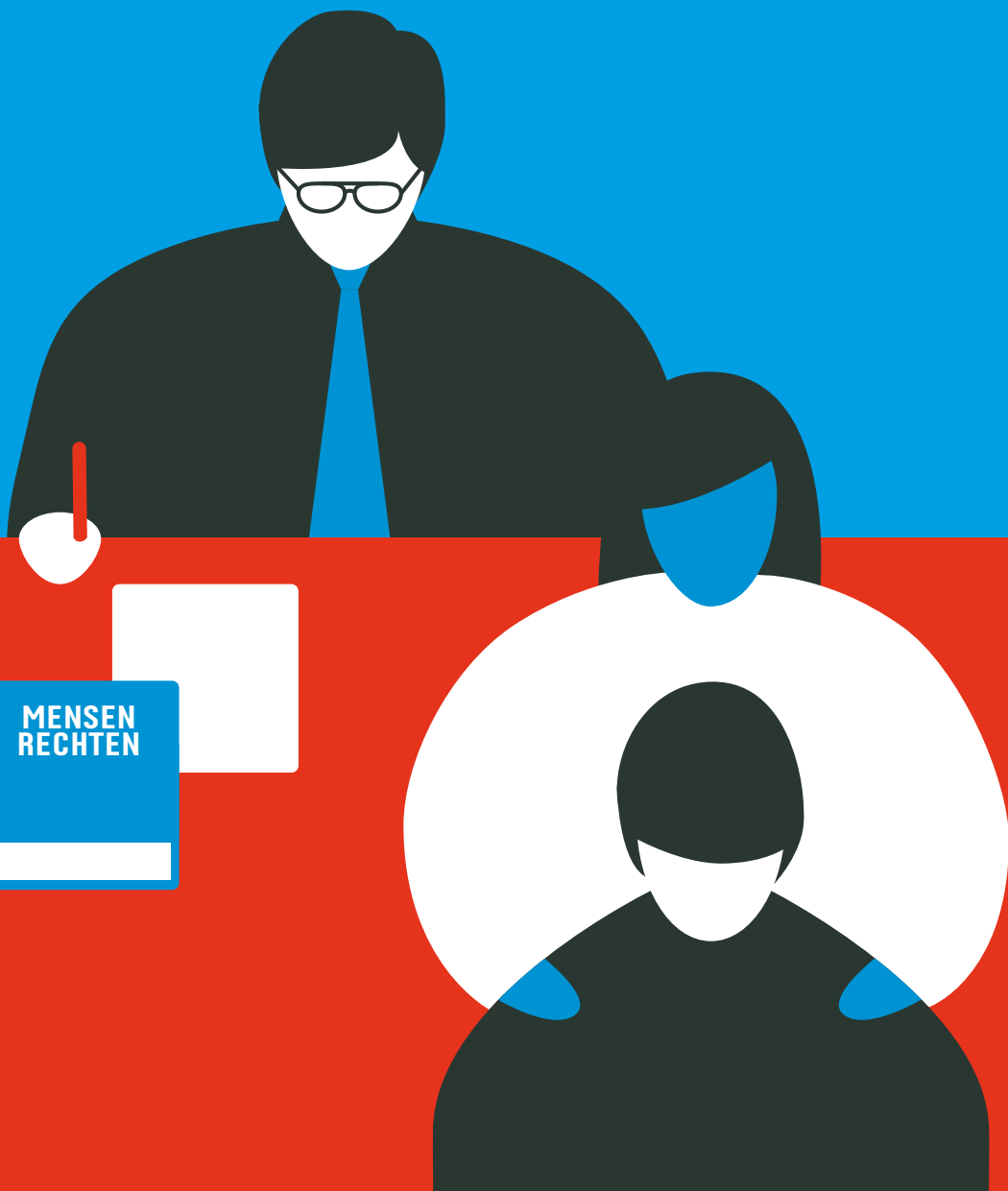


TUSSEN BURGERS EN MENSENRECHTEN LOKAAL SOCIALE PROFESSIONALS OVER TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

ALICIA DIBBETS, DORIEN CLAESSEN,
QUIRINE EIJKMAN & MAJDA LAMKADDEM



COLOFON

Het Kenniscentrum Sociale Innovatie van de Hogeschool Utrecht is een bundeling van een aantal lectoraten op gebied van zorg en welzijn, sociaal beleid, maatschappelijke participatie, ondersteuning en dienstverlening, arbeid, recht en veiligheid. Het doel van het Kenniscentrum is om kennis te ontwikkelen, te bundelen en over te dragen ten behoeve van onderwijs en praktijk.

JAAR VAN UITGAVE

2018

ISBN

9789089281319

CONTACT EN ADRES

Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
Lectoraat Toegang tot het Recht
Padualaan 101 – 3584 CS Utrecht
Telefoon secretariaat: 088-4819222
www.socialeinnovatie.hu.nl / www.hu.nl
Email: quirine.eijkman@hu.nl

VORMGEVING & ILLUSTRATIE

Jowan de Haan
www.jowandehaan.nl

EINDREDACTIE

Jeroen Teitler



Augustus 2018 – © Hogeschool Utrecht, 2018

Bronvermelding is verplicht. Verveelvoudigen voor eigen gebruik of intern gebruik is toegestaan.

TUSSEN BURGERS EN MENSENRECHTEN LOKAAL

SOCIALE PROFESSIONALS OVER TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

ALICIA DIBBETS LLM

DORIEN CLAESSEN MSC

MR. DR. QUIRINE A. M. EIJKMAN

DR. MAJDA LAMKADDEM*

* Alicia Dibbets LLM is zelfstandig mensenrechtenonderzoeker, Dorien Claessen MSc. is docent/onderzoeker, mr. dr. Quirine Eijkman is lector Toegang tot het Recht en Ondervoorzitter van het College voor de Rechten van de Mens (haar bijdrage is op persoonlijke titel geschreven) en Dr. Majda Lamkaddem is docent/ senior onderzoeker bij het lectoraat Toegang tot het Recht, Kenniscentrum Sociale Innovatie (KSI), Hogeschool Utrecht.

INHOUDSOPGAVE

	SAMENVATTING	7
1.	INLEIDING	9
1.1	PROBLEEMANALYSE	10
1.2	THEORETISCH KADER	13
1.3	ONDERZOEKSVRAGEN	18
1.4	DOELSTELLING	18
1.5	OPZET	18
2.	DE INRICHTING VAN HET SOCIAAL DOMEIN OP LOKAAL NIVEAU	19
3.	METHODOLOGIE	23
3.1	RESPONDENTEN	23
3.2	DATAVERZAMELING	24
3.3	DATA-ANALYSE	25
4.	BUURTEAMS EN BELEMMERINGEN IN TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING	27
4.1	DE BEZUINIGINGEN	27
4.2	HET ZELFREDZAAMHEIDSIDEAAL	32
4.3	COMPLEXITEIT IN REGELGEVING	33
4.4	DE KENNIS VAN DE GENERALIST	35
4.5	TUSSENCONCLUSIE	36
5.	BUURTEAMS EN DE OMGANG MET BELEMMERINGEN IN TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING	39
5.1	OMGAAN MET DE BEZUINIGINGEN	39
5.2	OMGAAN MET HET ZELFREDZAAMHEIDSIDEAAL	43
5.3	OMGAAN MET COMPLEXITEIT IN REGELGEVING	44
5.4	OMGAAN MET GRENZEN AAN KENNIS ALS GENERALIST	45
5.5	TUSSENCONCLUSIE	48
6.	CONCLUSIE	53
	BIBLIOGRAFIE	57

SAMENVATTING

Met de transitie in het sociaal domein en de daarmee veranderende rol van de sociaal werker wordt een mensenrechtenbenadering relevanter, omdat deze de neveneffecten van het nieuwe beleid voor cliënten zou kunnen ondervangen. Het sociaal werk wordt steeds vaker geprofileerd als ‘mensenrechtenberoep’ omdat deze professionals een brugfunctie vervullen tussen de leefwereld van burgers en het lokale beleid. Doordat sociaal werkers in wijkteams bepalend zijn geworden voor de toegang tot sociale zorg en ondersteuning, zouden zij een rol kunnen spelen in de manier waarop bepaalde sociaal-economische mensenrechten worden gerealiseerd.

Toegang tot sociale zorg en ondersteuning kan worden gezien als onderdeel van het recht op gezondheid, het recht op een behoorlijke levensstandaard, en het recht op sociale zekerheid. Wanneer als gevolg van regelgeving en beleid belemmeringen ontstaan in toegang tot zorg, brengt dit risico's met zich mee voor de realisatie van deze mensenrechten op lokaal niveau. Dit praktijkonderzoek schept een beeld van de invloed van sociale professionals op dit proces. Aan de hand van interviews met sociaal werkers en teamleiders in wijkteams is in kaart gebracht welke belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning worden geconstateerd in de praktijk. Vervolgens is gekeken naar hoe sociaal werkers en teamleiders met deze belemmeringen omgaan.

Dit kwalitatieve onderzoek identificeert daarmee vier belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning. Ten eerste is de toegang tot de specialistische zorg beperkt. Daarnaast kan de nadruk op zelfredzaamheid een belemmering in toegang veroorzaken wanneer de zelfredzaamheid van cliënten wordt overschat. Vervolgens bestaan er onduidelijkheden over de grenzen tussen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz), waardoor mensen moeilijkheden ervaren in het verkrijgen van de juiste zorg. Ten slotte kampen de buurtteams met verschillen in kennis en ervaring tussen sociaal werkers, waardoor zorgbehoeftes verkeerd kunnen worden ingeschat.

Uit de interviews met sociaal werkers en teamleiders bleek ook hoe ze op verschillende manieren omgaan met de vier belemmeringen. De belemmeringen lijken in eerste instantie door de sociaal werkers met name op individueel cliëntniveau benaderd te worden door de eigen interpretatie en toepassing van beleid, en door de manier waarop zij de noodzaak voor (specialistische) zorg onderbouwen binnen het eigen team. Het rapport suggereert eveneens dat bepaalde belemmeringen aandacht krijgen op buurtteamniveau met maatregelen gericht op kennisdeling en kennisbehoud.

Ten slotte laat het rapport zien dat teamleiders en sociaal werkers met betrekking tot enkele belemmeringen in contact treden met de gemeente. Hiermee beïnvloeden zij toegang tot zorg door te pleiten voor meer aanbod van specialistische zorg, door praktijkgerichte interpretaties van beleid voor te leggen, en door te vragen om betere kennisdeling tussen de buurtteams en de specialistische zorg. Wat opvalt uit de data is dat bepaalde belemmeringen in toegang tot zorg niet lijken te worden aangekaart bij de gemeente. Daardoor blijven deze problemen op individueel cliëntniveau bestaan en is de invloed hiervan op de toegang tot zorg met name afhankelijk van het handelen van de sociaal werker.

De geïdentificeerde belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning kunnen nadelig zijn voor een aantal van de voorwaarden die op basis van sociaal-economische mensenrechten worden gesteld aan publieke diensten. Dit zijn: toegankelijkheid zonder discriminatie, betaalbaarheid, kwaliteit in de vorm van kennis van lokale professionals, en aanvaardbaarheid in de zin dat er rekening wordt gehouden met behoeftes van verschillende groepen. Belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning brengen daardoor risico's met zich mee voor de realisatie van het recht op gezondheid, het recht op sociale zekerheid en het recht op een behoorlijke levensstandaard. Door de manier waarop sociaal werkers en teamleiders omgaan met deze belemmeringen, beïnvloeden zij hoe deze risico's uitwerken in de praktijk.

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat sociaal werkers zowel een beperkende als een versterkende invloed kunnen hebben op toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Wanneer belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning direct of indirect worden veroorzaakt door beleid, beïnvloeden sociaal werkers en teamleiders deze toegang door de mate waarin zij meegaan in beleid of er juist vraagtekens bij plaatsen, of manieren vinden om beleid werkbaar te maken in de praktijk. Omdat belemmeringen in toegang tot sociale zorg en ondersteuning nadelig kunnen zijn voor de realisatie van mensenrechten, zouden sociaal werkers onder andere een rol kunnen spelen in het proces van mensenrechtenrealisatie door de manier waarop zij uitvoering geven aan dergelijk beleid.

1. INLEIDING

De laatste jaren komen mensenrechten steeds vaker aan de orde op lokaal niveau in Nederland. Gemeenten beginnen beleidsthema's zoals armoedebestrijding, burgerparticipatie en antidiscriminatie meer te beschouwen als mensenrechtenkwesties (Teitler, Cuypers, Klever, Hardy & Steenbergen, 2012). Diverse steden zijn mensenrechten gaan inzetten om groepen te verbinden, of als leidraad voor jeugdbeleid of beleid rond de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Van den Berg & Oomen, 2014). Het College voor de Rechten van de Mens, opgericht in 2012, ontwikkelde een kader voor mensenrechten in het sociaal domein (College voor de Rechten van de Mens, 2014). De Coalitie voor Inclusie, een beweging van mensen en organisaties die streven naar inclusie van mensen met een beperking, baseert zich op de Verenigde Naties (VN)-Verdrag voor rechten van mensen met een beperking.

Deze ontwikkelingen kunnen worden beschouwd als onderdeel van een internationale ontwikkeling waarbij het belang van de toepassing van mensenrechten op lokaal niveau steeds meer wordt benadrukt. Dit kan worden afgeleid uit de opkomst van 'mensenrechtensteden' wereldwijd (Oomen, Davis & Grigolo, 2016), de toename van literatuur op dit gebied (Goodale, & Merry, 2007; De Feyter, Parmentier, Timmerman & Ulrich, 2010; Vandenhole, 2012; Destrooper, 2016) en de aandacht van onder andere de VN en de Raad van Europa voor mensenrechten op lokaal niveau (UN Human Rights Council, 2015; Council of Europe, 2018). De groeiende aandacht voor lokalisering van mensenrechten komt voort uit het besef dat de werkelijke realisatie van mensenrechten mede afhankelijk is van de inzet van lokale actoren (De Feyter, 2010). Eén van de gevolgen van deze mensenrechtenlokalisering is dat meer diverse professionals, onder wie sociaal werkers, worden beschouwd als belangrijke actoren op het gebied van mensenrechten (Dibbets & Eijkman, 2018). Dit betekent dat sociaal werkers door middel van hun dagelijks werk invloed (kunnen) hebben op de manier waarop mensenrechten worden gerealiseerd in het sociaal domein.

De toenemende aandacht voor mensenrechten op lokaal niveau is mede ingegeven door decentralisatieprocessen, zowel in Nederland als in andere landen (Petrasek, Tom & Archer, 2002). Door de decentralisaties in Nederland hebben lokale overheden meer verantwoordelijkheden voor kwesties die raken aan sociaal-economische mensenrechten, zoals het recht op gezondheidszorg, op een behoorlijke levensstandaard of op sociale zekerheid. Deze verschuiving in verantwoordelijkheden brengt zowel kansen als risico's voor de bescherming van mensenrechten met zich mee (Jägers, 2013). Gemeenten kunnen meer aansluiten

op lokale behoeftes en oefenen daarmee mogelijk een positieve invloed uit op de toegang tot en kwaliteit van sociale voorzieningen. Omdat de decentralisaties worden gecombineerd met bezuinigingen en een terugtrekkende overheid, kan dit aan de andere kant ook leiden tot de aantasting van het sociaal vangnet (Vonk, 2016). Mensenrechten kunnen dan in de knel komen omdat noodzakelijke zorg en ondersteuning niet voldoende beschikbaar of toegankelijk meer blijken te zijn.

Met de transities in het sociaal domein, en de daarmee veranderende rol van de sociaal werker, worden mensenrechten door docenten sociaal werk aangegrepen als instrument om het sociaal werk te legitimeren en ervoor te zorgen dat cliënten niet worden benadeeld door de gevolgen van de transities (Dibbets & Eijkman, 2018). In 2016 stelden docenten sociaal werk van verschillende hogescholen en universiteiten daarom een manifest op waarin wordt gepleit voor sociaal werk als mensenrechtenberoep. Daarbij wordt benadrukt dat mensenrechten een plek verdienen in het sociaal werk-onderwijs en in de praktijk (Hartman, Knevel, & Reynaert, 2016). De aandacht voor mensenrechten binnen het sociaal werk in Nederland is er voorsnog met name in het onderwijs, maar is ook opgepakt door kenniscentrum Movisie en de Beroepsvereniging voor Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Het manifest draagt hiermee bij aan de erkenning van het feit dat mensenrechten een integraal onderdeel zouden moeten zijn van sociaal werk-curricula.

Wanneer sociaal werk wordt benaderd als mensenrechtenberoep, ontstaat de vraag op wat voor manier sociaal werkers de realisatie van mensenrechten in de praktijk beïnvloeden. Dit onderzoek bestudeert daarom de praktijk van sociaal werkers en teamleiders in wijkteams, ook wel buurtteams genoemd, om inzicht te krijgen in hoe dit dagelijks werk zich verhoudt tot mensenrechtenrealisatie op lokaal niveau. Sociaal werkers hebben direct contact met burgers met een zorgvraag en vervullen een centrale rol in de toegang tot zorg en ondersteuning. Daarom ligt de focus van het onderzoek op de rol die sociaal werkers (kunnen) spelen in de realisatie van mensenrechten gerelateerd aan zorg en ondersteuning in het sociaal domein.

1.1 PROBLEEMANALYSE

1.1.1 DE REALISATIE VAN MENSENRECHTEN IN DE PRAKTIJK

Mensenrechten zijn de waarden die fundamenteel zijn voor menselijke waardigheid, ontwikkeling en overleving, vastgelegd in internationale en regionale mensenrechtenverdragen. Op basis van deze verdragen zijn staten (overheden) verplichtingen aangegaan om deze rechten te respecteren, beschermen en bevorderen. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid voor de realisatie van mensenrechten vanuit internationaal juridisch perspectief in eerste instantie bij

de overheid ligt.¹ Wanneer wordt gekeken naar de mate waarin overheden deze verantwoordelijkheid nakomen, dan is de herhaaldelijke conclusie dat er een kloof bestaat tussen mensenrechten op papier en de daadwerkelijke implementatie ervan (De Feyter, 2011). De implementatie van mensenrechten door staten is echter geen doel op zich, maar een middel voor de bescherming van menselijke waardigheid (Forsythe, 2009). Bij de bestudering van mensenrechten in de praktijk is het daarom van belang niet alleen te kijken naar de invulling van mensenrechtennormen en de naleving ervan door de overheid, maar ook naar de mechanismen die de realisatie van mensenrechten in de praktijk wel of niet mogelijk maken.

We kunnen een completer beeld krijgen van deze mechanismen door uit te gaan van de verschillende actoren die hierin een rol in (kunnen) spelen. Deze benadering wordt onder andere gehanteerd bij mensenrechtenlokalisering, waarbij wordt gekeken naar manieren waarop mensenrechten betekenis krijgen in een bepaalde lokale context (De Feyter, 2010; Merry, 2006). Er blijkt dan een grotere groep actoren relevant voor de verwezenlijking van mensenrechten dan de meer traditionele mensenrechtenactoren, zoals internationale instellingen, overheden, de rechterlijke macht en non-gouvernementele organisaties (Vandenhole, 2012, p. 93; Goodale, 2007, p. 24). Tegelijkertijd wordt hiermee erkend dat de effectiviteit van mensenrechten mede afhankelijk is van de aard van bestaande sociale verhoudingen en niet kan worden gewaarborgd door rechtsmiddelen alleen (Woodiwiss, 2006, p. 37). Dit sluit aan bij een sociaal constructivistische benadering van mensenrechten, waarbij de mensenrechten worden beschouwd als product van een bepaalde tijd en plaats en dus voortdurend in ontwikkeling zijn (Morris, 2006, p. 16). De realisatie van mensenrechten is zo gezien een doorlopend proces waaraan diverse actoren bewust of onbewust bijdragen. Beleidsmedewerkers binnen de overheid geven richting aan de realisatie van mensenrechten door de formulering van regelgeving en beleid. Uitvoerders binnen en buiten de overheid geven vorm aan regelgeving en beleid in de praktijk, en beïnvloeden daarmee de manier waarop mensenrechten worden beschermd en bevorderd. Burgers en belangenorganisaties bevragen de grenzen van regelgeving en beleid en benadrukken de betekenis van specifieke mensenrechten voor individuen en groepen.

1.1.2 SOCIAAL WERKERS ALS ACTOREN IN MENSENRECHTENREALISATIE

Wanneer de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau wordt benaderd als een proces dat wordt beïnvloed door verschillende actoren, dan kunnen sociaal werkers geïdentificeerd worden als potentieel belangrijke actoren in dit proces (Dibbets & Eijkman, 2018). Tijdens hun werk kunnen sociaal werkers in aanraking komen met

1 In toenemende mate wordt eveneens gekeken naar de (juridische) verantwoordelijkheid van private actoren, zoals bedrijven, voor mensenrechtenbescherming. Welzijnsorganisaties zouden ook op deze manier benaderd kunnen worden. Er wordt dan gekeken naar hoe deze organisaties verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor eventuele misstanden. In dit onderzoek wordt deze benadering buiten beschouwing gelaten. Zie: Lane (2017) voor hoe dit zou kunnen worden toegepast op publieke diensten.

mensen wier rechten zijn geschaad, en ze kunnen (onbedoeld) betrokken raken bij situaties waarin mensenrechten niet goed worden nageleefd (Staub-Bernasconi, 2011, p. 38). Sociaal werkers werken veel met mensen in een kwetsbare positie en staan dicht op hun leefwereld. Ze kunnen dus in een vroeg stadium opmerken dat iemand in een situatie terecht is gekomen waarin haar of zijn menselijke waardigheid niet wordt gerespecteerd. Als deze situatie wordt veroorzaakt of in stand gehouden door bestaande regelgeving of bestaand beleid, dan is het de sociaal werker die zou kunnen opmerken dat dit beleid cliënten benadeelt. Wanneer sociaal werk wordt beschouwd als mensenrechtenberoep, is daarom de vraag in hoeverre sociaal werkers in staat zijn mensenrechten te realiseren door middel van hun eigen dagelijkse werk, en hoe ze omgaan met regelgeving en beleid die de uitvoering van dit werk beperken of onmogelijk maken.

1.1.3 SOCIAAL WERKERS EN MENSENRECHTENREALISATIE IN HET HUIDIGE SOCIAAL DOMEIN

In Nederland worden de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau en de rol die sociaal werkers hierin spelen op verschillende manieren beïnvloed door de decentralisaties in het sociaal domein. In de eerste plaats hebben gemeentes vanwege de decentralisaties verantwoordelijkheden gekregen die raken aan sociaal-economische mensenrechten, zoals het recht op gezondheidszorg, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Hierdoor hebben gemeentes een grotere invloed op de manier waarop deze rechten in de praktijk worden gerealiseerd. Dit biedt kansen wanneer gemeentes aansluiten bij lokale behoeftes door burgers te raadplegen over de invulling van beleid (Petrasek *et al.*, 2002, p. 19-21; Jägers, 2013). Sociaal werkers staan nog dichters op de burger dan de gemeente en hebben daardoor goed zicht op deze lokale behoeftes.

De decentralisaties gingen gepaard met bezuinigingen en een transitie naar de participatiemaatschappij. Door de gevolgen hiervan ontstaan er ook risico's voor de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau. Wanneer bezuinigingen leiden tot erosie van sociale voorzieningen, heeft dit gevolgen voor de rechten van mensen die van deze voorzieningen gebruikmaken (Vonk, 2016, p. 136). Bovendien kunnen rechten van mensen in kwetsbare posities in de knel komen als onverkort wordt uitgegaan van zelfredzaamheid en eigen kracht (College voor de Rechten van de Mens, 2017). Zowel de bezuinigingen als de nadruk op zelfredzaamheid beïnvloeden de toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Deze toegang tot zorg en ondersteuning kan worden beschouwd als belangrijk onderdeel van de realisatie van sociaal-economische rechten zoals het recht op gezondheidszorg, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid.

Doordat sociaal werkers een centrale rol vervullen in de (toegang tot) zorg en ondersteuning, bepalen zij mede hoe deze mensenrechten worden gewaarborgd in het sociaal domein. Sociaal werkers bevinden zich in een positie waarin ze aan de ene kant een grotere verantwoordelijkheid hebben gekregen in het regelen van

zorg en ondersteuning, en waarin aan de andere kant deze verantwoordelijkheid wordt begrenst door beleid gericht op kostenbesparing, burgerparticipatie en zelfredzaamheid. Wanneer de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau wordt beschouwd als een proces waarin ook sociaal werkers een rol spelen, ontstaat de vraag hoe dit proces eruitziet in het huidige sociaal domein.

In dit onderzoek ligt wat dit betreft de focus op de toegang tot sociale zorg en ondersteuning als onderdeel van de realisatie van het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Het gaat daarbij om de manier waarop sociaal werkers bijdragen aan de realisatie van deze mensenrechten door de rol die zij spelen in het regelen van zorg en ondersteuning. Hiervoor zal worden bestudeerd op wat voor manier uitvoerend sociaal werkers en sociaal werkteamleiders in buurtteams omgaan met de belemmeringen die zij in de praktijk constateren in de toegang tot zorg en ondersteuning.

1.2 THEORETISCH KADER

Dit onderzoek bestudeert belemmeringen in de toegang tot sociale zorg en ondersteuning vanuit het perspectief van uitvoerend sociaal werkers en teamleiders in wijkteams. Het uitgangspunt hierbij is dat deze toegang tot zorg en ondersteuning onderdeel is van de realisatie van verschillende mensenrechten: het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Belemmeringen in toegang kunnen de realisatie van deze mensenrechten in de weg staan. Wanneer sociaal werkers worden beschouwd als actoren in het proces van mensenrechtenrealisatie, geeft de manier waarop zij omgaan met deze belemmeringen inzicht in mogelijke rollen die zij spelen in dit proces. Daarvoor wordt hier eerst uiteengezet wat er kan worden verstaan onder de realisatie van de relevante mensenrechten en hoe toegang tot sociale zorg en ondersteuning hiervan onderdeel zijn. Vervolgens wordt er een kader geschetst van belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning die naar voren komen in bestaand onderzoek over het sociaal domein.

1.2.1 TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING ALS MENSENRECHT

Onder mensenrechtenrealisatie wordt in dit onderzoek verstaan: het proces van de verwezenlijking van individuele mensenrechten zoals vastgelegd in regionale en internationale mensenrechtenverdragen. Een 'recht op sociale zorg en ondersteuning' of een 'recht op sociale voorzieningen' is niet letterlijk terug te vinden in deze verdragen. Het kan echter wel afgeleid worden uit het recht op gezondheid, het recht op sociale zekerheid en het recht op een behoorlijke levensstandaard. Deze rechten zijn onder andere vastgelegd in het Internationaal

Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR).² De betekenis en inhoud van deze rechten is terug te vinden in de algemene aanbevelingen van het VN-Comité inzake economische, sociale en culturele rechten (ESC-Comité). Deze gezaghebbende interpretaties geven een goed beeld van waaraan op grond van internationale verdragen moet worden voldaan om specifieke mensenrechten te realiseren (Blake, 2008). Omdat Nederland partij is bij het IVESCR zijn deze interpretaties ook van toepassing in Nederland. Hier zullen het recht op gezondheid, op sociale zekerheid en op een behoorlijke levensstandaard worden uitgewerkt om aan te tonen hoe deze verband houden met toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein (zie ook: Dibbets & Eijkman, 2017).

Het recht op gezondheid (voluit: het recht op het hoogst haalbare niveau van lichamelijke en geestelijke gezondheid) is het recht om gebruik te kunnen maken van goederen en diensten die noodzakelijk zijn voor een goede lichamelijke en psychische gezondheid (art. 12 IVESCR; ESC-Comité, 2000). Het recht op een behoorlijke levensstandaard houdt in dat iedereen recht heeft op toereikende huisvesting, voeding en kleding (art. 11 IVESCR; ESC-Comité, 1990). Het recht op sociale zekerheid houdt in dat mensen die (tijdelijk) niet kunnen werken vanwege ziekte, handicap, zwangerschap, werkloosheid of ouderdom recht hebben op een vorm van uitkering (art. 9 IVESCR; ESC-Comité, 2008). Het recht op gezondheid en het recht op een behoorlijke levensstandaard hebben te maken met de soort voorzieningen voor zorg en ondersteuning in het sociaal domein en waaraan deze zouden moeten voldoen. Psychosociale ondersteuning heeft dan bijvoorbeeld meer te maken met het recht op gezondheid, terwijl hulp in de huishouding kan worden geschaard onder het recht op een behoorlijke levensstandaard. Het recht op sociale zekerheid geeft aan hoe deze voorzieningen moeten worden bekostigd als mensen ze om verschillende redenen zelf niet kunnen betalen. Daarmee ondersteunt dit recht de realisatie van het recht op gezondheid en het recht op een behoorlijke levensstandaard (ESC-Comité, 2008, p. 9).

Om een indruk te krijgen van hoe de realisatie van deze rechten eruit zou kunnen zien in het sociaal domein, is het relevant om te kijken naar de voorwaarden die het ESC-Comité stelt aan publieke diensten. Deze voorwaarden zijn ontleend aan de voorwaarden die het ESC-Comité (2000) stelt aan gezondheidsdiensten, maar worden inmiddels breder toegepast op alle essentiële publieke diensten (Hesselman, Wolf & Toebe, 2017, p. 300). Publieke diensten moeten op grond van sociaal-economische mensenrechten in voldoende mate beschikbaar zijn, toegankelijk zijn voor iedereen, aanvaardbaar en van goede kwaliteit.

2 Deze rechten zijn in verschillende vormen ook terug te vinden in andere internationale en regionale mensenrechtenverdragen. Voor dit onderzoek wordt uitgegaan van de rechten uit het IVESCR omdat hiervan toepasbare en algemeen geaccepteerde interpretaties bestaan.

Beschikbaarheid van publieke diensten gaat om de letterlijke beschikbaarheid van voorzieningen. Dit betekent dat de nodige organisaties en instellingen aanwezig zijn, dat deze over voldoende personeel beschikken, en dat er geen tekort is aan essentiële goederen die nodig zijn om de dienst te kunnen leveren. Publieke diensten moeten vervolgens voor iedereen toegankelijk zijn. Dit gaat om fysieke toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid), toegang zonder discriminatie en toegang tot informatie over de diensten. Toegang zonder discriminatie houdt in dat mensen niet mogen worden benadeeld in hun toegang tot voorzieningen vanwege onder andere hun geslacht, ras, huidskleur, leeftijd, taal, religie, handicap, gezondheidsstatus, seksuele oriëntatie, sociaal-economische of andere status. Een derde voorwaarde is dat publieke diensten aanvaardbaar moeten zijn. Dit betekent dat er bij de invulling en uitvoering van diensten rekening moet worden gehouden met behoeftes van verschillende groepen, zoals mensen met een andere culturele achtergrond of mensen met een beperking. Ten slotte moeten de goederen en diensten van goede kwaliteit zijn. Dit houdt bijvoorbeeld in dat het personeel opgeleid is met de juiste kennis en vaardigheden, dat gebouwen van organisaties goed onderhouden zijn en dat de nodige goederen voldoen aan professionele maatstaven.

Deze voorwaarden voor publieke diensten worden beschouwd als centrale elementen van de realisatie van het recht op gezondheid, op sociale zekerheid en op een behoorlijke levensstandaard. Wanneer sociale voorzieningen worden gezien als onderdeel van deze rechten, kunnen deze voorwaarden eveneens toegepast worden op zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Dit onderzoek legt daarbij de nadruk op de toegang tot deze zorg en ondersteuning. Toegankelijkheid van publieke diensten is één van de voorwaarden, maar omdat alle voorwaarden met elkaar samenhangen kunnen bijvoorbeeld de beschikbaarheid en aanvaardbaarheid van voorzieningen ook invloed hebben op toegang tot voorzieningen. In het huidige sociale domein spelen sociaal werkers een centrale rol: zij bepalen mede de toegankelijkheid tot sociale voorzieningen, en hebben daarbij mogelijk ook zicht op belemmeringen hiervan.

1.2.2 BELEMMERINGEN IN TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

Sinds de decentralisaties zijn er meerdere belemmeringen in de toegang tot sociale zorg en ondersteuning aan het licht gekomen. Uit bestaand onderzoek over het sociaal domein kunnen drie belemmeringen worden opgemaakt waarmee sociaal werkers in buurtteams te maken kunnen krijgen in het dagelijks werk. Deze belemmeringen zijn direct of indirect het gevolg van regelgeving en beleid, en brengen op verschillende manieren risico's met zich mee voor de realisatie van mensenrechten.

Een eerste belemmering kan ontstaan door de gevolgen van de bezuinigingen in het sociaal domein. De decentralisaties gingen samen met bezuinigingen, waardoor

gemeenten minder budget hebben voor zorg en ondersteuning (Raad voor het Openbaar Bestuur, 2017, p. 35). Bestaand onderzoek toont aan dat de bezuinigingen de toegang tot sociale voorzieningen op verschillende manieren kunnen beperken. Ten eerste doordat het aantal beschikbare uren voor ondersteuning in het algemeen wordt gekort, zonder onderzoek naar de behoeftes van mensen (Allers, 2015, p. 292-293). Ten tweede doordat bepaalde voorzieningen minder of helemaal niet meer beschikbaar zijn (Vonk, 2016, p. 14). Wanneer als bezuinigingsmaatregel de eigen bijdrage voor zorg wordt verhoogd, kan dit eveneens invloed hebben op de toegang tot voorzieningen (Nationale ombudsman, 2016, p. 36; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017, p. 15). Dit risico is ook door belangenorganisaties van cliënten gesignaleerd (Ieder(in), 2016, p. 10). Belangenorganisaties geven daarnaast aan dat mensen met een chronische aandoening of een beperking de indruk krijgen dat beoordelingen over toegang tot zorg worden beïnvloed door 'bezuinigingsdrang' (Vijzelman-Waarheid, 2017, p. 23). Wanneer wordt gekeken naar de mensenrechtenvoorwaarden die worden gesteld aan publieke diensten, dan hebben de bezuinigingen mogelijk invloed op de beschikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van sociale voorzieningen. Wanneer zou blijken dat de bezuinigingen de toegang tot zorg en ondersteuning voor specifieke groepen belemmeren, dan zou dit ook toegankelijkheid op basis van non-discriminatie beïnvloeden. Naast de algemene voorwaarden voor publieke diensten stellen sociaal-economische mensenrechten ook grenzen aan de mate waarin, en de manier waarop, bezuinigd mag worden op sociale voorzieningen (Allers, 2015, p. 278). Dit betekent onder andere dat de gevolgen van bezuinigingen voor de realisatie van specifieke mensenrechten moeten worden onderzocht, en dat de bezuinigingen niet onevenredig de rechten van kwetsbare groepen mogen aantasten (Dibbets & Buyse, 2014, p. 2706).

De nadruk op zelfredzaamheid kan de toegang tot zorg en ondersteuning belemmeren wanneer mensen geen of minder zorg ontvangen op basis van hun (vermeende) zelfredzaamheid. Uit onderzoek van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid komt naar voren dat zelfredzaamheid vaak onjuist wordt ingeschat, waardoor mensen met een hulpvraag onvoldoende ondersteuning krijgen. Er bestaat een verschil tussen wat de overheid van de zelfredzaamheid van mensen verwacht, en wat ze daadwerkelijk aankunnen (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2017, p. 19). Daarmee ontstaat het risico dat mensen tot zelfredzaamheid worden 'veroordeeld' terwijl ze zichzelf niet kunnen redden en daardoor ondersteuning mislopen (Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2016, p. 9). Wanneer vanwege de nadruk op zelfredzaamheid toegang tot zorg en ondersteuning wordt bemoeilijkt voor mensen in een kwetsbare positie, gaat dit in tegen het recht op zorg (College voor de Rechten van de Mens, 2016, p. 6-7). Met name de toegang op basis van non-discriminatie komt hiermee in het geding, omdat juist mensen met extra zorgbehoeftes, zoals ouderen en mensen met een beperking, hierdoor geraakt kunnen worden.

Ook het vastlopen in ingewikkelde regelgeving kan een belemmering vormen in de toegang tot zorg en ondersteuning. Met name mensen met meervoudige problematiek kunnen moeilijkheden ervaren door onduidelijkheid over de toepassing van de Wmo en de Wet langdurige zorg (Wlz). Diverse publicaties suggereren dat de afbakening tussen de verschillende wettelijke stelsels niet altijd voldoende helder is, waardoor mensen problemen ondervinden bij het regelen van noodzakelijke zorg (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017, p. 29; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017, p. 14; Nationale ombudsman, 2018). Belangenorganisaties van cliënten signaleren soortgelijke drempels (MEE NL, 2016, p. 4; Ieder(in), 2016, p. 13). Deze belemmering kan te maken hebben met onvoldoende duidelijke informatie over de betreffende regelgeving, waardoor niet wordt voldaan aan de mensenrechtenvoorwaarde van toegang tot begrijpelijke informatie over publieke diensten. Omdat juist mensen met meervoudige problematiek vastlopen in de regelgeving, komt hierdoor mogelijk ook de toegankelijkheid zonder discriminatie in de knel. Als blijkt dat de regelgeving niet goed aansluit op de behoeftes van mensen met meervoudige problematiek, gaat dat eveneens in tegen de voorwaarde van aanvaardbaarheid van publieke voorzieningen.

De hier beschreven belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning kunnen nadelig zijn voor de realisatie van het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Daarmee is niet gezegd dat minder zorg en ondersteuning per definitie ingaat tegen de mensenrechten. Waar het om gaat is dat wanneer als gevolg van beleid en regelgeving direct of indirect belemmeringen in de toegang tot voorzieningen ontstaan, en het duidelijk wordt dat mensen daardoor in situaties terechtkomen waarbij hun menselijke waardigheid in het geding komt, dit de realisatie van mensenrechten in de weg staat. Dit geldt des te meer wanneer met name specifieke groepen of groepen in een kwetsbare positie in de knel komen. Wanneer deze toegang tot zorg wordt gezien als onderdeel van de realisatie van mensenrechten, dan verduidelijkt dit dat noodzakelijke zorg en ondersteuning geen gunsten zijn, maar individuele rechten waarop mensen zich kunnen beroepen. Daarbij bieden de voorwaarden aan publieke diensten een duidelijk kader waaraan sociale zorg en ondersteuning vanuit mensenrechtelijk oogpunt zouden moeten voldoen.

1.3 ONDERZOEKSVRAGEN

Hoofdvraag:

- Hoe beïnvloeden lokale sociale professionals de toegang tot zorg en ondersteuning in de wijk?

Deelvragen:

- Welke belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning constateren sociaal werkers uit wijkteams in de praktijk?
- Hoe gaan sociaal werkers om met deze belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen in de wijk?
- Welke belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning constateren teamleiders van wijkteams in de praktijk?
- Hoe gaan teamleiders uit wijkteams om met deze belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen in de wijk?

1.4 DOELSTELLING

De algemene doelstelling van dit onderzoek is inzicht te krijgen in knelpunten in de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau vanuit het oogpunt van sociale professionals. Dit onderzoek bestudeert de manieren waarop uitvoerend sociaal werkers en sociaal werk-teamleiders in wijkteams hun bijdrage leveren aan toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Deze toegang tot zorg en ondersteuning kan worden beschouwd als onderdeel van het recht op gezondheid, het recht op een behoorlijke levensstandaard en het recht op sociale zekerheid (zie Theoretisch kader 1.2.1). Door de mensenrechtenrealisatie te koppelen aan de uitvoeringspraktijk van de sociaal werker wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de beweging om mensenrechten een plek te geven in het sociaal werk-curriculum (Hartman *et al.*, 2016). Daarmee draagt het onderzoek bij aan de vernieuwing van beroepsopleidingen zoals Social Work.

1.5 OPZET

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd onder sociaal werkers en teamleiders van buurtteams in Utrecht. Het rapport is als volgt opgezet: hoofdstuk 2 schetst de context door een overzicht te geven van de inrichting van het sociaal domein in Utrecht en de rol van buurtteams. Vervolgens behandelt hoofdstuk 3 de onderzoeksmethode. In hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5 worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek weergegeven.

2. DE INRICHTING VAN HET SOCIAAL DOMEIN OP LOKAAL NIVEAU

Dit praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden onder buurtteams in Utrecht. Net als in andere grote steden wordt er in het Utrechtse sociaal domein gewerkt met buurtteams (oftewel wijkteams). In Utrecht spelen de buurtteams een duidelijke rol in de toegang tot zorg en ondersteuning voor mensen in de wijk. Daarnaast opereren de buurtteams, in tegenstelling tot veel wijkteams in andere steden, onafhankelijk van andere zorg- en welzijnsorganisaties, waardoor de rollen van zowel de teamleiders als de sociaal werkers duidelijk onderscheiden kunnen worden (Arum, & Schoorl, 2015, p. 22). Dit hoofdstuk omschrijft de inrichting van het sociaal domein in Utrecht en de rol die de buurtteams hierbinnen spelen in de toegang tot zorg en ondersteuning.

Zoals in elke Nederlandse gemeente heeft er sinds de decentralisaties in 2015 een transitie plaatsgevonden in het Utrechtse sociaal domein. Het nieuwe Utrechtse zorgmodel is georganiseerd langs drie sporen (Vermeulen, Rijnkels, Riemens & Schutte, 2015, p. 30). Spoor 1 omvat basisvoorzieningen die voor alle bewoners van Utrecht toegankelijk zijn. Dit zijn voorzieningen op het gebied van onderwijs, sport en cultuur, maar ook ondersteuning van mantelzorgers, vrijwilligers of buurtinitiatieven. Spoor 2 is de sociale basiszorg die door buurtteams wordt uitgevoerd en spoor 3 is de aanvullende, specialistische zorg. Net als in veel andere gemeenten zijn er in Utrecht buurtteams opgericht. De buurtteams vervullen een spilfunctie tussen de basisvoorzieningen (spoor 1) en de specialistische zorg (spoor 3). In Utrecht zijn er buurtteams Jeugd en Gezin en buurtteams Sociaal voor volwassenen. Voor dit onderzoek is gekeken naar de buurtteams Sociaal; de rest van deze omschrijving richt zich daarom op deze buurtteams.

Utrecht kent achttien buurtteams Sociaal, verspreid over de verschillende wijken (FCB, 2015, p. 19). In principe heeft elke wijk een eigen buurtteam; uitzonderingen zijn de wijk Overvecht met drie buurtteams en de wijk Kanaleneiland met twee buurtteams. De buurtteams zijn in opdracht van de gemeente Utrecht opgericht door het bedrijf Includio, die de teams onderbracht in een nieuwe stichting. Binnen de buurtteams werkt een 'buurtondernemer' als teamleider die een team generalistische sociaal werkers, oftewel 'buurteammedewerkers', aanstuurt. Daarnaast is elke teamleider verantwoordelijk voor een expertisegebied op stedelijk niveau; op dit gebied fungeert zij of hij als gesprekspartner voor de gemeente en andere relevante partijen (Buurtteam, 2016, p. 35). Op verzoek van de gemeente zijn de sociaal werkers in de buurtteams hoofdzakelijk afkomstig uit welzijnsorganisaties

in de stad (FCB, 2015, p. 19). Door de komst van de buurtteams verdween er werk bij bestaande welzijnsorganisaties, waardoor veel sociaal werkers genoodzaakt waren te solliciteren bij de nieuwe buurtteams. In tegenstelling tot veel andere gemeenten, waar buurtteams doorgaans bestaan uit professionals die werkzaam zijn bij verschillende moederorganisaties (Arum & Schoorl, 2015, p. 22), zijn de sociaal werkers in de Utrechtse buurtteams allemaal in dienst bij de buurtteamorganisatie.

De hoofdtak van de buurtteams Sociaal is om op basis van hulpvragen van bewoners te bepalen of individuen terechtkunnen bij basisvoorzieningen, of het buurtteam zelf sociale basiszorg kan leveren, of dat een doorverwijzing naar specialistische zorg nodig is. Bewoners kunnen met een grote diversiteit aan problematiek bij een buurtteam terecht, van eenzaamheid en schulden tot huiselijk geweld en psychische problemen. Daarnaast is het de bedoeling dat sociaal werkers actief de wijk ingaan om problemen te ontdekken, mensen die elkaar kunnen ondersteunen aan elkaar te verbinden, en bewonersinitiatieven te starten of te stimuleren. In 2015 is circa 80 procent van de cliënten vanuit de specialistische zorg overgedragen naar de buurtteams (Gemeente Utrecht, 2016, p. 4). Sinds het najaar van 2016 adviseren de buurtteams de gemeente ook over hulp bij het huishouden, een taak die eerst uitsluitend door de gemeente werd uitgevoerd (Burgemeester en Wethouders, 2017). In dezelfde periode is de toegang tot het traject schuldhulpverlening van de gemeente overgeheveld naar de buurtteams (Buurtteam, 2017). Mensen kunnen niet voor alle zorg die valt onder de Wmo terecht bij een buurtteam. Voor hulpmiddelen zoals een rolstoel of woningaanpassingen fungeert het Wmo-loket van de gemeente als aanspreekpunt.

De achterliggende visie van de buurtteams sluit aan bij de Wmo-doelstellingen van zelfredzaamheid en participatie. Door de gemeente Utrecht wordt deze visie verwoord als 'op eigen kracht en meedoen naar vermogen' (Van Cadsand, Vermeulen, Van der Leer, Van de Vijver, Stokman, De Geus & Vink, 2013, p. 1). In de praktijk betekent dit dat sociaal werkers bij een persoon met een hulpvraag eerst moeten kijken of het eigen netwerk, vrijwilligers of andere basisvoorzieningen toereikend zijn. Als dit niet het geval blijkt kan het buurtteam sociale basiszorg leveren en als dat niet voldoende is regelt de sociaal werker de toegang tot aanvullende zorg. De nadruk op eigen kracht wordt hierbij gepresenteerd als manier om te besparen op de dure aanvullende zorg (Vermeulen *et al.*, 2015, p. 27). Het is duidelijk dat hierdoor een verschuiving plaatsvindt in de rol van de sociaal werker. Zoals de gemeente het verwoordt:

Begeleiden en het bepalen van recht op intensievere of specialistischer zorg gaan in Utrecht dus hand in hand. Dit betekent dat er een nieuw beroep wordt gedaan op [sociaal werkers], die van oudsher hulpverlener en geen poortwachter zijn. De combinatie van rollen (onderzoeker, ondersteuner, vertrouwenspersoon cliënt en toetsers van toegang) doet een groot beroep op de professionaliteit van de [sociaal werker]. (Vermeulen et al., 2015, p. 56)

Naast de centrale visie van 'meedoen naar vermogen' zijn in het beleid van de gemeente nog een aantal andere uitgangspunten terug te vinden voor de Utrechtse buurtteams. Zo moet de hulp worden georganiseerd volgens het principe één huishouden, één plan, één regisseur (Van Cadsand et al., 2013, p. 20). De sociaal werker moet hierbij persoonlijk maatwerk leveren en krijgt daarin de professionele ruimte om te 'doen wat nodig is' (Gemeente Utrecht, 2016, p. 9). Dit alles gebeurt in 'co-creatie' met de gemeente, zorgaanbieders en andere partners (Vermeulen et al., 2015, p. 58). Co-creatie wordt gezien als sleutelbegrip in de Utrechtse aanpak, waarbij de verdere ontwikkeling van het sociaal domein plaatsvindt in samenspraak met relevante stakeholders zodat de gemeente van professionals leert 'hoe het beter kan' (Gemeente Utrecht, 2016, p. 22).

De inrichting van het Utrechtse sociaal domein wordt door de gemeente gepresenteerd als een goed voorbeeld, dat 'een positief effect heeft op de burgers, de gemeente en zorgverleners'.³ De visitatiecommissie die de samenwerkingsrelatie tussen de gemeente en haar opdrachtnemers (waaronder de buurtteams) beoordeelde kon niet anders dan 'een positief verhaal' vertellen (Smid, Verhoef & Simons, 2016). De Utrechtse Rekenkamer plaatste wel een aantal kanttekeningen bij de veranderingen in het sociaal domein. In 2016 concludeerde de Rekenkamer dat de gemeente in het bezuinigen op de hulp bij de huishouding onvoldoende rekening heeft gehouden met specifieke behoeftes van kwetsbare cliënten (Rekenkamer Utrecht, 2016). In een recenter onderzoek naar de zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige beperkingen die zelfstandig thuis wonen, ontdekte de Rekenkamer verschillende knelpunten en benadrukte daarbij dat vanuit het beleid 'meedoen naar vermogen' voor deze groep 'soms een groter beroep wordt gedaan op hun eigen kracht dan zij aankunnen' (Rekenkamer Utrecht, 2017, p. 12).

3 Omschrijving van 'het Utrechtse Model' op de website van de VNG, geraadpleegd van https://vng.nl/het-buurtteam-als-spil-van-een-vernieuwd-zorgstelsel-utrecht?lipi=urn%3Ali%3Apage%3Ad_flagship3_feed%3BXuBey4JNS1ayAtWHkyUq3w%3D%3D (18 mei 2018).

3. METHODOLOGIE

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd door middel van interviews met sociaal werkers en teamleiders van Utrechtse buurtteams. Dit hoofdstuk behandelt de selectie van respondenten voor het onderzoek, de methode van dataverzameling en de data-analyse.

3.1 RESPONDENTEN

De respondenten voor dit onderzoek zijn geselecteerd via LinkedIn met de zoektermen 'buurtteammedewerker Utrecht', 'buurtondernemer Utrecht' of 'buurtteam sociaal Utrecht' in oktober en november 2017. Uit de zoekresultaten op LinkedIn zijn respondenten gekozen op basis van de volgende selectiecriteria: een studieachtergrond in sociaal werk (maatschappelijk werk of sociaalpedagogische hulpverlening) en minimaal vijf jaar werkervaring in het sociaal domein (de buurtteams bestaan pas sinds 2015). De uiteindelijke respons voldeed aan de criteria. Sociaal werkers en teamleiders zijn vervolgens benaderd via e-mail namens de Hogeschool Utrecht. Vier aanvullende respondenten zijn benaderd via een sociaal werker met wie contact was gezocht na verwijzing door een geïnterviewde teamleider.

Er zijn acht teamleiders benaderd via e-mail. Daarop kwam er een positieve respons van vijf teamleiders, van wie er uiteindelijk vier bereid waren tot een interview. Van de overgebleven drie kwam geen respons. Uiteindelijk zijn vier teamleiders afkomstig uit vier buurtteams geïnterviewd. Er zijn zeventien uitvoerend sociaal werkers benaderd; van dertien kwam een positieve respons. Twee hadden geen tijd voor een interview, één was niet bereid tot een interview, van één kwam er geen respons en één was ziek op de dag van het interview. Daarom zijn er uiteindelijk twaalf sociaal werkers uit negen buurtteams geïnterviewd. In totaal is gesproken met zestien respondenten van tien verschillende buurtteams.

Interviews sociaal werk teamleiders

Respondent	Leeftijdscategorie	Opleiding sociaal werk	Werkervaring sociaal werk	Datum interview
Teamleider 1	30-40 jaar	Maatschappelijk werk	10-15 jaar	november 2017
Teamleider 2	50-60 jaar	Maatschappelijk werk	25-30 jaar	november 2017
Teamleider 3	40-50 jaar	Maatschappelijk werk	20-25 jaar	november 2017
Teamleider 4	50-60 jaar	Maatschappelijk werk	25-30 jaar	december 2017

Interviews sociaal werkers

Respondent	Leeftijdscategorie	Opleiding sociaal werk	Werkervaring sociaal werk	Datum interview
Sociaal werker 1	30-40 jaar	Maatschappelijk werk	10-15 jaar	november 2017
Sociaal werker 2	30-40 jaar	Maatschappelijk werk	10-15 jaar	november 2017
Sociaal werker 3	30-40 jaar	Maatschappelijk werk & Master Social Work	10-15 jaar	november 2017
Sociaal werker 4	40-50 jaar	Maatschappelijk werk	15-20 jaar	november 2017
Sociaal werker 5	20-30 jaar	Maatschappelijk werk	10-15 jaar	november 2017
Sociaal werker 6	20-30 jaar	Maatschappelijk werk	5-10 jaar	november 2017
Sociaal werker 7	40-50 jaar	Sociaal pedagogische hulpverlening	20-25 jaar	november 2017
Sociaal werker 8	30-40 jaar	Maatschappelijk werk	10-15 jaar	november 2017
Sociaal werker 9	40-50 jaar	Sociaalpedagogische hulpverlening	20-25 jaar	december 2017
Sociaal werker 10	30-40 jaar	Maatschappelijk werk	10-15 jaar	januari 2018
Sociaal werker 11	50-60 jaar	Maatschappelijk werk	25-30 jaar	januari 2018
Sociaal werker 12	30-40 jaar	Maatschappelijk werk & Master Social Work	10-15 jaar	januari 2018

3.2 DATAVERZAMELING

Met de respondenten zijn semigestructureerde interviews van 60 tot 75 minuten gehouden langs de volgende thema's: de eigen taak of rol binnen het buurtteam, de handelingsruimte als professional, het regelen van zorg voor de cliënt, de (nieuwe) taken van een buurtteam, de nodige competenties om te kunnen werken binnen een buurtteam, en de verhouding tot de gemeente en andere zorgorganisaties. Aan elke respondent zijn daarnaast dezelfde drie casussen voorgelegd met de vraag of dergelijke casussen voorkomen in de praktijk en hoe er zou worden gehandeld in een dergelijke situatie. Alle casussen gaan over een belemmering in de toegang tot zorg. De eerste casus betrof de eigen bijdrage als belemmering, de tweede ging over weigering van zorg door een specialistische organisatie en de derde beschreef een situatie van iemand met meervoudige problematiek die meer zorg nodig heeft.

Zes van de zestien interviews zijn afgenomen door meerdere onderzoekers, de overige door één onderzoeker. Van de interviews zijn audio-opnames gemaakt met toestemming van de respondent, met uitzondering van het interview met teamleider 1, waarbij de opnameapparatuur haperde; van dit interview zijn aantekeningen gemaakt. De opgenomen interviews zijn getranscribeerd. De interviews met teamleiders 2-4 en sociaal werkers 1-9 zijn volledig getranscribeerd. De interviews met sociaal werkers 10-12 zijn getranscribeerd op hoofdlijnen na de eerste analyse.

3.3 DATA-ANALYSE

De data-analyse is uitgevoerd aan de hand van *grounded theory* (Charmaz, 2006), waarbij de getranscribeerde interviews de eerste ingang vormen voor de analyse. Eerst is geïnventariseerd welke belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning door de respondenten worden geconstateerd. Deze belemmeringen zijn geïdentificeerd door te kijken naar werksituaties en werkprocessen die respondenten omschrijven waarin cliënten minder of moeilijker toegang tot zorg verkrijgen. Omdat dit onderzoek uitgaat van belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning die de realisatie van verschillende mensenrechten negatief kunnen beïnvloeden, is hierbij specifiek gekeken naar belemmeringen die direct of indirect het gevolg zijn van lokale en nationale regelgeving en beleid.

Om de koppeling te kunnen maken met bestaande regelgeving en bestaand beleid, is gebruikgemaakt van bestaand onderzoek over belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein (zie Theoretisch kader 1.2.2). Daarnaast is door middel van documentenanalyse gecontroleerd of en hoe deze belemmeringen terug te vinden zijn in het gemeentebestuur en/of in onderzoeken naar de uitvoering van dat beleid. Vervolgens is voor elke belemmering bekeken op wat voor manier deze zich verhoudt tot de voorwaarden die op basis van mensenrechten worden gesteld aan publieke diensten (zie Theoretisch kader 1.2.1).

Op deze manier zijn vier belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning geïdentificeerd waarmee sociaal werkers en teamleiders in buurtteams in hun dagelijks werk te maken krijgen, en die mogelijk de realisatie beïnvloeden van het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Voor elke belemmering is daarna uitgezocht hoe de sociaal werkers en de teamleiders hiermee omgaan. Hiervoor is gekeken naar de handelwijze met betrekking tot de belemmeringen die respondenten omschrijven, oplossingen die respondenten ervoor aandragen, meningen die respondenten erover uiten, en interactie met de gemeente erover. Ten slotte is beoordeeld hoe de manieren waarop met de belemmeringen wordt omgegaan de realisatie van de relevante mensenrechten kunnen beïnvloeden, in het licht van de mensenrechtenvoorwaarden die worden gesteld aan publieke diensten.

4. BUURTTEAMS EN BELEMMERINGEN IN TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

Dit hoofdstuk behandelt de resultaten van het kwalitatieve onderzoek naar de verschillende belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning die sociaal werkers en teamleiders constateren in de praktijk. Vier afzonderlijke belemmeringen zoals geconstateerd door de respondenten worden omschreven, waarbij steeds eerst wordt gekeken naar de sociaal werkers en daarna naar de teamleiders. In de tussenconclusie wordt vervolgens geanalyseerd hoe deze belemmeringen mogelijk de realisatie beïnvloeden van het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid.

Uit de interviews kunnen vier belemmeringen worden geïdentificeerd waarmee sociale professionals te maken krijgen en die invloed kunnen hebben op de toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein. Deze belemmeringen kunnen worden teruggevoerd tot bestaande regelgeving en bestaand beleid. De eerste belemmering heeft te maken met de bezuinigingen in het sociaal domein. Hierdoor moeten buurtteams behoudend zijn in de doorverwijzing naar de specialistische zorg, en is er zorg bij de buurtteams terechtgekomen die eerder onder de specialistische zorg viel. De tweede belemmering betreft het zelfredzaamheidsideaal, dat niet altijd haalbaar blijkt in de praktijk. De derde belemmering wordt veroorzaakt door complexiteit in regelgeving waarin cliënten vastlopen. De vierde is inherent aan de verschillen in kennis bij sociaal werkers, waardoor willekeur kan ontstaan bij de inschatting en het besluit over de zorg of ondersteuning die iemand nodig heeft.

4.1 DE BEZUINIGINGEN

De decentralisaties in het sociaal domein gingen gepaard met bezuinigingen: in de praktijk moeten gemeentes zorg en ondersteuning realiseren met gemiddeld 16 procent minder budget (Rekenkamer Utrecht, 2017, p. 55; Raad voor het Openbaar bestuur, 2017, p. 35). Uit het beleid van de gemeente Utrecht kan worden opgemaakt dat de toegang tot de specialistische (ofwel: aanvullende) zorg is beperkt, om de 'financiële beheersbaarheid' van zorg en ondersteuning te bewaken (Gemeente Utrecht, 2014, p. 9). Hoewel de bezuinigingen niet letterlijk in het beleid worden vermeld, geeft de gemeente wel aan dat er 'beheersingsrisico's bestaan ten aanzien van geld', dat er bij de aanvullende zorg een 'kostenreductie' moet plaatsvinden en dat er bij de aanvullende zorg sprake is van een 'verdeling van schaarste' (Gemeente Utrecht, 2014, p. 17, 36). Daarbij is volgens de gemeente "de financiële haalbaarheid van het systeem sterk afhankelijk van de effectiviteit van de

buurtteams en de doorstroom naar de Aanvullende zorg" (Gemeente Utrecht, 2013, p. 43). Met het oog op 'financiële beheersbaarheid' zijn er belemmeringen ontstaan in de toegang tot specialistische zorg en ondersteuning. Deze belemmeringen werken twee kanten op. Aan de ene kant zijn veel cliënten die eerder specialistische zorg kregen, overgeheveld naar de buurtteams (Gemeente Utrecht, 2016, p. 4). Aan de andere kant moeten sociaal werkers behoudend zijn in het doorverwijzen naar de specialistische zorg (Gemeente Utrecht, 2014, p. 9).

Alle zestien respondenten benoemen deze twee belemmeringen in de toegang tot specialistische zorg en ondersteuning bij het omschrijven van de uitvoeringspraktijk van sociaal werkers en teamleiders in buurtteams. Hoewel uit het beleid kan worden opgemaakt dat de belemmeringen in de toegang tot specialistische zorg mede zijn ingegeven door kostenbesparing, leggen niet alle respondenten die link. Deze belemmeringen komen terug in alle interviews met zowel de sociaal werkers als de teamleiders. Slechts zes van de sociaal werkers (1, 4, 6, 9, 10, 11) maken echter een directe koppeling met de bezuinigingen. Zij geven bij het omschrijven van hun taken omtrent het regelen van zorg aan dat ze zich ervan bewust zijn dat dit wordt beïnvloed door bezuinigingen: 'Alle veranderingen zijn uiteindelijk natuurlijk bedoeld om te bezuinigen' (sociaal werker 4). 'Ik weet ook gewoon dat uiteindelijk Den Haag de opdracht aan de gemeentes heeft gegeven met driekwart van het oorspronkelijke budget' (sociaal werker 1). Deze sociaal werkers lijken zich bewust te zijn van het feit dat de bezuinigingen onderdeel zijn van de context waarin zij werken.

De belemmeringen in het doorverwijzen naar de specialistische zorg zijn inherent aan het werk van het buurtteam. De inschatting van wat nodig is aan zorg en ondersteuning valt niet altijd naadloos samen met wat er mogelijk is bij het regelen ervan in het sociaal domein. De sociaal werker speelt als poortwachter daarom een centrale rol in het samenbrengen van de vraag van de cliënt met het zorgaanbod in de gemeente. Tien sociaal werkers (1, 3-11) geven op verschillende manieren aan dit spanningsveld te ervaren.

In de eerste plaats krijgen buurtteams te maken met mensen die meer zorg gewend zijn, of meer zorg verwachten, dan er tegenwoordig kan worden geboden. 'Zo'n burger die heeft dan zoiets van: ik heb dit vier jaar lang gehad en nou krijg ik het niet meer' (sociaal werker 3). 'Mensen hebben vaak wel een bepaalde verwachting van wat er allemaal kan, wat er vanuit de Wmo mogelijk is [...], maar dat is vaak niet conform de werkelijkheid' (sociaal werker 9). Vervolgens moet de sociaal werker altijd op zoek naar de meest passende zorg, maar deze zorg moet tegelijkertijd wel het 'goedkoopst adequate' alternatief zijn:

De klant hoeft niet zo per se bezig te zijn met wie is de aanbieder, als het maar goed passend is. En dus wel de kritische vraag stellen van wat is er mogelijk binnen het eigen netwerk voordat het eh... ja zo idealistisch hoeven we ook niet te zijn: van eigen netwerk naar specialistische zorg is natuurlijk ook de stap die dunder wordt. Dus goedkoopst adequaat is wel degelijk iets wat daarin ook meespeelt. (sociaal werker 1)

De respondenten benoemen hierbij voornamelijk de noodzaak van het zoeken naar de 'meest passende zorg', waarbij altijd eerst moet worden gekeken naar mogelijkheden binnen 'het voorveld' – in de vorm van het eigen netwerk en vrijwilligers of ondersteuning door het buurtteam zelf – voordat kan worden doorverwezen naar de specialistische zorg. Twee respondenten (sociaal werkers 1, 9) geven aan dat het hierbij moet gaan om de 'goedkoopst adequate' oplossing. Deze term is terug te vinden in de Wmo-regeling van de gemeente, waar dit geldt als één van de algemene criteria voor de keuze van een persoonlijke maatwerkvoorziening (specialistische zorg):

Algemene criteria voor maatwerkvoorziening. [...] Tevens wordt hier bepaald dat wordt gekozen voor inzet van de goedkoopste adequate voorziening. Dit betekent dat uit alle voorzieningen die als adequaat worden beoordeeld de goedkoopste wordt verstrekt. (Verordening maatschappelijke ondersteuning Utrecht, 2016, Artikel 2.3.1)

Bij het zoeken naar de 'meest passende zorg' lijkt bovendien in de lucht te hangen dat er niet te veel moet worden doorverwezen naar de specialistische zorg. Hoewel de gemeente de indruk wekt dat dit een expliciete opdracht was aan de buurtteams, schijnt dit in het dagelijks werk meer impliciet aan de orde te komen (Gemeente Utrecht, 2015, p. 27).⁴ 'Het is niet zo dat ze zeggen, je mag niet doorverwijzen zoveel. Ik geloof wel dat het wordt bijgehouden' (sociaal werker 2). 'Ons team doet het wel goed daarin dus dan hebben wij er wat minder last van. Maar we hebben wel gehoord dat mensen teruggefloten zijn als er te veel naar aanvullende zorg [wordt doorverwezen]' (sociaal werker 6).

Die terughoudendheid in de doorverwijzing naar specialistische zorg wordt genoemd door één teamleider. Deze geeft expliciet aan dat dit in de gaten wordt gehouden door de gemeente:

4 Dit is eveneens terug te vinden in vacatures voor sociaal werkers en teamleiders waarin het buurtteam onder andere moet sturen op 'minder inzet van dure (Zelijns) interventies', geraadpleegd op <https://facilicom.nl/home?ct=wmdynamic&module=Wmmediamanager&mode=download§ion=2200&path=.&curfile=Vacature%20buurtteammedewerkers%20febr-2016.pdf> <https://facilicom.nl/var/downloads/var/mediamanager/files/uploads/Vacature%20buurtondernemer%2004.2016.pdf> (19 mei 2018).

Er wordt wel gekeken. Kijk, als mijn team en masse allemaal klanten doorstuurt naar de gespecialiseerde zorg, dan krijg ik daar wel vragen over, van hoe kan het nou dat je deze maand opeens dertig doorverwijzingen hebt? Is er wel de juiste afweging gemaakt? (teamleider 4)

De belemmering in de toegang tot specialistische zorg door de overheveling van cliënten van deze zorg naar de buurtteams, wordt genoemd door acht sociaal werkers (1, 3, 4, 6-10). Na de transitie in 2015 is iedereen met minder dan vier uur specialistische begeleiding onder de hoede geplaatst van een buurtteam. Deze overheveling is bewust door de gemeente in gang gezet en is daarom ook terug te vinden in het beleid: 'Circa 80 procent van de klanten zijn vanuit de aanvullende zorg overgedragen naar de buurtteams' (Gemeente Utrecht, 2016, p. 4). De zorg en ondersteuning voor deze mensen lijkt nog steeds een groot deel van het werk uit te maken van de buurtteams, met name in wijken met relatief veel mensen met psychiatrische problematiek. 'Er is vrij rigide overgedragen. Van nul tot vier uur moest allemaal naar het buurtteam, [maar] iemand met psychiatrische problematiek die is niet twee jaar later, sinds-ie bij het buurtteam zit, helemaal op orde' (sociaal werker 7). Dit betekent dat mensen die eerder terechtkonden bij de specialistische zorg hier nu geen toegang meer toe krijgen en in plaats daarvan zorg en ondersteuning krijgen van het buurtteam.

Deze belemmering wordt eveneens aangehaald door twee teamleiders (3, 4):

Je had woonbegeleiding, met name woonbegeleiding die tot dan toe door gespecialiseerde organisaties werd aangeboden. Daarvan werd een groot gedeelte overgedragen aan het buurtteam bij de start. [...] Als je naar de verhouding kijkt: iets van 20 procent van de woonbegeleiding werd dan voortgezet door de gespecialiseerde organisaties, maar zo'n 80 procent [...], moest over naar het buurtteam. (teamleider 4)

Naast terughoudendheid in doorverwijzen en de overheveling van cliënten naar de buurtteams bestaat er mogelijk nog een derde belemmering in de toegang tot specialistische zorg. In de literatuur komt verhoging van eigen bijdragen, mede ingezet vanwege bezuinigingen, voor als belemmering in de toegang tot zorg en ondersteuning (Nationale ombudsman, 2016, p. 36; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017, p. 15). De Utrechtse Cliëntenraad Wmo heeft signalen ontvangen dat de eigen bijdrage in Utrecht gelijksoortige belemmeringen oplevert (Cliëntenraad Wmo, 2016, p. 3). Uit de interviews ontstaat echter het beeld dat de eigen bijdrage als belemmering niet veel voorkomt, of in elk geval vanwege sociaal-economische verschillen tussen wijken niet in elke wijk veel. Respondenten wekken de indruk dat de eigen bijdrage in Utrecht niet zo hoog is dat het regelmatig een drempel opwerpt:

Zelf heb ik het zo niet meegemaakt, want de eigen bijdrage is natuurlijk ook heel erg afhankelijk van het inkomen. Er zijn wel mensen die afzien van specialistische begeleiding, puur alleen vanwege de eigen bijdrage. En wat doe je dan? Ja, dan kun je niet heel veel. Nou moet ik wel zeggen, de eigen bijdrage [...] kijk iemand met een lager inkomen betaalt hooguit 17,40 euro per maand, ongeacht wat ze aan specialistische dagbegeleiding hebben. (sociaal werker 4)

Het beeld dat de eigen bijdrage niet vaak problemen oplevert omdat deze inkomensafhankelijk is, wordt gedeeld door tien sociaal werkers (1-4, 6, 8-12). Twee sociaal werkers waren wel van mening dat de eigen bijdrage een problematische belemmering is in de toegang tot specialistische zorg. 'De eigen bijdrage is soms echt een beletsel voor mensen om specialistische hulp te willen hebben, of te aanvaarden, of nog te willen hebben. Ja absoluut' (sociaal werker 7). Mensen kiezen hierdoor voor de basiszorg van het buurtteam terwijl er eigenlijk specialistische zorg nodig is:

Heel veel mensen kiezen dan voor de basiszorg, maar eigenlijk weet je als buurtteam dat het niet passend is, er moet specialistische zorg. Maar degene kan het niet betalen of vindt het te veel. Wat doe je dan? Ik vind het wel een lastige. (sociaal werker 5)

Bij teamleiders lijkt de eigen bijdrage als belemmering niet op de agenda te staan. Alle teamleiders geven aan dat zij zich hier niet mee bezighouden en vermelden daarbij dat de uitvoerend sociaal werkers hierover vast meer kunnen vertellen:

Komt dat wel eens voor? Ja. Wat wordt er dan gedaan? Geen idee. Ik weet dat het voorkomt en de uitvoerende medewerkers kunnen vast het antwoord geven. (teamleider 2)

Dit wekt de indruk dat teamleiders problemen met de eigen bijdrage niet zien als structurele kwestie, maar als iets wat sociaal werkers in samenspraak met cliënten zelf dienen op te lossen.

De toegang tot specialistische zorg is onder andere beperkt met het oog op kostenbesparing. Dit kan opgemaakt worden uit zowel het gemeentebestuur als uit omschrijvingen van de buurtteamorganisatie (Gemeente Utrecht, 2014, p. 17, 36; Vermeulen, 2015, p. 27).⁵ De buurtteams fungeren hierin als goedkoper alternatief

5 Dit is eveneens terug te vinden in vacatures voor sociaal werkers en teamleiders waarin het buurtteam onder andere moet sturen op 'minder inzet van dure (Zelijns) interventies', geraadpleegd op <https://facilicom.nl/home?ct=wmdynamic&module=Wmmediamanager&mode=download§ion=2200&path=.&curfile=Vacature%20buurtteammedewerkers%20febr-2016.pdf> <https://facilicom.nl/var/downloads/var/mediamanager/files/uploads/Vacature%20buurtondernemer%2004.2016.pdf> (19 mei 2018).

voor, en toegangspoort tot, de specialistische zorg. Sociaal werkers constateren deze belemmering in de toegang tot specialistische zorg op verschillende manieren. Een deel van de cliënten die eerder specialistische zorg ontvingen krijgen nu ondersteuning van een buurtteam. Sociaal werkers krijgen daardoor te maken met cliënten die eerder specialistische zorg gewend waren en nu sociale basiszorg krijgen via het buurtteam. Daarnaast hebben buurtteams zelf een taak in het beperken van toegang tot specialistische zorg, doordat er bij de keuze voor de zorg moet worden uitgegaan van het goedkoopst adequate alternatief. Dit betekent dat sociaal werkers eerst moeten kijken naar het eigen netwerk van de cliënt, voorliggende voorzieningen en de zorg die kan worden geboden door het buurtteam voordat er kan worden gekeken naar mogelijkheden binnen de specialistische zorg. Deze belemmeringen betekenen niet dat mensen geen toegang meer hebben tot zorg en ondersteuning, maar wel dat de toegang tot specialistische zorg beperkter is dan voorheen. Dit hoeft geen probleem te zijn zolang mensen nog wel de zorg krijgen die ze nodig hebben. Het is niet duidelijk of de alternatieven voor de *specialistische* zorg hierin voldoen.

4.2 HET ZELFREDZAAMHEIDSIDEAAL

Volgens het beleid van de gemeente bepaalt de mate van zelfredzaamheid van een persoon de toegang tot zorg en ondersteuning (Van Cadsand *et al.*, 2013, p. 28).⁶ Het uitgangspunt van zelfredzaamheid hoeft op zichzelf geen belemmering te vormen in de toegang tot zorg of ondersteuning. In het beleid komt zelfs terug dat afnemende of beperkte zelfredzaamheid een reden is om toegang te verlenen tot zorg en ondersteuning (Van Cadsand *et al.*, 2013, p. 16, 22). Het wordt pas een belemmering als mensen geen of minder toegang tot zorg en ondersteuning krijgen omdat hun zelfredzaamheid wordt overschat. De Utrechtse Rekenkamer heeft al wel aangegeven dat er voor mensen met ernstige beperkingen die zelfstandig thuis wonen 'soms een groter beroep wordt gedaan op hun eigen kracht dan zij aankunnen' (Rekenkamer Utrecht 2017, p. 12). Hoewel de respondenten dit risico voor deze en andere groepen niet expliciet noemen, is het uit de interviews wel duidelijk dat sociaal werkers op zoek zijn gegaan naar hoe ze zich het beste kunnen verhouden tot het 'zelfredzaamheidsideaal'.

Het uitgangspunt van zelfredzaamheid wordt aangehaald door zeven sociaal werkers (sociaal werkers 1, 3, 4, 5, 7, 8, 12). Hierin komt naar voren dat de beleidsvisie van 'eigen kracht' en 'zelfredzaamheid' niet altijd aansluit op wat haalbaar is in de praktijk:

6 In het verleden werd hiervoor door buurtteams de zelfredzaamheidsmatrix gebruikt. Respondenten gaven aan dat deze niet meer gebruikt wordt en dat er ten tijde van de interviews een nieuwe tool in ontwikkeling was.

Dat je daar toch wel een visie vanuit de gemeente hebt. Heel duidelijk de burgers zelfredzamer maken [...] en dan heb je de klant en moet je kijken wat haalbaar is. Zo zie ik het meer. Want je kan het allemaal mooi roepen, maar het is ook echt naar het individu kijken. (sociaal werker 5)

‘Dat zelfredzaamheidsideaal is gewoon niet zo. Niet iedereen is zelfredzaam en iedereen kan door het ijs zakken, dat hoort een beetje bij het leven’ (sociaal werker 12). Deze uitspraken wekken de indruk dat sociaal werkers een duidelijke eigen mening hebben over de haalbaarheid van het ideaal dat iedereen tot op zekere hoogte kan worden aangesproken op zelfredzaamheid.

Eén van de teamleiders (4) bespreekt zelfredzaamheid. Deze teamleider is met name positief over het effect hiervan op cliënten omdat het mensen minder afhankelijk maakt van zorg. Hierbij wordt wel opgemerkt dat zorg gericht op het vergroten van zelfredzaamheid niet per definitie goedkoper is.

De uitspraken van de respondenten over zelfredzaamheid doen vermoeden dat de uitvoerend sociaal werkers in buurtteams weinig aansluiting vinden bij het ‘zelfredzaamheidsideaal’ van de gemeente, waarbij een groot beroep wordt gedaan op de ‘eigen kracht’ van cliënten. Dit zou aan de ene kant kunnen betekenen dat zelfredzaamheid vooral op papier een belemmering kan vormen in de toegang tot zorg, maar dat dit meevalt in de praktijk van de buurtteams. Aan de andere kant maakt dit de toegang tot zorg wel afhankelijk van hoe een individuele sociaal werker zelfredzaamheid interpreteert. In de interviews komt niet duidelijk naar voren dat het zelfredzaamheidsideaal voor de toegang tot zorg nadelig kan uitpakken als er meer van mensen in een kwetsbare positie wordt verwacht dan ze in de werkelijkheid aankunnen. Uit de resultaten kan daarom niet worden opgemaakt in hoeverre de sociaal werkers zich bewust zijn van dit risico in hun beoordeling van zelfredzaamheid.

4.3 COMPLEXITEIT IN REGELGEVING

Complexe regelgeving waar cliënten in vastlopen is een terugkerend thema in de interviews. Sociaal werkers lijken dit te beschouwen als vanzelfsprekend onderdeel van het werk: *‘Dat mensen soms geen bal meer ervan snappen van hoe alles is geregeld qua regelgeving. Dat is 30 procent van mijn werk. En dat je dan mensen bijstaat om gewoon mee te kunnen blijven draaien’* (sociaal werker 1).

Vanuit de gemeente heb je nog heel veel wetjes regels en mensen moeten aan dit voldoen en dat voldoen. Het werkt niet altijd voor klanten. Dan hebben wij op zich nog wel lijntjes met de gemeente om dingen beter uit te kunnen leggen. (sociaal werker 4)

De complexe regelgeving die respondenten in dit kader omschrijven heeft over het algemeen echter niet direct te maken met toegang tot zorg en ondersteuning. De lastige regelgeving die wordt aangehaald gaat meestal over moeilijkheden bij het verkrijgen van een bijstandsuitkering of de verstrekkende gevolgen van schulden. Wat betreft toegang tot zorg en ondersteuning bestaat er wel ingewikkelde regelgeving die een belemmering kan zijn; met name de onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz kunnen een belemmering vormen voor mensen met meervoudige problematiek. Hoewel deze belemmering expliciet naar voren komt in bestaand onderzoek (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017 p. 29; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017, p. 14) wordt deze slechts genoemd door twee respondenten: één sociaal werker (1) en één teamleider (3). De teamleider omschrijft deze belemmering als voorbeeld van een onderwerp waarover wordt gesproken met de gemeente: 'Soms zijn er doelgroepen waar bijvoorbeeld geen aanbod voor is. Een hot item is het grijze gebied tussen de Wmo en de Wlz, en wat hoort nou waar' (teamleider 3).

De sociaal werker omschrijft deze belemmering met een voorbeeld van mensen met een dwarslaesie die zorg nodig hebben, wat onder de verschillende wetten kan vallen:

Dat zijn mensen die maar een paar vingers kunnen bewegen maar nog wel helemaal koppie-koppie zijn. [...] De ondersteuning van [semi-zelfstandige woningen] valt onder de Wlz. Maar omdat die mensen zelfregie hebben – hierboven werkt alles top – daardoor valt niet alles onder de Wlz. Zodra zij een voet buiten de deur zetten vervalt die Wlz-zorg. En dan wordt het ineens begeleiding. Op dat moment moeten zij voor alles wat ze buiten de deur willen gaan doen bij ons aankloppen. Maar op het moment dat iemand ook verpleegkundige zorg buiten de deur nodig heeft, dan is het weer geen Wmo. Dus dat soort mensen vallen onder drie – drie! – wetten. Dus die moeten voor drie wetten iedere keer weer gesprekken voeren. Dan moeten ze iedere keer weer opnieuw beoordeeld worden. Die hebben bijna een dagtaak alleen al aan dat soort dingen. En vervolgens moeten ze die zorg dus bij elkaar zien te krijgen. (sociaal werker 1)

Uit dit voorbeeld blijkt dat de toegang tot zorg en ondersteuning niet alleen kan worden bemoeilijkt door onduidelijk grenzen tussen de Wmo en Wlz, maar ook door de tijd en moeite die het kost voor cliënten om zorg te regelen die onder verschillende wetten valt. Wanneer een persoon met meervoudige problematiek zorg nodig heeft die onder de Wmo de Wlz en mogelijk ook de Zorgverzekeringswet valt, dan moet voor elke soort zorg een andere instantie worden aangesproken. Wat hierbij opvalt is dat zelfs (of juist) personen met meervoudige problematiek zoals een dwarslaesie, waarbij het duidelijk mag zijn dat langdurige zorg noodzakelijk is, met deze belemmering te maken kunnen krijgen.

4.4 DE KENNIS VAN DE GENERALIST

De gemeente Utrecht heeft vanaf het begin aangestuurd op buurtteams bestaand uit 'hoogwaardige generalistische' sociaal werkers (Cadsand et al., 2013, p. 10). Uit het beleid van de gemeente valt op te maken dat de sociaal werkers een centrale rol vervullen in 'realisatie van kwalitatieve en betaalbare ondersteuning en zorg' en dat daar 'hoogwaardige generalistische professionals' voor nodig zijn (Cadsand et al. 2013, p. 7). Dit beleid wordt door een respondent als volgt geformuleerd:

Aanvankelijk was natuurlijk bedacht op papier van, iedereen moet gewoon alles kunnen, en dan ook nog op een hoog niveau. Want uiteindelijk wil je natuurlijk iedereen kwaliteitszorg kunnen bieden. Want de problemen die er liggen zijn wel van een hoog niveau. (sociaal werker 10)

Twaalf respondenten (sociaal werkers 1-12) geven aan dat er in de praktijk tussen de sociaal werkers verschillen bestaan in ervaring met, en kennis over, de diverse doelgroepen en problematieken waarmee een buurtteam te maken krijgt. Een sociaal werker kan onmogelijk alles weten van de verschillende zorgbehoeftes waarmee mensen bij een buurtteam aankloppen. Dit kan op twee manieren een belemmering vormen voor de toegang tot zorg en ondersteuning. Ten eerste kan het gebeuren dat sociaal werkers bepaalde problematieken niet herkennen en daardoor een onjuiste inschatting maken van iemands zorgbehoefte. Ten tweede kan een sociaal werker die meer ervaring heeft met een bepaalde problematiek terughoudender zijn in het doorverwijzen naar de specialistische zorg dan een collega die er geen of weinig ervaring mee heeft. In plaats van door te verwijzen naar de specialistische zorg leveren de sociaal werkers met meer ervaring dan zelf de zorg. De groepen die sociaal werkers in deze context noemen zijn mensen met niet-aangeboren hersenletsel, mensen met een licht verstandelijke beperking en mensen met een (zware) psychiatrische aandoening. Een sociaal werker legt uit wat deze diversiteit in kennis en ervaring inhoudt in de praktijk:

Dit is een generalistisch team met mensen van allemaal achtergronden. En er wordt wel verwacht dat je ineens een soort basiskennis van al die verschillende problematiek hebt. En dat is vaak heel erg moeilijk. [...] Dat houdt in dat het heel erg van de medewerker afhankelijk is en van het team wat voor zorg de klant kan krijgen. (sociaal werker 1)

Omdat mensen bij een buurtteam binnenkomen zonder dossier, is het aan de sociaal werker om op basis van wat hij/zij ziet een inschatting te maken van wat voor zorg en ondersteuning ze mogelijk nodig hebben. 'Alles wat je hebt aan bagage is mooi meegenomen om een goede inschatting te maken van een situatie' (sociaal werker 5). Respondenten geven aan dat de eigen bagage niet altijd voldoende is om bepaalde problematiek te herkennen. Een respondent gaf het voorbeeld van niet-aangeboren hersenletsel:

Het is niet altijd te herkennen. [...] Soms gebeurt het dat mensen met begeleiding van ons in dezelfde fouten vervallen of afhaken. Voordat onderkend wordt: dit is toch iemand waar veel meer aan de hand is. (sociaal werker 9)

Aan de andere kant kunnen sociaal werkers die veel ervaring hebben met een bepaalde problematiek juist langer wachten voordat ze iemand doorverwijzen naar de specialistische zorg. 'Het kan ook een valkuil zijn voor mij, dat ik bijvoorbeeld ervaring heb met niet-aangeboren hersenletsel, dus bepaalde dingen mogelijk wel inzet, terwijl de vraag is: kunnen wij dat als buurtteam, niet ik als persoon' (sociaal werker 8). Een bijkomend probleem is dat sociaal werkers die voorheen in een specialistische organisatie werkten deze kennis kwijtraken wanneer ze langer werkzaam zijn als generalist:

Wat nu binnen ons team ook wel een beetje speelt is dat je een beetje de expertise kwijtraakt. Voorheen, degene die uit de ouderenzorg kwam, die hadden daar hun contactjes, die hadden daar alle kennis, die wisten dat. Ik uit de psychiatrie. En op een gegeven moment verwatert dat allemaal. (sociaal werker 4)

Twee teamleiders (2, 3) bespreken de gevolgen van de verschillen in kennis tussen sociaal werkers voor de toegang tot zorg en ondersteuning. Beide teamleiders lijken goed op de hoogte van deze belemmering. Zo geeft een teamleider aan dat verschillen in kennis ook binnen zijn buurtteam spelen:

En dan kun je je misschien wel voorstellen dat iemand die jarenlang met lvb'ers [mensen met een licht verstandelijke beperking] heeft gewerkt bij een beoordeling van een indicatie-aanvraag over een lvb'er langer kan zeggen van: maar dat kan ik zelf wel. En dat geldt voor de psychiatrie... en waar je natuurlijk naartoe moet is dat je ongeveer een gemene deler krijgt. Dat je bedenkt: ik met mijn specialistische achtergrond zou die klant wel kunnen begeleiden, maar zou mijn collega die uit een compleet ander werkveld komt, zou die dat ook kunnen? Daar moet je eigenlijk naartoe. (teamleider 3)

De samenstelling van een buurtteam en de specifieke ervaring en kennis van een sociaal werker lijken van invloed te zijn op wat voor zorg en ondersteuning iemand uiteindelijk krijgt. Met name mensen die juist vanwege hun problematiek moeilijker zelf aan kunnen geven wat nodig is, lopen zo het risico meer moeite te ervaren bij de toegang tot zorg en ondersteuning. Buurtteams lijken zich hiervan bewust te zijn.

4.5 TUSSENCONCLUSIE

Respondenten constateren vier belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning die kunnen worden herleid tot bestaande regelgeving en bestaand beleid. Ten eerste zijn mede vanwege de bezuinigingen belemmeringen ontstaan in

de toegang tot specialistische zorg. Daarnaast kan de nadruk op zelfredzaamheid een belemmering vormen in de toegang tot zorg en ondersteuning wanneer die zelfredzaamheid hoger wordt ingeschat dan werkelijk het geval is. Vervolgens kunnen er belemmeringen ontstaan in toegang tot zorg vanwege onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz. Ten slotte kunnen verschillen in kennis en vaardigheden tussen sociaal werkers leiden tot belemmeringen in de toegang tot zorg door de manier waarop zorgbehoeftes worden herkend en beoordeeld. Alle vier de belemmeringen kunnen op bepaalde manieren invloed hebben op de realisatie van het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en/of op sociale zekerheid wanneer wordt uitgegaan van de mensenrechtenvoorwaarden die worden gesteld aan publieke diensten. Op grond van deze voorwaarden moeten publieke diensten beschikbaar, toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit zijn (1.2.1 Theoretisch kader). In deze tussenconclusie wordt bekeken hoe de vier belemmeringen de realisatie van deze mensenrechten mogelijk beïnvloeden, uitgaande van deze voorwaarden. Omdat dit een analyse is van de belemmeringen zoals geconstateerd door de respondenten, kunnen mogelijke risico's voor mensenrechtenrealisatie alleen worden ingeschat.

Mede vanwege bezuinigingen in het sociaal domein is de toegang tot specialistische zorg beperkt door zorg van specialistische organisaties over te hevelen naar buurtteams, en door de buurtteams te laten fungeren als toegangspoort tot de specialistische zorg. Dit zijn geen belemmeringen in toegang die op zichzelf mensenrechtenrealisatie in de weg staan. Mensenrechten vereisen niet per definitie dat iedereen recht heeft op *specialistische* zorg en ondersteuning. Het gaat erom dat mensen kwalitatief goede zorg en ondersteuning kunnen krijgen die op basis van hun individuele situatie noodzakelijk is. Er ontstaan daarom pas risico's voor mensenrechtenrealisatie wanneer zou blijken dat de alternatieven voor specialistische zorg hieraan niet voldoen, of wanneer noodzakelijke specialistische zorg niet langer (voldoende) beschikbaar blijkt. Uit de omschrijvingen van de belemmeringen van de respondenten kan dit niet voldoende worden opgemaakt. De resultaten suggereren wel dat de eigen bijdrage een belemmering kan vormen in de toegang tot zorg, hoewel sociaal werkers van mening lijken te verschillen over de omvang van dit probleem. Wanneer de eigen bijdrage iemand ervan weerhoudt gebruik te maken van noodzakelijke zorg, kan dit de mensenrechtenvoorwaarde van betaalbaarheid van diensten in de weg zitten. Deze voorwaarde zou nog meer worden ondermijnd als zou blijken dat de eigen bijdrage structureel of voor specifieke groepen een te hoge drempel opwerpt in de toegang tot zorg en ondersteuning.

Zelfredzaamheid kan een belemmering vormen in de toegang tot zorg en ondersteuning wanneer individuen onvoldoende zorg krijgen omdat hun zelfredzaamheid wordt overschat. Het voornaamste risico voor mensenrechtenrealisatie ligt erin dat toegang tot zorg hierdoor wordt bemoeilijkt voor mensen in een kwetsbare positie. Dit zou ingaan tegen de voorwaarde

van toegankelijkheid zonder discriminatie. Hoewel dit risico niet direct door respondenten wordt geconstateerd, komt het wel terug in een recent onderzoek van de Utrechtse Rekenkamer (Rekenkamer Utrecht, 2017). De belemmering in toegang die wordt veroorzaakt door onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz brengt hetzelfde risico voor mensenrechtenrealisatie met zich mee. Omdat juist mensen met meervoudige problematiek vastlopen in de regelgeving, komt toegankelijkheid op basis van non-discriminatie in de knel. Gelijksortige risico's ontstaan vanwege de verschillen in kennis van generalistische sociaal werkers. Wanneer een sociaal werker bepaalde problematieken niet herkent door gebrek aan kennis of ervaring, kan dit nadelig uitpakken voor specifieke groepen die hun zorgbehoeftes niet goed zelf kunnen aangeven. Respondenten geven aan dat dit risico met name voorkomt bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel, een licht verstandelijke beperking of een (zwarte) psychiatrische aandoening. Behalve het feit dat dit toegankelijkheid zonder discriminatie negatief beïnvloedt, raakt dit ook de mensenrechtenvoorwaarden die worden gesteld aan de kwaliteit van publieke diensten. Onderdeel van goede kwaliteit is namelijk dat de professionele kennis en vaardigheden voldoende zijn om goede zorg en ondersteuning te kunnen leveren.

De geconstateerde belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning kunnen zowel afzonderlijk als in combinatie mensenrechtenrealisatie beïnvloeden. Zo kunnen de risico's inherent aan de nadruk op zelfredzaamheid versterkt worden door de verschillen in kennis en ervaring tussen sociaal werkers, omdat de interpretatie van zelfredzaamheid daarvan zal afhangen. Het belang van kostenbesparing kan in combinatie met het zelfredzaamheidsideaal en ingewikkelde regelgeving extra drempels opwerpen in de toegang tot zorg voor specifieke groepen. Tezamen kunnen de belemmeringen zo een nadelige invloed hebben op de aanvaardbaarheid van zorg en ondersteuning. Deze mensenrechtenvoorwaarde stelt dat er bij de invulling en uitvoering van publieke diensten rekening moet worden gehouden met de specifieke behoeftes van verschillende groepen. De mogelijke drempels in de toegang tot zorg die deze belemmeringen opwerpen voor mensen met specifieke zorgbehoeftes, kan betekenen dat de manier waarop zorg nu wordt geregeld onvoldoende aansluit op bepaalde groepen. De invloed van de verschillende belemmeringen op elkaar en de consequenties daarvan voor specifieke groepen, worden niet geconstateerd door de respondenten.

Belemmeringen in de toegang tot zorg die voortkomen uit beleid en regelgeving kunnen op zichzelf risico's met zich meebrengen voor de realisatie van specifieke mensenrechten. De manier waarop professionals omgaan met deze belemmeringen heeft echter ook invloed op de uitwerking van deze risico's in de praktijk. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de manieren waarop sociaal werkers en teamleiders omgaan met de vier geconstateerde belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning. De daaropvolgende tussenconclusie zal wederom bekijken wat dit kan betekenen voor mensenrechtenrealisatie.

5 BUURTTEAMS EN DE ONGANG MET BELEMMERINGEN IN TOEGANG TOT ZORG EN ONDERSTEUNING

De sociaal werkers in een buurtteam moeten constant een balans vinden tussen de zorg die zij zelf nodig achten en de zorg die sinds de bezuinigingen in de praktijk mogelijk is. Daarbij moeten ze omgaan met de eigen beperkte kennis en ervaring als generalist, en daarin het risico van willekeur in de toegang tot zorg zo veel mogelijk tegengaan. In dit alles heeft de sociaal werker ook te maken met complexiteit in regelgeving en de praktische haalbaarheid van het zelfredzaamheidsideaal. De respondenten omschrijven verschillende manieren waarop met deze belemmeringen wordt omgegaan. Grofweg kan worden gesteld dat ze de belemmeringen veelal oplossen in de eigen uitvoering, en minder via contact met de gemeente. In dit hoofdstuk zijn de diverse manieren van omgang met de vier geïdentificeerde belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning uitgewerkt. Daarbij is eerst gekeken naar de handelwijze van sociaal werkers en vervolgens naar die van de teamleiders. In de tussenconclusie wordt ingegaan op hoe de omgang met deze belemmeringen mogelijk de realisatie van de relevante mensenrechten beïnvloedt.

5.1 OMGAAN MET DE BEZUINIGINGEN

De bezuinigingen, en daarmee de belemmeringen in de toegang tot specialistische zorg, bepalen in grote mate de context waarbinnen buurtteams moeten werken. Sociaal werkers omschrijven drie manieren waarop hiermee wordt omgegaan. In de eerste plaats lijken ze de gevolgen van de bezuinigingen te accepteren als de nieuwe werkelijkheid waartoe ze zich moeten verhouden. Tegelijkertijd ontwikkelen sociaal werkers strategieën om hiermee om te gaan in het contact met de cliënt enerzijds en bij het regelen van zorg voor de cliënt anderzijds. Ten slotte noemen zowel sociaal werkers als teamleiders manieren waarop hiermee kan worden omgegaan in contact met de gemeente.

De belemmeringen in de toegang tot specialistische zorg lijken door acht respondenten te worden gezien als nieuwe status quo waarmee sociaal werkers in buurtteams moeten leren omgaan. Deze sociaal werkers (1, 3, 4, 7, 8, 10, 12) doen dat door de voordelen ervan in te zien, of door het niet te zien als probleem. 'Je merkt het [de bezuinigingen], maar ik kan mij er wel in vinden' (sociaal werker 4). 'Goedkoopst adequaat is wel degelijk iets wat [bij het regelen van zorg] meespeelt. Maar waarvan ik denk: dat hoeft elkaar niet te bijten. Dat hoeft helemaal geen probleem te zijn' (sociaal werker 1). De laagdrempeligheid en de brede en flexibele

inzetbaarheid van de buurtteams ten opzichte van de specialistische zorg worden hierbij met name genoemd als voordeel:

Het voordeel van het buurtteam is: we hebben geen wachtlijsten. Er wordt van ons verwacht dat we meteen in kunnen springen. Dat komt ook omdat je voor ons geen indicatie nodig hebt; iemand heeft een vraag, je kan hem helpen. Hij zit bij het buurtteam, het gaat lange tijd goed, en hij loopt weer ergens tegenaan dat hij ook weer naar de desbetreffende medewerker kan van, ik loop hier tegenaan. Dat je hem eigenlijk ook meteen weer kan ondersteunen daarin. (sociaal werker 4)

Een respondent geeft daarbij aan dat de buurtteams goed in staat zijn om het gat te vullen in zorg en ondersteuning dat is ontstaan door de bezuinigingen:

Bijvoorbeeld [een zorginstelling] die kwam dan één keer in de maand langs. Ja, dat kunnen wij ook. Wij komen ook op huisbezoek, wij doen dezelfde dingen, en dat stukje specialisme dat hebben we dan bemand doordat we hier ook een team zijn met allemaal verschillende achtergronden. Dus dat heb je op die manier gedekt. En die aanvullende zorg, die hoeft dan eigenlijk niet meer. Die streep je dan weg. (sociaal werker 3)

Deze manier van omgaan met de bezuinigingen komt terug in het beleid op grond waarvan de sociaal werker de ruimte krijgt om zelf te 'doen wat nodig is' voor de cliënt (Gemeente Utrecht 2016, p. 9). Tegelijkertijd kan er uit de omschrijvingen van vier sociaal werkers (2, 3, 6, 9) worden opgemaakt dat ze nog zoekende zijn naar hoe ze het beste kunnen omgaan met de vrijheid om te bepalen wat nodig is voor de cliënt, terwijl deze vrijheid tegelijkertijd wordt beperkt door kostenbesparing:

De mensen krijgen inderdaad wel niet meer de zorg zoals ze het gewend zijn en soms is dat: is dat nou echt wat mensen echt nodig hebben of kunnen ze ook met minder? Is dat ook voldoende of doen we alleen met minder omdat het een geldkwestie is? Daar constant de balans in vinden. (sociaal werker 6)

Ondanks het feit dat sociaal werkers zich zo goed mogelijk lijken te schikken in de nieuwe werkelijkheid, hebben ze nog wel te maken met cliënten die specialistische zorg willen en/of nodig hebben. Hiermee gaan ze om door middel van verwachtingsmanagement richting de cliënt en een sterke onderbouwing van de noodzaak van specialistische zorg richting het buurtteam.

Hoewel sociaal werkers inmiddels vertrouwd zijn met de nieuwe manier van werken binnen de Wmo, moeten cliënten hier vaak nog aan wennen. Niet iedereen die bij een buurtteam aanklopt is er meteen van overtuigd dat het goed zou zijn om eerst te kijken naar het eigen netwerk en vrijwilligers, daarna naar de basiszorg van het

buurtteam, en pas daarna naar specialistische zorg. In hun contact met cliënten zien sociaal werkers zich daarom genoodzaakt om mensen in te lichten over de nieuwe gang van zaken. 'Door [cliënten] ook goed te informeren: dit is hoe het werkt, dit is de manier waarop we ernaar kijken en op deze manier gaan we met elkaar in gesprek' (sociaal werker 9). Dit verlangt een bepaalde houding van de sociaal werker die door vier respondenten (sociaal werker 2, 3, 6, 12) wordt verwoord als 'zakelijkheid':

Het is ook dat ik denk dat we een beetje meer naar de verzakelijking, dat het iets zakelijker aangepakt mag, van oké, ook wat terugleggen, van het is ook je eigen verantwoordelijkheid en wat heb je nodig om dat te kunnen dragen en hoe pak je dat dan aan. (sociaal werker 3)

Wanneer sociaal werkers inschatten dat iemand wel degelijk specialistische zorg nodig heeft, zijn er weer andere manieren waarop wordt omgegaan met de belemmeringen in toegang. Acht respondenten (sociaal werkers 1, 3, 4, 6-8, 10) omschrijven op soortgelijke wijze hoe zij hiermee omgaan. Ten eerste is het van belang dat je als sociaal werker het beleid, en de grenzen ervan, goed kent. 'Om uiteindelijk die klant het beste te helpen is het wel noodzakelijk dat je ook de kaders kent. Als je dat niet kent dan kun je ook de klant ernstig tekort doen. Dat wil ik niet hebben' (sociaal werker 1). Wie de kaders goed kent kan daar ook creatief mee omgaan om te zorgen dat iemand de zorg krijgt die nodig is. 'Zeggen de regeltjes dat je het niet via rechts kan, nou dan proberen we het wel links, om uiteindelijk een oplossing te vinden' (sociaal werker 4). Ten slotte is het nodig om dit goed te kunnen onderbouwen binnen de maatwerkcommissie van het buurtteam. 'Je moet gewoon erg goed kunnen beargumenteren waarom je vindt dat iets naar aanvullende zorg moet' (sociaal werker 6). Of iemand toegang krijgt tot specialistische zorg is daardoor mede afhankelijk van de kennis van de beleidsregels van een sociaal werker, en van de vraag in hoeverre de sociaal werker bereid is daar creatief mee om te gaan en hoe goed hij of zij dit kan verantwoorden binnen de beoordelende commissie van het buurtteam.

Een laatste manier van omgaan met de belemmerde toegang tot de specialistische zorg die terugkomt in de interviews is door erover in contact te treden met de gemeente. De onderwerpen die in dit kader met de gemeente worden besproken verschillen per respondent. Twee sociaal werkers (6, 10) noemen dat ze contact hebben met de gemeente over onderwerpen die te maken hebben met toegang tot specialistische zorg. Sociaal werker 10 geeft aan dat ze hierover zelf contact heeft met de gemeente en sociaal werker 6 geeft aan dat het contact loopt via de teamleider. Sociaal werker 10 vertelt dat ze doorlopend contact heeft met beleidsmakers over de grenzen van het beleid over persoonsgebonden budget. Sociaal werker 6 geeft aan dat de gemeente, via de teamleider, wordt ingelicht over de noodzaak van specialistische zorg voor specifieke groepen, zoals mensen

met niet-aangeboren hersenletsel, een licht verstandelijke beperking of een (zware) psychiatrische aandoening.

Hoewel de eigen bijdrage ook een belemmering kan opwerpen in de toegang tot specialistische zorg, lijken de sociaal werkers van mening dat hier niet zoveel aan te doen valt. Zowel de tien sociaal werkers die de eigen bijdrage niet als problematische belemmering ervaren (1-4, 6, 8-12), als de twee sociaal werkers die het wel een probleem vinden (5, 7), geven aan dat ze niet om de eigen bijdrage heen kunnen.

We doen er eigenlijk niet zoveel mee, omdat het standaardbedragen zijn. De eigen bijdrage wordt naar rato ingedeeld, dan kijken ze naar je inkomen. [...] Dit zijn de regels, hoe sneu het ook is. Dat is de boodschap die we geven. (sociaal werker 10)

Vijf sociaal werkers geven wel aan dat ze in sommige gevallen samen met de cliënt naar andere oplossingen zoeken in de vorm van fondsen, een aanvullende verzekering of een kritische blik op de financiën van de cliënt om te kijken of er toch nog ruimte is voor de eigen bijdrage.

De omgang met de bezuinigingen in het regelen van specialistische zorg voor cliënten komt bij de teamleiders niet aan de orde. Wanneer teamleiders spreken over de gevolgen van de bezuinigingen, gaat het met name over het contact hierover met de gemeente. Teamleider 2 noemt de noodzaak de gemeente te informeren over het ontbreken van voorzieningen in de wijk. Een andere (4) geeft aan dat het buurtteam invloed kan uitoefenen op de specialistische zorg die de gemeente inkoop: 'Kijk de gemeente koopt in, en we hebben invloed op wat de gemeente inkoop. Dus daar kunnen we invloed uitoefenen. Zou je dit meer kunnen inkopen, of dat je niet meer moet afnemen van deze aanbieder' (teamleider 4). Teamleider 3 is van mening dat het regelen van goede zorg voor mensen in de wijk een samenspel is tussen de gemeente, de specialistische zorg en de buurtteams:

Wij kunnen toch niet zonder die aanvullende zorg. Je bent dus echt op zoek naar het samen doen. Je hebt de gemeentelijk beleidsmedewerker, je hebt de specialistische organisaties, en ons. En daar gaan we elkaar vinden. Waar het om gaat is dat een burger goede zorg krijgt. Dat is volgens mij, en dat zie ik iedere dag, iets dat alle partijen wel willen. (teamleider 3)

Dit wekt de indruk dat de dagelijkse omgang met de belemmeringen in de toegang tot specialistische zorg vooral bij de uitvoerend sociaal werkers ligt. De teamleiders kijken meer overkoepelend naar het beschikbare aanbod van voorzieningen en gaan hierover in gesprek met de gemeente.

De manieren waarop sociaal werkers omgaan met de belemmerde toegang tot specialistische zorg door de bezuinigingen lijkt afhankelijk van de vraag met wie hierover wordt gecommuniceerd. Naar de onderzoekers toe geeft een meerderheid van de sociaal werkers aan dat ze zich wel kunnen vinden in de nieuwe situatie en dat basiszorg door het buurtteam ook voordelen heeft boven de duurdere specialistische zorg. Naar cliënten toe doen sociaal werkers aan verwachtingsmanagement over wat er tegenwoordig nog mogelijk is aan zorg en ondersteuning. Binnen het buurtteam zelf proberen verschillende sociaal werkers toegang tot de specialistische zorg voor elkaar te krijgen door creatief om te gaan met beleid. Met de gemeente onderhandelen sociaal werkers, en met name teamleiders, over de grenzen van het beleid en de noodzaak van specialistische zorg.

5.2 OMGAAN MET HET ZELFREDZAAMHEIDSIDEAAL

Zelfredzaamheid is een breed begrip dat op verschillende manieren kan worden toegepast en geïnterpreteerd. Zeven sociaal werkers (1, 3-5, 7, 8, 12) geven aan dat het zelfredzaamheidsideaal van de gemeente niet altijd haalbaar is in de praktijk. De manier waarop de respondenten daarmee omgaan, is voornamelijk door een eigen draai te geven aan het begrip zelfredzaamheid.

Ten eerste benadrukken deze zeven sociaal werkers dat het veel belangrijker is om naar het individu te kijken en een inschatting te maken van wat hij of zij kan, dan uit te gaan van zelfredzaamheid:

Ik heb allang het idee dat lang niet iedereen dat kan oppakken. Je maakt sowieso per klant de inschatting van zelfredzaamheid en of iets wel kan of niet kan. En als iemand het gewoon niet kan of niet lukt op dit moment dan is dat ook gewoon het uitgangspunt wat ik pak en niet zeg ja je moet het wel kunnen. Dat slaat nergens op. (sociaal werker 1)

Hierbij geven de sociaal werkers aan dat het begrip zelfredzaamheid heel breed kan worden ingevuld als per individu wordt uitgegaan van wat haalbaar is. Voor iemand kan zelfredzaamheid al zoiets kleins zijn als het aanbieden van een kopje thee (sociaal werker 7) of naar buiten gaan (sociaal werker 8) of bij het buurtteam durven vragen om hulp met een belangrijke brief (sociaal werker 5). Respondenten geven hierdoor naar eigen zeggen zelf een interpretatie van het begrip zelfredzaamheid:

In de praktijk: wat is zelfredzaamheid? [...] Dat wij daar nu zelf een eigen interpretatie aan geven en dat dat echt klantafhankelijk is en dat men echt niet in hele grote dingen moet denken maar in heel kleine stapjes zelfredzaamheid moet stimuleren. Het is maar net hoe je kijkt naar het begrip. (sociaal werker 5)

Wanneer op deze manier naar zelfredzaamheid wordt gekeken, zijn de respondenten positief over de gevolgen. Met het vergroten van zelfredzaamheid en het stimuleren van eigen kracht komen mensen er volgens de respondenten achter dat ze meer zelf kunnen dan verwacht:

Als je ernaast zit en ze doen het zelf zijn ze wel trots op zichzelf want ze hebben het zelf gedaan. Het trotse gevoel van de cliënt geeft zo ook wel weer eigen kracht waardoor ze ook al groeien. (sociaal werker 4)

Het 'vergroten van zelfredzaamheid' wordt eveneens door teamleider 4 besproken. Deze teamleider benoemt niet dat zijn medewerkers 'zelfredzaamheid' op een eigen manier interpreteren.

In tegenstelling tot de belemmeringen in toegang die het gevolg zijn van de bezuinigingen, kan er uit de interviews niet worden opgemaakt dat er met de gemeente wordt gesproken over de haalbaarheid van het zelfredzaamheidsideaal. Uitvoerend sociaal werkers lijken een eigen opvatting te hebben over zelfredzaamheid in de praktijk, maar geen van de respondenten noemt dat dit wordt ingebracht bij de gemeente.

5.3 OMGAAN MET COMPLEXITEIT IN REGELGEVING

De onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz, en de daarbij komende worsteling voor mensen met meervoudige problematiek die zorg moeten zien te regelen via verschillende stelsels, wordt door één sociaal werker (1) en één teamleider (2) geïdentificeerd als probleem. Beiden geven aan dat het buurtteam hieraan niets kan veranderen. De sociaal werker beschrijft hoe het buurtteam de nodige zorg zo goed en zo kwaad als het kan regelt binnen de huidige stelsels. De teamleider meldt dat dit probleem wel aangekaart is bij de gemeente, maar omdat het gaat om nationale wetgeving kan de gemeente het alleen maar doorgeven aan de centrale overheid in Den Haag:

Maar als je het hebt over Wlz, Wmo, dan hebben we een ander probleem. Dat is niet iets stedelijks, dat kan wel een tijdje duren voordat je daar iets in de weer krijgt. Maar dat het een probleem is dat wordt door veel gemeentes al erkend. [...] In de politiek moet daar dus wat veranderen. (teamleider 2)

In de tussentijd moeten de buurtteams het zien op te lossen met de huidige regelgeving en de nodige zorg proberen te regelen via de Wmo: 'Dan doen we het gewoon vanuit de Wmo. Of we doen het zelf of je vraagt aanvullende zorg' (teamleider 2).

De manier waarop met deze belemmering wordt omgegaan wekt de indruk dat buurtteams in geval van ingewikkelde (nationale) regelgeving weliswaar via de teamleider het probleem delen met de gemeente, maar dat er in het dagelijks werk met name wordt gezocht naar manieren om de bestaande regelgeving zo werkbaar mogelijk te maken. Het is hieruit niet duidelijk of sociaal werkers en/of teamleiders het ook als hun taak zien om knelpunten in regelgeving te signaleren.

5.4 OMGAAN MET GRENZEN AAN KENNIS ALS GENERALIST

Het feit dat sociaal werkers uit buurtteams niet alles kunnen weten van de problematieken van mensen die bij hen komen, en dat dit invloed kan hebben op de zorg die mensen krijgen, lijkt een aandachtspunt te zijn. Veertien respondenten, van wie twee teamleiders, omschrijven verschillende manieren waarop hiermee wordt omgegaan.

In de eerste instantie gaan sociaal werkers ermee om door zich bewust te zijn van de grenzen van hun kennis en zo nodig hulp in te roepen. Acht sociaal werkers geven aan dat ze hiervoor samenwerken met collega's binnen het buurtteam. 'Samen op huisbezoek. Kan jij eens kijken want ik snap dit gedrag niet? Nou dit past typisch bij dit en dit?' (sociaal werker 3). Kennis wordt tussen collega's gedeeld door samen bij cliënten langs te gaan en door vragen over een cliënt in te brengen bij casuïstiekbesprekingen. Dit lijkt de voornaamste manier waarop binnen buurtteams wordt omgegaan met gebrek aan individuele kennis en ervaring waardoor bepaalde zorgbehoeftes uit beeld kunnen blijven. Daarvoor is het belangrijk om te weten welke specialistische kennis en ervaring verschillende collega's in huis hebben:

Alleen je kan nooit een echte generalist zijn. Ik kan niet van alles wat weten. Ik moet wel weten waar ik het kan halen. Ik kom vanuit de psychiatrie, daar heb ik heel veel verstand van. Als het gaat om ouderen, daar heb ik minder kennis van. Ik weet wel welke collega ik daarvoor moet hebben. (sociaal werker 4)

Twee teamleiders geven aan dat zij deze onderlinge uitwisseling van kennis ook van hun medewerkers verwachten. 'Als je een casus hebt die je lastig vindt, dan vraag je een collega mee die meer kennis van zaken heeft' (teamleider 3). De teamleiders lijken een goed beeld te hebben van de risico's die gepaard gaan met gebrek aan kennis over specifieke doelgroepen en de noodzaak van samenwerking om dit zo veel mogelijk te ondervangen. Een teamleider geeft het voorbeeld van gedrag van iemand met een verstandelijke beperking dat zonder de nodige kennis verkeerd geïnterpreteerd kan worden:

Iemand kan bijvoorbeeld een verstandelijke beperking hebben. Maar die verbloemt dat door gewoon verbaal sterk [te doen] en alles af te houden en alles gezeik te vinden. Als je daar nooit mee te maken hebt gehad, dan denk je die heeft weerstand. Dat brengt iemand in casuïstiek, moet je horen, die heeft gezeik. Als er dan niemand is die een vraag stelt van: wat is zijn niveau? Waar komt dat afhoudende vandaan? En niet: die wil nu niet, sluiten we af. Dat zijn wel hele belangrijke ingrediënten. Hulp roepen, mee laten kijken. Samen op huisbezoek, samen op gesprek. (teamleider 2)

Een andere manier waarop met deze belemmering wordt omgegaan, is te erkennen dat een team van uitsluitend generalistische sociaal werkers niet het beste middel is om alle problematieken te herkennen van een heel diverse groep mensen in een wijk. Zoals door zeven sociaal werkers wordt omschreven zijn er daarom binnen de buurtteams allerlei manieren bedacht om specialismes te behouden of te creëren. Dit kan bijvoorbeeld door onder de sociaal werkers aandachtfunctionarissen te benoemen: zij houden informatie en kennis over een bepaald specialisme bij en delen die met de rest van het team. 'In elk team hebben we wel iemand die daar wat meer expertise op heeft, een aandachtfunctionaris. Daar hebben we al aan gewerkt, dat je [een bepaalde problematiek] in ieder geval weet te herkennen' (sociaal werker 9). Een andere manier is om thematische werkgroepen op te zetten in een buurtteam die zich richten op specifieke problematieken of soorten zorg en ondersteuning:

Het ideaal van: iedereen is op alle gebieden specialist, dat is ondertussen wel losgelaten, want dat is gewoon niet te doen. Dus wij zijn bij ons in het team bijvoorbeeld alweer groepjes aan het maken. Een aantal mensen die zich echt veel bezighouden met één ding en daarin ook alle vernieuwingen bijhouden. (sociaal werker 10)

De buurtteam-overstijgende commissies die bestaan om doorverwijzingen naar de aanvullende zorg te beoordelen, worden eveneens door vier sociaal werkers (2, 4, 7, 8) aangehaald als manier om verschillen in kennis te ondervangen. Hierbij gaat het er voornamelijk om dat er bij de afweging van de toegang tot specialistische zorg niet wordt uitgegaan van de individuele kennis en ervaring van een sociaal werker, maar van de kennis en ervaring van het buurtteam als geheel.

Deze manier van omgaan met verschillen in kennis staat eveneens bij een teamleider op de agenda:

Dat je bedenkt, ik met mijn specialistische achtergrond zou die klant wel kunnen begeleiden, maar zou mijn collega die uit een compleet ander werkveld komt, zou die dat ook kunnen? Daar moet je eigenlijk naartoe. Om te zorgen dat iedereen... eigenlijk zou het gewoon over te nemen moeten zijn.

Iemand anders zou dat moeten kunnen. En op het moment dat dat niet het geval is, dan zou je eigenlijk de specialistische zorg moeten inhuren.
(teamleider 3)

Deze manieren waarop intern wordt omgegaan met (gebrek aan) specialistische kennis en ervaring wekt de indruk dat de buurtteams het beleid van een team met 'hoogwaardig generalistische sociaal werkers' langzaam aan het loslaten zijn. Zowel de sociaal werkers als de teamleiders lijken hiervan doordrongen. De oplossingen die worden aangedragen richten zich vooral op interne werkprocessen binnen de buurtteams.

Naast de interne oplossingen bedachten de buurtteams, samen met de gemeente en zorgpartners, een manier om specialisten mee te laten kijken als een sociaal werker binnen het team twijfelt of specialistische zorg nodig is. Dit noemen respondenten het 'flexibel arrangement'. Hoewel de sociaal werkers dit arrangement vooral aanhalen als manier om makkelijker te kunnen samenwerken met de specialistische zorg, geven twee teamleiders (2, 3) aan dat dit ook dient om van specialistische kennis gebruik te kunnen maken.

Van alles moet je een beetje weten. Dat is veel. Op z'n minst weten waar je moet beginnen. En op z'n minst moet je weten wanneer je hulp in moet roepen. Je wilt niet dat mensen gedupeerd worden omdat jij nalatig was of enthousiast te veel hebt gedaan. Dus hulp inroepen bij collega's. We hebben sociaal raadslieden, er is een flexibel arrangement waarbij we uit de tweede lijn kunnen zeggen: willen jullie meelopen met ons. (teamleider 2)

Eén teamleider ziet dit als voorbeeld van goede samenwerking met de gemeente, waarbij beleidsmedewerkers via het buurtteam te weten komen wat er nodig is in de praktijk:

Zo'n flexibel arrangement is ook zo'n mooi ding. Dat is ook vanuit de praktijk ontstaan, met de vraag waar zit nou de grens, en weet jij het nou beter dan wij of... nee laten we nou samen kijken. Gaandeweg is dat ontstaan. (teamleider 3)

De manieren waarop wordt omgegaan met verschillende kennisniveaus binnen een buurtteam kunnen worden gezien als pogingen om het beleid van buurtteams bestaand uit generalisten werkbaar te maken in de praktijk, zonder dat mensen met een zorgbehoefte worden benadeeld. Aan de ene kant worden er verschillende manieren bedacht waarmee deels wordt afgeweken van dit beleid, aan andere kant wordt samen met de gemeente nagedacht over extra processen die nodig zijn om het beleid het gewenste effect te laten hebben in de praktijk.

5.5 TUSSENCONCLUSIE

Uit de resultaten kan worden opgemaakt dat sociaal werkers en teamleiders op verschillende manieren omgaan met de vier geïdentificeerde belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning. Op individueel cliëntniveau lijken belemmeringen door sociaal werkers te worden geaccepteerd, wordt beleid geherinterpreteerd of wordt gezocht naar alternatieve oplossingen. Binnen buurtteams worden door sociaal werkers samen met teamleiders nieuwe werkprocessen ingezet om beleid werkbaar te maken in de praktijk. Daarnaast wordt door zowel sociaal werkers als teamleiders contact gezocht met de gemeente om belemmeringen te agenderen, beleid te interpreteren of samenwerkingsprocessen te ontwikkelen.

De belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning brengen op zichzelf risico's met zich mee voor de realisatie van het recht op gezondheid, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Van de mensenrechtenvoorwaarden die worden gesteld aan publieke diensten worden met name getroffen: toegankelijkheid zonder discriminatie, betaalbaarheid van diensten, kwaliteit van diensten in de vorm van kennis van professionals, en aanvaardbaarheid van diensten in de zin dat er rekening wordt gehouden met behoeftes van verschillende groepen. De manieren waarop sociaal werkers en teamleiders omgaan met de belemmeringen kunnen invloed hebben op deze risico's. In deze tussenconclusie wordt hier op basis van de resultaten op gereflecteerd.

Alle vier de belemmeringen kunnen nadelig uitpakken voor de toegang tot zorg en ondersteuning zonder discriminatie. Dit betekent dat er een risico bestaat dat mensen worden benadeeld in hun toegang tot zorg vanwege bepaalde kenmerken zoals taal, sociaal-economische status, handicap of gezondheidsstatus. Dit risico lijkt inherent aan de onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz, de beperkingen in de toegang tot de specialistische zorg, de nadruk op zelfredzaamheid, en de verschillen in kennis tussen sociaal werkers. De grootte van dit risico kan afhangen van de manieren waarop met deze belemmeringen wordt omgegaan.

Dat de onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz moeilijkheden kunnen veroorzaken in de toegang tot zorg voor mensen met meervoudige problematiek, komt beperkt naar voren in de resultaten. De teamleider en sociaal werker die deze belemmering noemen geven aan dat de buurtteams hieraan niet veel kunnen veranderen. De teamleider meldt wel dat de gemeente van deze problemen op de hoogte is gesteld, maar is van mening dat hieraan alleen op nationaal niveau iets veranderd kan worden. De buurtteams lijken hiermee weinig invloed te hebben op deze belemmering, waardoor het risico van benadeling van mensen met meervoudige problematiek blijft voortbestaan.

Belemmeringen in de toegang tot specialistische zorg spelen een grotere rol binnen de buurtteams. De resultaten suggereren dat sociaal werkers zich zakelijk opstellen ten opzichte van de cliënt bij het bepalen van de noodzaak tot specialistische zorg. Dit uit zich in verwachtingsmanagement richting de cliënt, om aan te geven dat toegang tot specialistische zorg niet langer vanzelfsprekend is. Als een sociaal werker hierbij rekening houdt met de achtergrond van de cliënt, is er minder risico op benadeling dan wanneer een sociaal werker zich onvoldoende bewust is van de effecten van bijvoorbeeld de sociaal-economische status of beperkingen van de cliënt als het gaat om de communicatie over zorgbehoeftes. Ditzelfde risico kan ontstaan wanneer sociaal werkers de zelfredzaamheid van een cliënt bepalen. De resultaten wekken de indruk dat sociaal werkers rekening houden met verschillen tussen cliënten bij het regelen van zorg en het bepalen van zelfredzaamheid. Het is echter onvoldoende duidelijk welk type kenmerken van cliënten wordt meegenomen in besluiten. Ook is onvoldoende duidelijk of dit structureel wordt aangepakt binnen de buurtteams, of dat dit afhankelijk is van de individuele beoordeling van een sociaal werker.

De omschrijvingen van respondenten doen vermoeden dat binnen buurtteams wel op een structurele manier wordt omgegaan met verschillen in kennis tussen sociaal werkers. De verschillen in kennis en ervaring tussen sociaal werkers over problematieken en de daarbij behorende zorgbehoeftes, kunnen ertoe leiden dat mensen worden benadeeld in hun toegang tot zorg vanwege handicap of gezondheidsstatus. De resultaten suggereren dat binnen buurtteams verschillende maatregelen worden genomen om dit te ondervangen. Zo wordt van sociaal werkers verwacht dat ze samenwerken om kennis te delen, zijn er aandachtfunctionarissen aangewezen of thematische werkgroepen opgezet in buurtteams, worden aanvragen voor specialistische zorg beoordeeld binnen een interne commissie, en is er met behulp van de gemeente een flexibele samenwerking met de specialistische zorg om gebruik te kunnen maken van kennis en ervaring. Hoewel de effecten van deze maatregelen niet kunnen worden afgeleid uit de resultaten, wekt dit wel de indruk dat zowel sociaal werkers als teamleiders zich bewust zijn van dit risico en manieren proberen te vinden om het zo veel mogelijk te verkleinen.

De eigen bijdrage die cliënten moeten betalen voor verschillende soorten specialistische zorg kan als belemmering in de toegang tot zorg invloed hebben op de mensenrechtenvoorwaarde van betaalbaarheid. De gemeente heeft voor de eigen bijdrage inkomensafhankelijke bedragen vastgesteld. De resultaten doen vermoeden dat dit niet een belemmering is waarop sociaal werkers en teamleiders maatregelen nemen. Hoewel de respondenten deze belemmering constateren, geven sociaal werkers aan dat er niks kan worden veranderd aan de bedragen die de gemeente heeft bepaald. Dit lijkt ook duidelijke te worden gemaakt cliënten.

Teamleiders merken op dat ze het aan de sociaal werkers over laten om mogelijke problemen met de eigen bijdrage op te lossen. Enkele sociaal werkers omschreven mogelijke oplossingen in de vorm van fondsen of een kritische blik op de financiële mogelijkheden van de cliënt. Hiermee blijft de mogelijke belemmering van de eigen bijdrage bestaan, maar wordt er buiten het beleid om naar alternatieven gezocht.

De mensenrechtelijke voorwaarde van kwaliteit van publieke diensten komt met name aan de orde met betrekking tot de professionele kennis en vaardigheden van de sociaal werkers. Uit de resultaten komt dit het duidelijkst naar voren in de opmerkingen van de respondenten over de verschillen in kennis over, en ervaring met, de diverse problematieken waarmee mensen aankomen bij een buurtteam. Daarnaast blijkt uit de manier waarop sociaal werkers de omgang met de beperkte toegang tot specialistische zorg omschrijven dat het belangrijk is goede kennis te hebben van beleid en regelgeving om toegang tot specialistische zorg te kunnen regelen voor cliënten. Zowel de verschillen in kennis over problematieken als beperkingen in kennis over beleid en regelgeving, kunnen belemmeringen veroorzaken in toegang tot zorg en ondersteuning. Zoals hierboven omschreven lijken binnen buurtteams maatregelen te zijn genomen om verschillen in kennis te ondervangen. Uit de resultaten kan alleen worden opgemaakt dat deze maatregelen zijn bedoeld om gevolgen van verschillen in kennis met betrekking tot problematieken te verkleinen. De sociaal werkers noch de teamleiders geven aan of en hoe kennis over beleid en regelgeving wordt gewaarborgd binnen de buurtteams. De buurtteam-overstijgende commissies die zijn opgezet om aanvragen voor specialistische zorg te beoordelen, houden mogelijk rekening met gaten in kennis over beleid, maar dit blijkt niet uit de resultaten.

De diverse belemmeringen in de toegang tot zorg kunnen extra nadelig uitpakken voor mensen met specifieke zorgbehoeftes. Dit kan betekenen dat de manier waarop zorg wordt geregeld onvoldoende aansluit op de situatie van bepaalde groepen. Hiermee komt de mensenrechtelijke voorwaarde van aanvaardbaarheid van publieke diensten in het geding. Zowel de beperkingen in de toegang tot de specialistische zorg, de nadruk op zelfredzaamheid, de onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz, als de verschillen in kennis tussen sociaal werkers werpen belemmeringen op voor mensen in kwetsbare posities. Dit kunnen mensen zijn met meervoudige problematiek die verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig hebben, maar ook mensen die juist vanwege hun problematiek moeilijker zelf hun zorgbehoeftes kunnen aangeven. Het risico dat het huidige systeem waarmee toegang tot zorg en ondersteuning wordt geregeld nadelig kan uitpakken voor mensen in kwetsbare posities, wordt niet geconstateerd door de sociaal werkers en teamleiders. Wanneer wordt gekeken naar de manieren waarop wordt omgegaan met de afzonderlijke belemmeringen, dan kunnen er wel een aantal handelingen worden opgemerkt die mogelijk invloed hebben op dit risico.

De maatregelen waarmee wordt omgegaan met verschillen in kennis omvatten ook waarborgen voor het herkennen van specifieke zorgbehoeftes. De resultaten suggereren dat de gemeente op de hoogte wordt gesteld van de noodzaak van specialistische zorg voor mensen met bepaalde problematieken. De effecten van de onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz schijnen ook geagendeerd te zijn bij de gemeente. De meningen die sociaal werkers uiten over de nadruk op zelfredzaamheid wekken de indruk dat er enig bewustzijn bestaat van mogelijke nadelige gevolgen van dit beleid voor mensen in een kwetsbare positie. Hiermee wordt omgegaan door zelf werkbare interpretaties van zelfredzaamheid in te zetten, maar uit de resultaten kan niet worden opgemaakt of dit op een structurele manier wordt aangepakt of aangekaart. Daarnaast laten de resultaten niet zien of er onder sociaal werkers en teamleiders een bewustzijn bestaat van de cumulatieve gevolgen van de belemmeringen voor specifieke groepen. Het blijft daarom onduidelijk of en in hoeverre hiermee rekening wordt gehouden in de uitvoering.

6. CONCLUSIE

Met de decentralisaties in het sociaal domein kregen gemeentes meer verantwoordelijkheden op het gebied van sociale zorg en ondersteuning, en werden lokale sociale professionals bepalend voor de toegang tot zorg en ondersteuning. Deze toegang kan worden beschouwd als belangrijk onderdeel van de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau. In het bijzonder gaat het om sociaal-economische mensenrechten, zoals het recht op gezondheidszorg, op een behoorlijke levensstandaard en op sociale zekerheid. Omdat gemeentes nieuwe taken hebben op dit gebied, wordt er op lokaal niveau meer invloed uitgeoefend op de manier waarop deze rechten worden gerealiseerd. Wanneer vanwege nieuw beleid en regelgeving belemmeringen ontstaan in de toegang tot zorg en ondersteuning, brengt dit risico's met zich mee voor de lokale realisatie van mensenrechten.

Deze risico's kunnen zichtbaar worden gemaakt door te kijken naar de voorwaarden die op grond van sociaal-economische mensenrechten worden gesteld aan publieke diensten. Deze voorwaarden houden in dat publieke diensten in voldoende mate beschikbaar, voor iedereen toegankelijk, aanvaardbaar en van goede kwaliteit moeten zijn. Lokale sociale professionals in wijkteams vervullen een centrale rol in de toegang tot zorg en ondersteuning en bepalen daardoor mede hoe deze mensenrechten worden gewaarborgd in het sociaal domein. De realisatie van mensenrechten op lokaal niveau kan daarmee worden gezien als een proces dat mede wordt beïnvloed door de uitvoeringspraktijk van sociaal werkers. Dit onderzoek heeft met een focus op de toegang tot zorg en ondersteuning bestudeerd hoe dit proces eruitziet in buurtteams (wijkteams) in Utrecht. Hiervoor is bekeken welke belemmeringen in toegang tot zorg sociaal werkers en teamleiders constateren in de praktijk, en hoe er met deze belemmeringen wordt omgegaan.

Uit de resultaten van het kwalitatieve onderzoek kunnen vier belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning worden geïdentificeerd: de toegang tot specialistische zorg is beperkt, zelfredzaamheid kan een belemmering vormen als deze wordt overschat, onduidelijke grenzen tussen de Wmo en de Wlz creëren drempels, en verschillen in kennis en ervaring tussen sociaal werkers werken belemmerend als hierdoor zorgbehoeftes over het hoofd worden gezien. Uit de resultaten kan vervolgens worden opgemaakt dat sociaal werkers en teamleiders op verschillende manieren omgaan met de vier geïdentificeerde belemmeringen in toegang tot zorg en ondersteuning. Zo lijken belemmeringen op individueel cliëntniveau door sociaal werkers deels te worden geaccepteerd, maar wordt beleid ook geherinterpreteerd om het toepasbaar te maken op individuele situaties. Daarnaast worden er binnen buurtteams nieuwe werkprocessen ontwikkeld om

beleid werkbaar te maken in de praktijk. De resultaten suggereren eveneens dat zowel sociaal werkers als teamleiders belemmeringen agenderen bij de gemeente om gezamenlijk op zoek te gaan naar oplossingen.

Zowel de belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning als de manier waarop hiermee wordt omgegaan in de praktijk, brengen risico's met zich mee voor mensenrechtenrealisatie. Wanneer wordt gekeken naar de mensenrechtenvoorwaarden die worden gesteld aan publieke diensten dan kunnen met name de volgende voorwaarden in de knel komen: toegankelijkheid zonder discriminatie, betaalbaarheid van diensten, kwaliteit van diensten in de vorm van kennis van professionals, en aanvaardbaarheid van diensten in de zin dat er rekening wordt gehouden met behoeftes van verschillende groepen.

Door het formuleren van regelgeving en beleid schept de overheid kaders voor de toegang tot sociale zorg en ondersteuning. Hiermee wordt een stempel gedrukt op de realisatie van verschillende mensenrechten. Hoe deze mensenrechtenrealisatie vervolgens tot stand komt in de praktijk is afhankelijk van meerdere actoren. Aan de hand van dit onderzoek kan voorzichtig worden geconcludeerd dat sociaal werkers de realisatie van mensenrechten zowel lijken te versterken als te beperken door de manier waarop wordt omgegaan met belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning. Wanneer beleid dat cliënten benadeelt in de toegang tot zorg onverkort wordt toegepast, dragen sociaal werkers in feite bij aan het beperken van mensenrechten. Aan de andere kant kunnen sociaal werkers mensenrechtenrealisatie versterken door kritisch te staan tegenover dergelijk beleid en benadeling van cliënten tegen te gaan met eigen maatregelen en/of door de gemeente ter verantwoording te roepen.

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat sociaal werkers beide rollen op zich nemen. Dit zou betekenen dat sociaal werkers kunnen worden gezien als uitvoerders van de gemeente die nadelige aspecten van beleid laten doorwerken in de praktijk, en tegelijk als belangenbehartigers van cliënten die er alles aan doen om te regelen dat mensen toegang krijgen tot de zorg die ze nodig hebben. Uit het onderzoek kan niet worden opgemaakt waarom sociaal werkers bij bepaald beleid de belangen van de gemeente voorrang lijken te geven en bij ander beleid vooral rekening lijken te houden met de behoeftes van cliënten. Dit wekt de indruk dat er onder buurtteams geen gezamenlijke benadering wordt gevolgd van alle beleid en regelgeving. De mate waarin een sociaal werker bijdraagt aan mensenrechtenrealisatie wordt dan met name afhankelijk van het eigen handelen. Als een sociaal werker vervolgens wordt gezien als mensenrechtenactor, vraagt dit om een duidelijk besef van potentieel nadelige gevolgen van beleid voor cliënten en de mogelijkheid om tegen dit beleid in te gaan.

Inmiddels worden er binnen de Nederlandse context vraagtekens geplaatst bij de invloed van de gevolgen van de decentralisaties op de professionele handelingsruimte van sociaal werkers en de mogelijkheid om een positie in te nemen ten opzichte van het nieuwe beleid (Claessen, Eijkman & Lamkaddem, 2017). Hoewel er grote verschillen bestaan tussen gemeenten blijkt uit diverse onderzoeken dat gemeenten een regierol op zich hebben genomen in de samenstelling en werkwijzen van sociale wijkteams (De Waal, 2016, p. 5). Daarbij hebben sociaal werkers meer verantwoordelijkheid gekregen, maar hebben ze weinig zeggenschap over de omstandigheden waaronder deze verantwoordelijkheden moeten worden uitgeoefend (Tonkens, 2016, p. 65-66). Hiermee ontstaat een risico dat de sociaal werker vooral als uitvoerder bezig is te zorgen dat het gemeentelijk beleid de gewenste uitwerking heeft in de praktijk, of met andere woorden 'aan het repareren [is] wat er elders in het systeem misgaat' (Hilhorst & Van der Lans, 2015, p. 26; zie ook Hofs, 2017). De roep om mensenrechteneducatie voor lokale sociaal werkers zou hierop een antwoord kunnen zijn wanneer daarmee bewustzijn wordt gecreëerd van de invloed van het eigen handelen op de rechten van cliënten. Mensenrechteneducatie kan ook kennis en vaardigheden aanreiken om een positie te kunnen innemen over beleid en regelgeving dat de rechten van cliënten nadelig beïnvloedt.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen waardoor de resultaten niet zomaar kunnen worden gegeneraliseerd. Ten eerste is het onderzoek enkel uitgevoerd onder buurtteams in de gemeente Utrecht. Zowel de organisatie en inrichting van wijkteams als het lokale beleid verschilt per gemeente, zodat ook belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning en de rol van sociale professionals tussen gemeentes kunnen verschillen. De interviews voor dit onderzoek zijn gehouden onder sociaal werkers en teamleiders in buurtteams van november 2017 tot januari 2018. De resultaten kunnen daardoor slechts gezien worden vanuit het perspectief van de buurtteams. Mogelijke benaderingen van de overkoepelende organisatie Inluzio, de gemeente en specialistische organisaties vallen daarmee buiten het bereik van dit onderzoek. Dit onderzoek richt zich bovendien uitsluitend op sociaal werkers en teamleiders en niet op burgers, zoals cliënten, vrijwilligers en mantelzorgers, die mogelijk weer een andere kijk hebben op belemmeringen in de toegang tot zorg en ondersteuning en de rol van buurtteams. Om een completer beeld te krijgen van de toegang tot zorg en ondersteuning in het sociaal domein en de gevolgen daarvan voor mensenrechtenrealisatie, zou daarom middels vervolgonderzoek kunnen worden gekeken naar de invloed en benadering van andere actoren dan de buurtteams en de interactie tussen de relevante partijen. Daarnaast zouden er in verder onderzoek parallellen kunnen worden getrokken met bestaand onderzoek naar de mogelijke rollen van sociaal werkers in relatie tot regelgeving, beleid en de realisatie van mensenrechten op lokaal niveau.

BIBLIOGRAFIE

Afdeling Bestuurlijke, Internationale en Subsidiezaken (2011). *Mensenrechten in Utrecht Hoe geeft Utrecht invulling aan internationale mensenrechtenverdragen?* Utrecht: Gemeente Utrecht.

Allers, J. (2015). Bezuinigingen in het licht van sociale grondrechten. *Nederlands Tijdschrift voor de Mensenrechten*, 40(3), 277-295.

Androff, D. (2016). *Practicing Rights: Human rights-based approaches to social work practice*. New York: Routledge.

Arum, S., Schoorl, R. (2015). *Sociale (buurt)teams in beeld: Stand van zaken na de decentralisaties*. Utrecht: Movisie.

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (2016), *Beknopt beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. Utrecht: BPSW.

Blake, C. (2008). Normative Instruments in International Human Rights Law: Locating the General Comment. *Center for Human Rights and Global Justice Working Paper Number 17*. New York: NYU School of Law.

Burgemeester en Wethouders (2017). *Voortgangsrapportage Verbetering dienstverlening Hulp bij het Huishouden en andere Wmvoorzieningen*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Buurtteam (2016). *Jaarverslag Buurtteams Utrecht*. Schiedam: Inclusio.

Buurtteam (2017). *Het verslag van 2016: Buurtteamorganisatie Sociaal*. Schiedam: Inclusio.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2016). *Samen zorgen in de wijk*. Den Haag: CEG.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications.

Claessen, D., Eijkman Q.A.M., Lamkaddem, M. (2017). *Hulp en recht aan de keukentafel: De toegang tot de Wet maatschappelijke ondersteuning volgens lokale professionals*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Cliëntenraad Wmo (2016). *Eigen Bijdrage(n) bij Wmo-voorzieningen Zorgwekkende gevolgen en Aanbevelingen voor Utrecht*. Utrecht: Maatschappelijk Netwerk Utrecht.

College voor de Rechten van de Mens (2014). *BAAT bij mensenrechten in het sociale domein*. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.

College voor de Rechten van de Mens (2016). *Mensenrechten in Nederland: Jaarlijkse rapportage 2015*. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.

College voor de Rechten van de Mens (2017). *Armoede, Sociale Uitsluiting en Mensenrechten: Jaarlijkse rapportage 2016*. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.

Council of Europe Congress of Local and Regional Authorities (2018). *Promoting Human Rights at the Local and Regional Level*. Straatsburg: Council of Europe, CG34(2018)10.

Destrooper, T. (2015). *Uprooting the curious grapevine? The transformative potential of actor-center perspectives and localization in the field of human rights*. Paper presented at the ECPR General Conference Université de Montréal, Montreal, Canada, 26-29 augustus.

De Waal, V. (2016.) *Sociale (wijk)teams onderzocht: zicht op ontwikkelingen en knelpunten*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Dibbets, A.M., Buyse, A.C. (2014). Kader voor de crisis: Een toetsingskader voor overheidsmaatregelen die raken aan sociaal-economische mensenrechten. *Nederlands Juristen Blad*, 38, 2703-2707.

Dibbets, A., Eijkman, Q. (2017). Sociaal werk en mensenrechten. Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht, geraadpleegd van https://hbo-kennisbank.nl/record/sharekit_hu/oai:surfsharekit.nl:a4a444ed-f4db-4431-8d6f-89f6a73b67ed (18 juni 2018).

Dibbets, A., Eijkman, Q. (2018). Translators, Advocates or Practitioners?: Social workers and human rights localization. *Journal of Human Rights Practice* (geaccepteerd voor publicatie).

ESC-Comité (1990). *General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11 (1) of the Covenant)*. UN Doc. E/1992/23.

ESC-Comité (2008). *General Comment No. 19: The Right to Social Security (art. 9)*. UN Doc. E/C.12/GC/19.

ESC-Comité (2000). *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. UN Doc. E/C.12/2005/4.

Eijkman, Q. (2017). *Toegang tot het recht gaat glocal*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

FCB. (2015). Hoe Inclusie de sociale buurtteams in Utrecht inrichtte. *Ruim Baan*, 18-21.

Feyter, K.D. (2010). Sites of Rights Resistance. In K.D. Feyter, S. Parmentier, C. Timmerman, G. Ulrich (Eds.), *The Local Relevance of Human Rights* (p. 11-39). Cambridge: Cambridge University Press.

Feyter, K.D. (2011). Law Meets Sociology in Human Rights. *Development and Society*, 40(1) 45-68.

Gemeente Utrecht (2013). *Meedoen naar Vermogen – WMO Uitvoeringsplan eerste fase: van kaders stellen naar inrichten, naar uitvoeren*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht (2014). *Meedoen naar Vermogen – WMO Uitvoeringsplan tweede fase: van inrichten naar uitvoeren*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Gemeente Utrecht (2016). *Meedoen naar Vermogen Transformatieagenda 2016-2017 Maatschappelijke Ondersteuning*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Goodale, M. (2007). Locating rights, envisioning law between the global and the local. In M. Goodale, S.E. Merry (Eds.), *The Practice of Human Rights - Tracking Law between the Global and the Local*, p. 1-38. Cambridge: Cambridge University Press.

Hartman, J., Knevel, J., Reynaert, D. (2016). *Manifest: Stel mensenrechten centraal in het sociaal werk*, geraadpleegd van www.socialevraagstukken.nl/stel-mensenrechten-centraal-in-het-sociaal-werk/ (7 juni 2018).

Hesselman, M., De Wolf, A.H., Toebes, B. (2017). International Guideposts for Socio-Economic Human Rights in Essential Public Services Provision. In M. Hesselman, A.H. de Wolf, B. Toebes, *Socio-Economic Human Rights for Essential Public Services Provision* (p. 299-327). Londen: Routledge.

Hilhorst, P., Van der Lans, J. (2015). De dubbele revolutie van sociale wijkteams. In P. Hilhorst, J. van der Lans, *Nabij is Beter: Essays over de beloften van de 3 decentralisaties* (p. 20-28). Den Haag: Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten.

Hofs, J. (2017). Sociaal werkers onder gemeentelijke regie: Pleidooi voor sociale rechtvaardigheid als basisprincipe voor het sociaal werk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 26(3) 65–71.

Ieder(in). (2016). *Mensen zijn op zichzelf aangewezen: Dwalen tussen wetten en loketten*. Utrecht: Ieder(in).

Jägers, N. (2013). *Mensenrechten in Tijden van Economische Crisis: Het belang van een mensenrechtenperspectief in tijden van bezuinigingen en decentralisatie*. Den Haag: Lezing ministerie van Buitenlandse Zaken.

Lane, L. (2017). Private providers of essential public services and de jure responsibility for human rights. In M. Hesselman, A.H. de Wolf, B. Toebes, *Socio-Economic Human Rights for Essential Public Services Provision* (p. 299-327). Londen: Routledge.

Lochtenberg, M., Maarsen, S. (2015). Leid sociaal werker op als hoeder van mensenrechten. *Sozio* 19(4) 42-44.

MEE NL (2016). *MEE Signaal: Trend- en signaleringsrapportage 2016*. Utrecht: MEE NL.

Mensenrechtencomité (2011). *General comment No. 34: Article 19*. UN Doc. CCPR/C/GC/34.

Merry, S.E. (2006). Transnational Human Rights and Local Activism: Mapping the Middle. *American Anthropologist* 108(1) 38-51.

Morris, L. (2006). *Rights: Sociological Perspectives*. Abingdon: Routledge.

Nationale ombudsman (2016). *Een onverwacht hoge rekening: Onderzoek van de Nationale ombudsman naar de informatieverstrekking over de eigen bijdrage ingevolge de Wmo*. Den Haag: Nationale ombudsman.

Nationale ombudsman (2018). *Zorgen voor burgers: Onderzoek naar knelpunten die burgers ervaren bij de toegang tot zorg*. Den Haag: Nationale ombudsman.

Oomen, B., Davis, M.F., Grigolo, M. (2016). *Global Urban Justice: The Rise of Human Rights Cities*. Cambridge: Cambridge University Press.

Petrasek, D., Tom, F.E., Archer, R. (2002). *Local Rule, Decentralisation and Human Rights*. Versoix: International Council on Human Rights Policy.

Raad voor het Openbaar bestuur (2017). *Zorg voor samenhangende zorg. Over zorgwetten die door gemeenten worden uitgevoerd*. Den Haag: Raad voor het Openbaar bestuur.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Heft in eigen hand Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Rekenkamer Utrecht (2016). *Hulp bij maatwerk: Een onderzoek naar de hulp bij het huishouden in het kader van de Wmo 2015*. Utrecht: Rekenkamer Utrecht.

Rekenkamer Utrecht (2017). *Langer zelfstandig thuis wonen met ernstige beperkingen: Rekenkameronderzoek in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015*. Utrecht: Rekenkamer Utrecht.

Reynaert, D., Nachtergaele, S. (2015). Sociaal werk is een mensenrechtenberoep: hoeder van sociale grondrechten, geraadpleegd van <http://sociaal.net/analyse-xl/mensenrechtenberoep/> (16 maart 2018).

Smid, E., Verhoef, M., Simons, H. (2016). *Een positief verhaal: Visitatie over visie, vertrouwen en volwassen relatie*. Visitatiecommissie, Utrecht: Buurtteam/Gemeente Utrecht.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2017). *Zicht op de Wmo 2015: Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Staub-Bernasconi, S. (2011). Human Rights and Their Relevance for Social Work as Theory and Practice. In L.M. Healy, R.J. Link (Eds.) *Handbook of International Social Work: Human Rights, Development, and the Global Profession* (p. 30-41). Oxford: Oxford University Press.

Teitler, J., Cuypers, C., Klever, E., Hardy, D., Steenbergen, R. (2012). *Goed bezig: de betekenis van mensenrechten voor gemeenten*. Amsterdam: Amnesty International & Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Tonkens, E. (2016). Het democratisch tekort van de decentralisaties. In *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?* (p. 61-75). Den Haag: Transitiecommissie Sociaal Domein.

UN Human Rights Council (2015). *Role of local government in the promotion and protection of human rights – Final report of the Human Rights Council Advisory Committee*. United Nations A/HRC/30/49.

Van Cadsand, R., Vermeulen, A., van der Leer, M., van de Vijver, O., Stokman, I., de Geus, G., Vink, M. (2013). *Wmo kadernota: Meedoen naar vermogen*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Van den Berg, E., Oomen, B. (2014). *Mensenrechten en lokaal beleid: Handreiking voor beleidsmakers*. Den Haag: Platform 31.

Vandenhole, W. (2012). Localizing the Human Rights of Children. In M. Liebel (Red.), *Children's Rights From Below* (p. 80-93). London: Palgrave Macmillan.

Vereniging Hogescholen (2017) *Landelijk opleidingsdocument sociaal werk*. Den Haag: Landelijke opleidingsoverleggen sociaal werk.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2015). *Implementatieplan Sociaal Domein*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Vermeulen, A., Rijnkels H., Riemens, M., Schutte, S. (2015). *Aansluiten bij de kracht van mensen: Utrecht vernieuwt de sociale zorg*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

Vijzelman-Waarheid, I., (2017). *Belemmeringen bij het regelen van zorg en ondersteuning*. Utrecht: Ieder(in).

Vonk, G. (Red.) (2016). *Rechtsstatelijke aspecten van de decentralisaties in het sociale domein*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen: Een realistische perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Woodiwiss, A. (2006). The law cannot be enough. In S. Meckled-García, B. Cali (Reds.) *The Legalization of Human Rights: Multidisciplinary perspectives on human rights and human rights law* (p. 32-45). New York: Routledge.

