

Liever geen casemanagement, regievoering en zorgmakelaars Coördineren tot je een ons weegt

Hulpverleners doen vaak aan zoveel coördinatievergaderingen mee, dat ze nauwelijks meer tijd overhouden om daadwerkelijk hulp te verlenen. Er is bovendien een enorme wildgroei aan werksoorten, disciplines, projecten en organisaties. Er is te veel.

door Max. A. Huber fotografie Martin Wieldraaijer

Tegenwoordig kun je jezelf als hulpverlener, dan wel hulpverlenende instelling, niet meer serieus nemen als je niet aan casemanagement doet. Dat is ooit bedacht om coördinatie en structuur aan te brengen in zogenaamde multiproblemcases. Door iemand aan te wijzen die de hulpverlening vormgeeft, aanstuurt en bewaakt, zou de hulpverlening beter moeten worden. Een afgeleide hiervan is de zorgmakelaar. Deze functie wordt gezien als 'dienstverlening'. De zorgmakelaar is alleen actief in de inventarisatiefase en verwijst daarna door. Langetermijntrajecten behoren niet tot de mogelijkheden. Variaties op deze functie zijn indicatieadviseur, zorgvraaginventarisator, zorgtoeleider en bewonersconsulent.

Langs elkaar heen

Nog steeds wordt met regelmaat gevraagd om meer overleg, meer coördinatie en meer regievoering. Met dat doel zijn massaal projecten ontwikkeld en geïmplementeerd. Tegelijkertijd zijn er veel verhalen van langs elkaar heen werkende hulpverleners. Daarbij komen de verhalen van hulpverleners, die aan zoveel coördinatievergaderingen meedoen, dat ze significant minder tijd hebben om daadwerkelijk hulp te verlenen. Dit alles wordt versterkt door de enorme wildgroei aan werksoorten, disciplines, projecten en organisaties. Veel hulpverleners zijn hierdoor het overzicht kwijt. Er is teveel.

Weinig invloed

Interessant is dat er zo een paradoxaal proces ontstaat. Het probleem, te veel hulpverleners en te veel vergaderingen, wordt 'opgelost' door nog meer hulpverleners en vergaderingen. Dat komt doordat termen als 'casemanagement', 'regievoering' en 'klanthouderschap' goed en daadkrachtig klinken. Ze stralen uit dat de oplossing nu echt in zicht is. Dat dit nauwelijks aantoonbare resultaten oplevert, lijkt echter weinig invloed te hebben.

En daarmee zijn we bij de kern van de zaak. Hulpverleners bij multiproblemcases is zeer moeilijk, ook door toenemende druk vanuit de maatschappij, media en verschillende overheden. Er moet in steeds minder tijd steeds meer worden bereikt: inburgering, re-integratie, participatie, emancipatie, armoedebestrijding, overlastbestrijding et cetera. Tegelijkertijd is daar ook steeds minder geld voor. Bovendien wordt de samenleving steeds complexer, evenals de regelgeving en de vereiste basiscompetenties. Daarnaast verzakelijken belangrijke samenwerkingspartners als de Dienst Werk en Inkomen

en woningcorporaties, of worden deze zelfs semicommercieel. Ook van de hulpverlening wordt verzakelijking verwacht. De verantwoordingsdruk neemt toe. Alles moet tot in de kleinste details inzichtelijk zijn: wat is er gedaan, welke 'producten' zijn er geleverd?

Versnippering

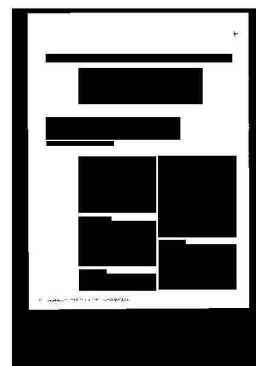
Vanuit dit perspectief is het niet meer dan logisch dat hulpverleners en beleidsmakers vluchten in coördinatie, procedures en protocollen. Door de verantwoordelijkheid te delen en door inzichtelijk te maken dat je niks of weinig kunt doen, dek je jezelf in. Als het fout gaat, is het immers niet jouw schuld. Jij hebt alles volgens het boekje gedaan.

De versnippering van de hulpverlening heeft veel negatieve effecten. Hulpverleners voelen zich minder betrokken bij hun werk omdat ze projecten maar gedeeltelijk kunnen aanpakken. Tegelijkertijd zien ze maar weinig resultaat. Zo leidt gedeelde verantwoordelijkheid tot minder gemotiveerde hulpverleners. Voor cliënten is versnippering rampzalig. Zij weten niet meer waarvoor ze bij welke hulpverlener moeten zijn, raken het overzicht kwijt – voor zover ze dat al hadden – en moeten telkens opnieuw hun verhaal doen. En aan het eind van de dag zijn ze niks of nauwelijks opgeschoten.

Het pure hulpverlenen, iemand langdurig ondersteunen bij het op het spoor krijgen van zijn leven, is steeds minder mogelijk. Of alleen met een creatieve aanpak. Alle hulpverlening is op project- of trajectbasis. Iedereen wil aanmeldingen en doorverwijzingen, maar waarheen?

Breed mandaat

In Rotterdam (Bureau Frontlijn) en Enschede (Wijkcoaches) zijn de laatste jaren teams opgericht die hulpverle-



nen aan mensen die al meerdere keren door de hulpverleningscarrousel zijn gegaan, met weinig tot geen succes. De resultaten zijn nog onduidelijk, maar de eerste geluiden zijn positief. Deze vorm van werken is steeds meer aan het groeien. Er zijn drie kernelementen in de werkwijze te onderscheiden. Het eerste element is een generalistische aanpak. Hierbij doet de algemene hulpverlener zoveel mogelijk zelf. Hij verwijst pas door naar een specialist als dat nodig is. De kernvraag is: kan ik dit zelf? Het tweede element is een breed mandaat. Het aantal bevoegdheden van een hulpverlener wordt uitgebreid, waardoor die minder hoeft door te verwijzen naar specialistische zorg. Dit bespaart tijd – minder overleg of samenwerking – en vermindert de druk op specialistische zorg. Hierdoor kunnen zij intensief werken met casussen die niet zonder die zorg kunnen. Het laatste element is een lage caseload: minder hulpverleners per cliënt, minder cliënten per hulpverlener

Doelgroepenbeleid

Deze verbeteringen kunnen ook op mesoniveau worden doorgevoerd. Grote winst is bijvoorbeeld te behalen door het aantal organisaties te verminderen. Hetzelfde geldt voor het aantal werksoorten en disciplines. Dit kan mede door minder te focussen op doelgroepenbeleid. Hiermee is ook te voorkomen dat cliënten eindeloos heen en worden verwezen omdat ze 'niet tot de doelgroep' behoren. Door de ruimere aanpak, meer bevoegdheden en meer beschikbare tijd kan de hulpverlener daadkrachtiger optreden, zoals dat heet. Hij of zij kan een echt verschil maken, waardoor ook de betrokkenheid met en de motivatie voor het werk verbetert.

Samenwerking binnen en buiten de hulpverlening blijft nodig. Maar als door een afname van het aantal organisaties de sociale kaart overzichtelijker wordt, vergemakkelijkt de samenwerking. In principe hoeft deze reorganisatie structureel niet meer geld te kosten. Er wordt bespaard op de kosten van overbodig overleg, het opstarten van – weer – een nieuw coördinatieproject en dubbel werk. Van

dit geld kan er intensiever hulp worden verleend. Alles wat er nodig is, is een bestuurder met lef en daadkracht die deze reorganisatie vormgeeft en aanstuurt. ■

Max Huber is hogeschoolonderzoeker in opleiding bij praktijk- en onderzoekscentrum De Karthuiser, Hogeschool van Amsterdam

Reageer op www.zorgwelzijn.nl

