte ook drugs. Daarnaast was er sprake van huiselijk geweld. Op die momenten werd het kind naar opa en oma gebracht. De maatschappelijk werker wilde graag een netwerkonderzoek doen en het kind bij opa en oma plaatsen, thuis was het niet meer veilig. Ze werkte in het vrijwillige kader, dat betekende dat toen de ouders niet mee wilden werken, de maatschappelijk werker in principe machteloos stond. Echter wilde ze het er niet bij laten zitten en had de druk flink opgevoerd. Ze liet de ouders weten dat als ze niet zouden meewerken er opgeschaald zou worden en er contact zou worden opgenomen met de beschermingstafel voor verder advies. “Als ze niet meewerken dan is dat niet in hun belang. Want wij zeiden dat we zouden gaan opschalen, we gaan advies vragen. Dus ze moeten wel”.

Uiteindelijk hebben de ouders meegewerkt en is gebleken dat de opa en oma een goede opvangplek kunnen bieden aan het kind wanneer de situatie thuis onveilig is. “De ouders zijn zo geschrokken, dat ze merken dat als ze hun leven niet veranderen, ze hun kind kwijtraken. Daar zijn ze op dit moment erg van doordrongen. Hij is een behandeling voor zijn verslaving gestart en op dit moment gaat het goed. Ze gebruiken allebei geen drugs meer op dit moment. Maar goed, dit houden we heel strikt in de gaten door middel van MDO’s [multidisciplinair overleg] en in nauwe samenwerking met de politie”.

Tekstvak 2. Een casus in het sociaal team waarbij de ouders niet ingaan op een doorverwijzing.

Het derde coping mechanisme is ‘vermijden’. Uit de interviews blijkt dat meerdere respondenten regelmatig vermijgend gedrag vertonen. Zij geven aan dat het tijdrovend is om een indicatie aan te vragen en er daarom voor kiezen zelf een behandeling te starten of een andere oplossing voor de hulpvraag te vinden waar geen indicatie voor nodig is.

“Nu heb ik het maar op me genomen want anders hadden we een indicatie moeten aanvragen en moeten we naar een andere instelling zoeken. Dat is ingewikkeld. Dus dan doe ik het zelf maar. En neem ik de rol over, er is geen andere oplossing beschikbaar”. (Wijkcoach B.)

De respondent stelt in bovenstaand citaat dat er geen andere oplossing beschikbaar is, echter blijkt deze wel beschikbaar maar is daar een indicatie voor nodig. Dit citaat kan daarom gezien worden als een voorbeeld van cognitieve vermijding.

‘Aanpassen’ is het vierde coping mechanisme. Dit coping mechanisme gaat over de naleving regels, zelfs in conflicterende belangen. Deze kan tegenover het coping mechanisme ‘verzet’ worden geplaatst. In de bespreking van dat coping mechanisme werd gesteld dat veel sociaalteamleden meegaand zijn en pas in actie komen als het een cliënt of zijn/haar omgeving hevig schaadt.

Het coping mechanisme ‘probleemoplossing’ komt veel terug. Een van de respondenten vertelde over hoe zij te werk ging wanneer ze een doorverwijzing voor een cliënt met schulden en een verslaving had geregeld, maar er een wachtlijst bleek te zijn.

“Soms moet je even wachten en vaak kan je in die tijd nog wat organiseren. Dan kijken we wat de vaste lasten zijn. Proberen dat hij een vast bedrag pint en welke schuld hij vast kan betalen als het inkomen binnenkomt. Kan je niet je lasten automatisch laten incasseren door de bijstand? Dat kan je aanvragen bij de gemeente. Dan betaalt de sociale dienst deze vaste lasten al voor de cliënt, dan krijgt die alleen nog maar het restant op de rekening. Je probeert zulke dingen te organiseren zodat hij de tussenliggende periode zo goed mogelijk doorkomt”. (Cliëntondersteuner V.)

Het coping mechanisme ‘steun zoeken’ wordt regelmatig gebruikt wanneer er wordt gekozen voor het niet doorverwijzen van een cliënt. Collega’s worden om advies gevraagd.

“Je kan naar het klankbord met andere collega’s. Ook met andere collega’s binnen het centrum van andere vestigingen kan je contact opnemen voor tips en advies” (Cliëntondersteuner V.)

Het coping mechanisme ‘hulpeloosheid’ komt minder vaak voor. Desalniettemin wordt het wel genoemd. De buurtteamwerker in Tekstvak 1 (p. 62) wil een cliënt graag hulp aanbieden

door middel van een doorverwijzing. Het lukt haar niet deze te accepteren, iets wat de buurtteamwerker graag anders had gezien. Hij kan niet anders dan toekijken en wachten tot zij weer contact opneemt met hem.

“Mijn deur staat nog voor haar open, maar ze moet wel zelf de eerste stap zetten. Ik zie dat het voor haar heel lastig is. [...] Ze moet alleen die stap zetten en dat doet ze niet. Terwijl het zo goed voor haar zou zijn. Dan hoeft ze niet meer te vechten, maar ze vindt het lastig. Ook voor mij is het lastig, je wilt haar helpen en weet dat het mogelijk is.” (Buurteamwerker J., buurtteam).

Tenslotte is het coping mechanisme ‘doorverwijzen’ toegevoegd aan de bestaande theorie. Uit analyse van de dataverzameling blijkt dat dit coping mechanisme met grote regelmaat voorkomt in de data, naast het gebruik van de coping mechanismen van Vink et al. (2015, pp. 15-16) bij het beslissen over doorverwijzingen.

Het coping mechanisme ‘doorverwijzen’ bestaat uit drie onderdelen blijkt uit de theorie van Lipsky (2010, p. 132). Ten eerste de cliënt een goed gevoel geven ondanks dat er geen hulp geboden kan worden, ten tweede dekt het de eigen tekorten en ten derde kan het leiden tot uitval omdat de cliënt wederom moet investeren in om hulpverlening bij de nieuwe organisatie te ontvangen en deze investering niet (meer) opweegt tegen het profijt daarvan.

Sociaalteamleden beschrijven verschillende situaties waarin zij niet voldoende in staat zijn een cliënt te helpen en daarom het besluit nemen om de cliënt door te verwijzen. Er zijn verschillende momenten waarop dit gebeurt: wanneer de werkdruk te hoog is, wanneer de hulpvraag te complex is en wanneer er een gebrek aan kennis en ervaring is. Het doorverwijzen kan leiden tot het uitvallen van een cliënt omdat deze wederom zijn/haar verhaal moet doen bij een andere instantie, dit kan gezien worden als emotioneel zwaar wanneer de cliënt het probleem niet wil of kan onderkennen. Daarnaast kan het (reis)tijd, (reis)kosten en bureaucratische beslommeringen met zich meebrengen, wat de drempel verhoogt om op de doorverwijzing in te gaan (Lipsky, 2010, p. 132). Deze punten zijn terug te zien in de resultaten van de enquête. Wanneer sociaalteamleden wordt gevraagd waarom cliënten afhaken na een doorverwijzing blijkt de meest voorkomende antwoordcategorie ‘de

cliënt wil/kan het eigen probleem niet onderkennen', gevolgd 'procedure voor aangeboden/hulp/ondersteuning is te ingewikkeld, te bureaucratisch, voor de cliënt' en 'willen geen eigen bijdrage of eigen risico via de zorgverzekering betalen voor hulp'.

Sociaalteamleden geven aan dat zij merken dat zij tekorten hebben om cliënten zelf te behandelen, zowel wat betreft tijd, maar ook aan kennis en ervaring.

"Vanwege het toenemende aantal taken en de werkdruk wordt door mij en mijn collega's sneller doorverwezen naar overige instanties". (Respondent enquête)

"Als opbouwwerker word ik steeds vaker geconfronteerd met ingewikkelde casussen die onze teamwerklast te boven gaat". (Respondent enquête)

"Ik merkte dat het niet genoeg was wat ik te bieden had qua tijd en manier van hulpverlening. Wij werken echt met het gezonde stuk van mensen en zij hadden iemand die meer op het primair, directief hulpverlening, op een lager niveau. Dat wordt nu gedaan en sluit perfect aan". (Maatschappelijk werker T., buurtteam)

4.4. Coping mechanismen in de discretionaire ruimte

Dit hoofdstuk begon met de vraag *Hoe komt de beslissing om wel of niet door te verwijzen tot stand?* Sociaalteamleden gaan in alle gevallen eerst in gesprek met een cliënt om informatie te verzamelen om de precieze hulpvraag te definiëren en de context te analyseren. Aan de hand van deze bevindingen wordt in samenspraak met de cliënt een besluit genomen over de doorverwijzing. Er zijn factoren die meewegen in dit besluit. Voor het wel doorverwijzen zijn factoren die een doorverwijzing bevorderen: de complexiteit van de hulpvraag, het niet voldoende hebben van expertise en/ of ervaring (in het sociaal team), het niet kunnen leveren van maatwerk, een cliënt die komt voor een doorverwijzing, de werkdruk en de korte tijdsspanne in het sociaal team. De factoren die spelen bij het niet doorverwijzen van een cliënt zijn: de band met de cliënt, de samenwerking in de wijk, de aanpak blijkt te werken, het

kunnen leveren van maatwerk, het reduceren van kosten, het hebben van overzicht, de samenstelling van het sociaal team, de financiële situatie van de cliënt, wachtlijsten en bureaucratie.

Echter is dit niet het hele verhaal. Zoals Lipsky beargumenteerde werken street-level bureaucrats, wat sociaalteamwerker zijn, vaak met tegenstrijdige en complexe aspecten (Evans & Harris, 2004, p. 878). Om hier mee om te kunnen gaan hebben zij discretionaire ruimte. In deze discretionaire ruimte maken zij gebruik van coping mechanismen. Dit leidt ertoe dat beleid en uitvoering kunnen verschillen.

In het volgende hoofdstuk Conclusie en discussie wordt antwoord gegeven op de deelvragen en hoofdvraag, daarnaast wordt de relevantie van de resultaten besproken. Tenslotte wordt ingegaan op de beperkingen van het onderzoek en worden er suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt eerst antwoord worden gegeven op de twee deelvragen (paragraaf 5.1), waarna de hoofdvraag van dit onderzoek kan worden beantwoord. Hierna wordt de relevantie van het onderzoek besproken in paragraaf 5.2. Ten slotte volgen de beperkingen van het onderzoek (paragraaf 5.3) en suggesties voor vervolgonderzoek (paragraaf 5.4).

5.1. Beantwoording deelvragen en hoofdvraag

Het onderzoek begon met een verdieping op de theorie rondom street-level bureaucrats. De vraag die hierbij centraal stond was *“Wat is de plaats van doorverwijzen in de bestaande theorie over coping mechanismen van frontlijn ambtenaren?”* Uit de literatuurreview blijkt dat er verdeelde meningen zijn over waar doorverwijzen ten opzichte van coping mechanismen kan worden geplaatst. Enerzijds stelt Lipsky in zijn boek *Street-level Bureaucracy* (2010, p. 132) dat ‘doorverwijzen’ een coping mechanisme is. Anderzijds heeft ‘doorverwijzen’ geen plaats gekregen in het schema over coping mechanismen van Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, pp. 15-16). Deze studie claimt echter dat doorverwijzen op twee manieren wordt gebruikt bij coping. Ten eerste worden de coping mechanismen van Vink et al. (2015, pp. 15-16) door sociaalteamleden gebruikt bij het omgaan met de beslissing over doorverwijzen. Daarnaast kan, op basis van de literatuur van Lipsky, ‘doorverwijzen’ ook gezien kan worden als een opzichzelfstaand coping mechanisme, dat fungeert naast de andere zeven coping mechanismen van Vink, Tummers, Bekkers en Musheno (2015, pp. 15-16).

Om deze theoretische stelling te onderbouwen is in de praktijk gekeken hoe sociaalteamleden, die gezien kunnen worden als street-level bureaucrats, omgaan met de beslissing om wel of niet door te verwijzen. De dataverzameling is gedaan aan de hand van de empirische deelvraag *“Hoe komt de beslissing om wel of niet door te verwijzen tot stand?”*

Uit de data-analyse blijkt dat sociaalteamleden verschillende redenen hebben om een cliënt wel of niet door te verwijzen. Er blijken zes factoren te zijn die bepalen of wel wordt doorverwezen en tien factoren of niet wordt doorverwezen. Daarnaast blijkt dat de coping

mechanismen van Vink et al (2015, pp. 15 - 16), onderhandelen, verzet, vermijden, aanpassen, probleemoplossing, steun zoeken en hulpeloosheid terug zijn te zien in de dataverzameling. Echter blijkt ook dat de theorie van Lipsky klopt. Uit de dataverzameling blijkt dat doorverwijzen ook een opzichzelfstaand coping mechanisme is dat sociaalteamleden gebruiken.

Met behulp van de antwoorden op beide deelvragen kan er antwoord worden gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: *Hoe nemen sociale teamleden het besluit om cliënten door te verwijzen of zelf te behandelen?*

Het blijkt dat er twee situaties kunnen worden onderscheiden waarin een besluit moet worden genomen om zelf te behandelen of door te verwijzen. De eerste situatie is wanneer de cliënt en het sociaalteamlid het eens zijn over de keuze voor de behandeling en externe factoren dit toelaten. Externe factoren kunnen invloeden van (gemeentelijk) beleid zijn, maar ook wachtlijsten en financiële overweging. De tweede situatie is wanneer er discrepantie is tussen de wensen van de cliënt, de hulpverlener en/of externe factoren. In de eerste situatie kan er gekozen worden voor de optie waar hulpverlener en cliënt achter staat. In de tweede situatie wordt het echter een keuze waar niet iedereen achterstaat.

Op die momenten werken sociaalteamleden in situaties waar tegenstrijdige factoren spelen. Om hiermee om te kunnen gaan maken zij gebruik van coping mechanismen in de discretionaire ruimte (Evans & Harris, 2004, p. 878). Uit deze masterscriptie blijkt dat die discretionaire ruimte voor sociaalteamleden van belang is. Zij hebben discretionaire ruimte nodig om cliënten maatwerk te kunnen bieden wanneer het niet mogelijk is om een cliënt te behandelen of door te verwijzen via de gebaande paden.

5.2. Relevantie

Dit onderzoek vormt een toevoeging op de theorie van Lipsky (1980 en 2010) en Vink et al. (2015) over coping mechanismen. Ten eerste wordt een nieuw coping mechanisme toegevoegd aan de bestaande literatuur. Deze toevoeging zorgt voor meer kennis over het coping mechanisme 'doorverwijzen'.

Ten tweede zegt Lipsky in zijn boek *street-level bureaucracy* uit 2010 'Whatever explains the drop-off from the referral net, it functions to some extent to ration the community services available'. Met andere woorden, Lipsky heeft geen verklaring voor het uitvallen van cliënten na doorverwijzing. Uit dit onderzoek blijkt dat het niet kunnen of willen onderkennen van het probleem, de bureaucratische rompslomp en het niet willen of kunnen betalen van een eigen bijdrage of eigen risico het uitvallen na doorverwijzing kan verklaren.

Tot slot is de kennis over het coping mechanisme 'doorverwijzen' ook maatschappelijk relevant. Doordat verwijzen een coping mechanisme blijkt te zijn, betekent dit dat sociaalteamleden soms doorverwijzen om een andere reden dan die van de beste oplossing. Er zullen nu cliënten behandeld worden in de dure tweedelijnszorg die eigenlijk behandeld zouden kunnen worden behandeld door een eerstelijnsorganisatie maar door de werkdruk en tijdsspanne bij tweedelijnsorganisaties terechtkomen.

5.3. Beperkingen van het onderzoek

Een eerste beperking is dat het onderzoek gestoeld is op een dataset van beperkte omvang. De dataverzameling is gestopt op het moment dat er verzadiging optrad naar inzicht van de onderzoekster. In vervolgonderzoek kan een beter onderbouwd beeld worden geschetst van de coping mechanismen die door sociaalteamleden worden toegepast op situaties waarin zij moeten beslissen over een doorverwijzing.

Een tweede beperking van het onderzoek is dat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van twee soorten respondenten in de verzameling van de interviewdata. Een groep respondenten kon

rechtstreeks doorverwijzen. De andere groep respondenten werkte in het buurtteam en verwees door via het wijkteam. Dit betekende in de praktijk dat de buurtteamwerkers besloten welke aanpak gekozen zou worden. Vervolgens werd deze gecontroleerd door het wijkteam, waarna de verwijzing werd opgesteld door het wijkteamlid. In principe kon de buurtteamwerker besluiten over een doorverwijzing, een van de voorwaarden waar een respondent aan moest voldoen, echter kostte het een buurtteamwerker wel meer inzet om een doorverwijzing tot stand te brengen. Dit kwam omdat het gecommuniceerd moest worden met een wijkteamwerker en die persoon zijn/haar fiat moest geven aan de doorverwijzing.

5.4. Suggesties voor vervolgonderzoek

Een eerste aanbeveling voor vervolgonderzoek is om eenzelfde onderzoek uit te voeren onder sociaalteamleden die werken in een team waarbij zij alleen mogen doorverwijzen na goedkeuring van een hoger geplaatst team of persoon. Het is dan van belang te onderzoeken of dit invloed heeft op het uiteindelijke besluit over de doorverwijzing. Het is doordat het meer tijdsinspanning kost mogelijk dat zij minder vaak doorverwijzen.

Ten slotte is deze scriptie enkel gericht op het doorverwijzen door sociaalteamleden. In andere disciplines wordt ook veel gewerkt met doorverwijzingen, bijvoorbeeld door huisartsen. Om de theorie over doorverwijzen breder te trekken kan het interessant zijn om te onderzoeken of dezelfde coping mechanismen, inclusief doorverwijzen, terug te zien zijn bij andere disciplines.

5.5. Tot slot

Tot slot wil ik graag terugkomen op de casus die in de introductie werd voorgelegd aan u als lezer. Heeft u kunnen besluiten wat u in deze situatie zou doen wanneer u de maatschappelijk werker was? De maatschappelijk werker in deze casus zegt het volgende over de casus: "Op dit moment ben ik zijn begeleider, maar het is niet de constructie zoals het zou moeten zijn.

Hij zou gewoon via een beschikking een begeleider moeten hebben van een zorginstantie. Omdat hij de eigen bijdrage niet wil c.q. kan betalen maakt hij daar geen gebruik van". Met andere woorden: de cliënt blijft onder begeleiding van het sociaal team. Een beslissing die deze maatschappelijk werker niet had kunnen nemen wanneer zij geen discretionaire ruimte had.

Bronvermelding

- Arum, S., & Schoorl, R. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na decentralisaties (najaar 2015)*. Utrecht: Movisie.
- Arum, S., & Vasco, L. (2014, februari). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. *Beleidsonderzoek Online*.
- Baviskar, S., & Winter, S. C. (2017). Street-Level Bureaucrats as Individual Policymakers: The Relationship between Attitudes and Coping Behavior toward Vulnerable Children and Youth. *International Public Management Journal*, 20(2), 316-353.
- Berenschot, L., & Geest, L. v. (2012). *Integrale zorg in de buurt. Meer gezondheidsresultaat per euro*. Utrecht: Nyfer.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Utrecht: Sage.
- Boer, R. (2015). *Kennisdossier 14: Sociale wijkteams*. Movisie. Utrecht: Movisie.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4e editie ed.). Oxford, New York: Oxford University Press Inc.
- CBS Statline. (2017, 10 april). *Zorguitgaven en financiering vanaf 1972*. Opgehaald van [http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83075NED&D1=a&D2=0,3,8,13,18,23,29,34,39,\(I-2\)-I&HD=160517-1206&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83075NED&D1=a&D2=0,3,8,13,18,23,29,34,39,(I-2)-I&HD=160517-1206&HDR=G1&STB=T)
- Centraal Planbureau. (2013). *Decentralisaties in het sociale domein*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Deuten, J., & Vos, W. (2016). *Van beleidstafel naar keukentafel - en terug*. Den Haag: Platform 31.
- Doorn, L., Huber, M., Kemmeren, C., van der Linde, M., Räkens, M., & van Uden, T. (2013). *Outreaching werkt!* Utrecht: Movisie.
- Evans, T., & Harris, J. (2004). Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British Journal of Social Work*(34), 871-895.
- Lanen, M. T. (2013). *Wat doen sociaal werkers wanneer ze sociaal werk doen? Een etnografie van professionaliteit*. Delft: Eburon.
- Lans, J. (2014). *Een wijkgerichte aanpak: het fundament*. Amsterdam: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

- Larsen, V., Lubbe, M., & de Boer, L. (2014). *Meta analyse MKBA's sociale (wijk)teams. Integrale aanpakken vergeleken in termen van kosten en baten*. LPBL. Amsterdam: LPBL.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York, Verenigde Staten: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York, Verenigde Staten: Russell Sage Foundation.
- Movisie. (2015, december 8). *De voordelen van de participatiesamenleving*. Opgehaald van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/voordelen-participatiesamenleving>
- Mulder, V. (2013, 14 oktober). *Waarom komt er een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning?* Opgehaald van De Correspondent: <https://decorrespondent.nl/166/Waarom-komt-er-een-nieuwe-Wet-maatschappelijke-ondersteuning-/6807328-3055ac5>
- Oude Vrielink, M., van der Kolk, H., & Klok, P.-J. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams. Inrichting, organisatie en vraagstukken*. Den Haag: Platform 31.
- Rijksoverheid. (2017). *Wijkteam, jeugdteam en Wmo-loket*. Opgeroepen op juni 21, 2017, van Rijksoverheid: https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/wijkteam-jeugdteam-en-wmo-loket/
- Sok, K., Bosch, A., Goepart, H., Sprinkhuizen, A., & Scholte, M. (2013). *Samenwerken in de wijk. Actuele analyse van sociale wijkteams*. Utrecht: Sociaal werk in de wijk.
- Taskforce Beheersing Zorguitgaven. (2012). *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Torre, E. J. (1999). *Politiewerk; politiestijlen, community policing, professionalisme*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Vedung, E. (2015). Autonomy and street-level bureaucrats' coping strategies. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, 1(2).
- Vink, E., Tummers, L., Bekkers, V., & Musheno, M. (2015). Decision-making at the frontline: exploring coping with moral conflicts during public service delivery. In J. Lewis, M. Considine, & (Eds.), *Making public policy decisions* (pp. 112-128). London: Routledge.
- Vries, M., & Kossen, J. (2015). *Zó werkt de zorg in Nederland. Kaartenboek Gezondheidszorg Editie 2015*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.

Waal, V., Binkhorst, J., & Scheijmans, I. (2014). *De ontwikkeling van nieuwe vormen van integraal wijkgericht werken. Voortgangsrapportage integraal wijkgericht werken in Utrecht, Zeist, Wijk bij Duurstede en Nieuwegein*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Bijlage 1. Enquête



Uitval cliënten bij doorverwijzing in sociale teams

Vragenlijst uitval cliënten bij doorverwijzing in sociale teams [1]

Door de transities is er voor cliënten met hulpvragen in het sociale domein veel veranderd. Ook is de werkwijze van sociaal werkers, voorheen ook maatschappelijk werk en opbouwwerk, sterk veranderd. In 80 % van alle sociale teams is thans het sociaal werk vertegenwoordigd, maar wordt er op verschillende wijze gewerkt. Waaronder ook de keuze over het wel of niet doorverwijzen van cliënten naar andere dienst- en hulpverleners.

De commissie Trendsetters Sociaal Werk (TSW), gevormd door professionals van leden Sociaal Werk Nederland, bespreekt en agendeert trends en signalen uit het sociaal werk. Uit de TSW kwamen signalen dat cliënten bij doorverwijzingen vanuit de sociale teams naar andere hulp/dienstverlening soms geen gebruik maken van de doorverwijzing. Het gaat om doorverwijzingen naar zowel de eerste lijn, als de tweede lijn. In deze korte vragenlijst willen wij van u weten of cliënten inderdaad afhaken en wat daar de oorzaken van zijn.

Als u niet werkzaam bent in een sociaal team hoeft u deze vragenlijst niet in te vullen.

Bij voorbaat dank,

Namens Commissie TSW Sociaal Werk Nederland

Ernst Radius en Vita Kemp

Radius@sociaalwerk.nl

Kemp@sociaalwerk.nl / v.c.m.kemp@gmail.com

[1] Onder sociale teams worden teams verstaan die (1) een sociaal werker bevat een maatschappelijk werkachtergrond, (2) een lokaal werkend team is en (3) waar ook andere disciplines vertegenwoordigd zijn dan sociaal werkers met een maatschappelijke achtergrond.



Uitval cliënten bij doorverwijzing in sociale teams

1. In welke omgeving werkt uw team?

- Stedelijk gebied
- Plattelandsgebied

2. Hoeveel inwoners heeft het werkgebied waar uw team werkzaam is?

- Tot aan 20.000
- Tussen de 20.000 en 50.000
- Tussen de 50.000 en 100.000
- Tussen de 100.000 en 400.000
- Meer dan 400.000

3. Herkent u zich in het signaal dat sommige cliënten geen gebruik maken van de doorverwijzingen die vanuit het sociaal werk in een sociaal team worden gedaan?

- Ja
- Nee

4. Kunt u een schatting maken van het aantal en het percentage van de cliënten van uw sociaal team dat na doorverwijzing in 2016 is afhaakt?












Aantal

Percentage

5. Op welk gebied hebben deze mensen hulp nodig? Hier is gebruik gemaakt van de 11 levensgebieden van de zelfredzaamheidsmatrix.

Kunt u een top vijf aangeven onder welke categorie de meeste de meeste hulpvragen vallen:

















Vul bij de belangrijkste categorie het getal '1' in (= meest voorkomende categorie), maak vervolgens de top 5 af met de getallen 2 tot en met 5.

	<input type="text"/>	Financieel
	<input type="text"/>	Dagbesteding
	<input type="text"/>	Huisvesting
	<input type="text"/>	Huiselijke relaties
	<input type="text"/>	Geestelijke gezondheid
	<input type="text"/>	Lichamelijke gezondheid
	<input type="text"/>	Verslaving
	<input type="text"/>	Activiteiten dagelijkse leven
	<input type="text"/>	Sociaal netwerk
	<input type="text"/>	Maatschappelijke participatie
	<input type="text"/>	Justitie










6. Naar welke voorzieningen wijst u door? (meer antwoorden mogelijk)

- Gemeentelijke schuldhulpverlening
- Huisarts
- Psycholoog
- Psychiater
- Schuldhulpverlening-consulent
- Bijzondere bijstand-consulent
- Wwb-consulent
- Wmo-consulent
- Individuele begeleiding/ dagbesteding
- Langdurige zorg/ langdurige begeleiding
- Poh-ggz
- Ggz
- Jeugd-ggz
- Sociale dienst (UWV)
- Voorliggende voorzieningen als sport, cultuur, welzijnsactiviteiten
- Veilig Thuis
- Verslavingszorg
- Overig, namelijk:

7. Bij welke instanties waarnaar u doorverwijst ziet u in 2016 de meeste afhakers? Geef een top 5 aan in onderstaande tabel. Vul bij de meest voorkomende categorie het getal '1' in, maak vervolgens de top 5 af met de getallen 2 tot en met 5.

	<input type="text"/>	Gemeentelijke schuldhulpverlening
	<input type="text"/>	Huisarts
	<input type="text"/>	Poh-ggz
	<input type="text"/>	Ggz
	<input type="text"/>	Veilig Thuis
	<input type="text"/>	Sociale dienst (UWV)
	<input type="text"/>	Eerstelijns psycholoog
	<input type="text"/>	Voorliggende voorzieningen als sport, cultuur, welzijnsactiviteiten
	<input type="text"/>	Schuldhulpverlening-consulent
	<input type="text"/>	Bijzondere bijstand-consulent
	<input type="text"/>	Wwb-consulent
	<input type="text"/>	Langdurige zorg/ langdurige begeleiding
	<input type="text"/>	Individuele begeleiding/ dagbesteding
	<input type="text"/>	Verslavingszorg
	<input type="text"/>	Wmo-consulent
	<input type="text"/>	Overige, namelijk: _____

8. Kunt u doormiddel van een top 5 aangeven waarom deze cliënten geen gebruik maken van de aangeboden hulp/ondersteuning? Vul bij de meest voorkomende categorie het getal '1' in, maak vervolgens de top 5 af met de getallen 2 tot en met 5.

	<input type="text"/>	Willen geen eigen risico betalen voor hulp via de zorgverzekering
	<input type="text"/>	Willen niet wachten als gevolg van wachtlijst
	<input type="text"/>	Zijn het niet eens met aangeboden vorm van hulp/ondersteuning
	<input type="text"/>	Aangeboden hulp/ondersteuning is in afstand te ver weg
	<input type="text"/>	Aangeboden hulp/ondersteuning is voor cliënt te ingrijpend (bijvoorbeeld kindermishandeling)
	<input type="text"/>	Procedure voor aangeboden/hulp/ondersteuning is te ingewikkeld, te bureaucratisch, voor de cliënt
	<input type="text"/>	Client wil niet in gemeentelijk systeem komen
	<input type="text"/>	Zorgaanbieder verwijst niet door naar andere collega zorgaanbieder waardoor wachtlijst ontstaat.
	<input type="text"/>	Omdat de cliënt het eigen probleem niet wil/ kan onderkennen

9. Verwijst u door het werken in sociale teams meer, even veel of minder door naar de tweede lijn dan voor de transitie in 2015?

- Ik verwijs meer door naar de tweede lijn
- Ik verwijs evenveel door naar de tweede lijn
- Ik verwijs minder door naar de tweede lijn
- Niet van toepassing (voor 2015 deed ik ander werk)

10. Toelichting

11. Hoe ervaart u de ruimte om zelf beslissingen te nemen over het wel of niet doorverwijzen van een cliënt in vergelijking met voor de transitie in 2015?

- Ik ervaar meer ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen.
- Ik ervaar even veel ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen.
- Ik ervaar minder ruimte om zelf te beslissen over doorverwijzingen.

12. Toelichting

13. Bent u bereid om mee te werken aan het vervolg van dit onderzoek?

- Ja
- Nee

14. Uw contactgegevens.

Naam

Bedrijf

E-mailadres

Telefoonnummer

Dank voor het invullen.

Namens Commissie TSW Sociaal Werk Nederland

Ernst Radius en Vita Kemp

Bijlage 2. Topiclijst interviews

Introductie

- Voorstellen
 - Onderzoek in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Bestuur- en Organisatiewetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Hiervoor loop ik stage bij Sociaal Werk Nederland.
- Uitleg over het onderzoek
 - Onderzoek naar het doorverwijzen van cliënten door sociale teams.
- Akkoord voor opnemen en uitwerken van het interview t.b.v. het onderzoek, garanderen anonimiteit. Tijdsduur van het interview is een groot halfuur.
- Heeft u vragen vooraf?

Algemeen

- Kunt u vertellen voor welke organisatie u werkt en wat u functie is?
- Sinds 2015 is er veel veranderd m.b.t. sociale teams. Wat merkt u daarvan met betrekking tot doorverwijzen?
- Wat zijn wat u betreft de voor- en nadelen van deze veranderingen?

Doorverwijzen

Ik wil u vragen om de laatste drie cliënten die u heeft doorverwezen voor u halen. Ik wil ze graag per cliënt bespreken en concrete ervaringen ophalen. (Volgende vragen, per behandelde cliënt)

- Kunt u de context schetsen?
 - Wat was de problematiek?
 - Waar heeft u de cliënt naar doorverwezen?
- Waarom heeft u de cliënt doorverwezen en niet zelf behandeld?
 - Was het noodzakelijk om de cliënt door te verwijzen?
 - Wanneer had u de cliënt wel zelf behandeld?
 - Verwijst u cliënten met vergelijkbare problematiek ook altijd door?
 - Ja: oorzaak is dus de problematiek, niet de cliënt?

- Nee: waarom verwijst u deze cliënt wel door en een cliënt met vergelijkbare problematiek niet?
- Ervaart u voldoende ruimte om zelf te beslissen over een doorverwijzen?
- Ziet u verschillen in het doorverwijzen in vergelijking met voor 2015?

Afsluiting

- Zijn er nog onderwerpen die u wilt bespreken die zojuist niet aan de orde zijn gekomen?
- Heeft u nog vragen?
- Ontvangst resultaten onderzoek nadien?
- Bedankt!