



Handreiking voor partners Zorg- en Veiligheidshuis Regio Arnhem

Introductie van een efficiënte aanpak



Deze handreiking is opgesteld in opdracht van het Zorg- en Veiligheidshuis Regio Arnhem.

Auteurs

prof. dr. Ira Helsloot
dr. Astrid Scholtens

Oktober, 2025

De doelstelling van Crisislab is de ontwikkeling en verspreiding van kennis op het domein van crisisbeheersing en veiligheidszorg. Voor Crisislab is een kernactiviteit het verrichten van empirisch gefundeerd onderzoek op het veiligheidsdomein, omdat momenteel feiten vaak ontbreken bij beleidsvorming en discussies op het terrein van het besturen van veiligheid. Op basis van dit onderzoek adviseren we overheden en bedrijven om tot redelijk en proportioneel veiligheidsbeleid te komen.

Crisislab
Dashorsterweg 1
3927 CN Renswoude
www.crisislab.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	04
2. Enkele noties voor het proces van samenwerking binnen ZVH RA	06
2.1 Inleiding	06
2.2 Enkele mechanismen	08
3. De aanpak voor een efficiënt MDO	11
3.1 Inleiding	11
3.2 De aanpak concreet	11
3.3 De wetenschappelijke onderbouwing	14
3.4 Enkele vatbaarheidskenmerken en mogelijke interventierichtingen	14

1 Inleiding

Voor je ligt de handreiking die geschreven is voor netwerkpartners in het Zorg- en Veiligheidshuis Regio Arnhem (ZVH RA).

Doelstelling ZVH RA

Het is goed om stil te staan bij wat de doelstelling van het ZVH RA ook alweer is. De oorsprong van het idee van de Zorg- en Veiligheidshuizen is de onderkenning vanuit de strafrechtketen dat het maatschappelijk probleem van criminaliteit en overlast, niet alleen door toepassing van het repressieve strafrecht kan worden opgelost. De oorspronkelijke behoefte lag dus bij het Openbaar Ministerie (OM) en de politie. Sinds enkele jaren krijgen burgemeesters ook steeds meer repressieve bevoegdheden maar ook voor hen geldt dat complexe casus daarmee niet kunnen worden opgelost. Ook bij hen ontstond de hulpvraag richting zorg. Inmiddels moet een combinatie van repressie, passende zorg, bestuurlijke interventie sommige complexe veelplegers en overlastgevers helpen zodat de samenleving geen nadeel meer zou ervaren van deze mensen.¹

Het is ook goed om te beseffen dat beredeneerd vanuit de twee gezichtspunten ‘cliënt en samenleving’ de doelstelling van het ZVH RA tweeledig is: het bieden van passende zorg (gericht om de cliënt een ‘beter mens’ te maken) en het verminderen van maatschappelijke overlast (voor de samenleving) in complexe casuïstiek. Het bieden van passende zorg aan de cliënt kan vanzelfsprekend ook bijdragen aan het behalen van de maatschappelijke doelstelling.

Het feit dat het om complexe gevallen gaat betekent meteen dat de monodisciplinaire *standaardaanpak* van jou als netwerkpartner doorgaans niet zal volstaan, anders was het geen complex geval geworden. De uitdaging is dan ook dat je buiten de gebaande paden van je eigen organisatie durft te handelen. In hoofdstuk 2 zullen we laten zien dat dit niet eenvoudig is. De procesregisseur zal met ondersteuning van de informatiecoördinator jou dan ook (moeten) helpen om eigen standaardpatronen te doorbreken.

Het zal je zijn opgevallen dat we onderscheid maken tussen *partners* die bijdragen aan het samenwerkingsverband (zijnde de *organisaties*) en *deelnemers* aan het overleg (zijnde de *individuen* die werkzaam zijn bij een participerende organisatie). We gaan ook hier in hoofdstuk 2 nader op in.

¹ www.ccv.nl

Rol van de procesregisseur

De procesregisseur heeft samen met de informatiecoördinator een ingewikkelde taak: hij/zij speelt een centrale rol in de samenwerking tussen verschillende netwerkpartners van gemeenten, justitiële- en zorgpartijen. Onder zijn/haar regie dient met deze partners een plan van aanpak opgesteld te worden voor complexe (multi-)casuïstiek. En dat is ingewikkeld niet alleen omdat de casuïstiek (per definitie) complex is maar vooral omdat de procesregisseur geen doorzettingsmacht heeft en samenwerking nu eenmaal 'a hell of a job' is.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat over hoe samenwerking werkt.

In hoofdstuk 3 beschrijven we een aanpak om het multidisciplinaire overleg zo efficiënt mogelijk te laten verlopen.

Hoofdstuk 4 beschrijft hoe je een concrete casusbespreking kunt aanpakken. Een kern daarvoor is het stellen van enkele cruciale vragen die beantwoord moeten worden om een goed plan van aanpak op te kunnen stellen.

2 Enkele noties voor het proces van samenwerking binnen ZVH RA

2.1 Inleiding

De kernopgave voor Zorg- en Veiligheidshuizen is om verschillende netwerkpartners van gemeenten, justitiële- en zorgpartijen te laten samenwerken.

We benoemen hier dat dit samenwerken essentieel anders is dan samen werken (dus als twee losse woorden). Samenwerken betekent dat de deelnemende partners zich laten beïnvloeden door andere netwerkpartners, terwijl bij samen (spatie) werken deze beïnvloeding niet plaatsvindt. Beïnvloeding betekent dat je als organisatie van je normale interne processen afwijkt, en dat dit soms zelfs betekent dat je buiten de gebaande paden moet handelen.

Ter illustratie: Een man mishandelt de vrouw waarmee hij samenwoont en die een historie heeft om met ‘foute mannen’ om te gaan. Een van de zorginstanties heeft de man ervan kunnen overtuigen dat hij om erger te voorkomen (gerechtelijke uithuisplaatsing) dat hij weg moet bij de vrouw. De wijkagent regelt een aanhangwagen en haalt, als de vrouw niet thuis is, samen met de man zijn spullen uit het huis.

Beter samenwerken klinkt altijd goed. Al decennialang denken organisaties problemen die ze zelf niet opgelost krijgen op te lossen door te gaan samenwerken.² Bijvoorbeeld om de kosten te drukken of om medestanders te vinden om een maatschappelijk effect te bereiken wat ze alleen niet lukt. Samenwerking is daarmee ook een applausterm³ want wie kan er nu tegen zijn om ‘de krachten te bundelen’ of ‘win-winsituaties behalen’?

In de wetenschappelijke literatuur worden drie motieven voor partijen om samen te werken gegeven:

- *Winstmotief:* door ruil en coalitievorming kunnen alle partijen directe eigen voordelen behalen die anders niet of tegen meer kosten haalbaar zouden zijn, voordelen zijn voor ieder in gelijke mate aanwezig en direct te zien, daardoor staan partijen in een gelijkwaardige positie ten opzichte van elkaar.

² Al in 1980 schreven Greve en Vrakking dat samenwerking tussen organisaties ‘in’ is. De associaties die deze inzet op meer samenwerking toen al opriepen, varieerden van gewenst tot onmogelijk, van maatschappelijk verplicht tot onnodig en van uitdagend tot frustrerend (W.B. Greve & W.J. Vrakking (1980), *Strategies van samenwerking tussen organisaties in welzijns- en gezondheidswerk*, Lochem).

³ Dit is een term dat het op enig moment zo goed doet dat het gebruik ervan tot kritiekloze instemming leidt. Goed gekozen applaustermen leveren bijna vanzelfsprekend instemming op met veel van wat er beoogd wordt (zie Twist 2000 voor de introductie van de term).

- *Afhankelijkheidsmotief*: de ene partij heeft voor de ander noodzakelijke hulpbronnen, posities zijn daarom niet gelijk, niet samenwerken, kan voor de ene partij tot schade leiden, waardoor ook de macht ongelijk is verdeeld.
- *Normatieve motief*: partijen werken samen om een waardevol geacht collectief goed te bereiken, de directe voordelen zijn voor ieder afzonderlijk gering.

De praktijk is echter veel ingewikkelder omdat het in het algemeen eigenlijk helemaal niet duidelijk is of samenwerking wel bijdraagt om het geconstateerde probleem efficiënter, effectiever of überhaupt op te lossen.⁴ Er is weinig *evidence based* onderzoek te vinden die de meerwaarde van samenwerking in zijn algemeenheid aantoont. In een separaat document⁵ laten we zien wat aantoonbare effecten zijn van de samenwerking van zorg en veiligheid. Hier is wel wat maar ook vooral heel veel niet over bekend.

Hiermee hebben we al een eerste concrete aanbeveling te pakken voor ZVH RA: houdt structureel bij wat de effecten zijn die worden bereikt bij de uitvoering van ingezette interventies om de effectiviteit van het ZVH RA (lees: oplossen van complexe cases door te samenwerken) zichtbaar te maken.

Verder leert de praktijk dat samenwerking tussen verschillende organisaties helemaal niet zo eenvoudig is. Er blijken tal van vaak onverwachte fundamentele barrières te bestaan die een goede samenwerking in de uitvoering toch in de weg staan. Bijvoorbeeld omdat er cultuurverschillen zijn tussen de betrokken partijen, er tegenstrijdige organisatorische belangen zijn en er grote verschillen zijn in organisatorische doelstellingen, werkwijzen en dagelijkse routines zijn. Maar ook een beperkte bereidheid of totale onwil hoort in het rijtje van barrières thuis. Niet zelden blijven daarom de resultaten achter of zelfs uit bij de verwachtingen die vooraf werden gekoesterd. Het is met andere woorden makkelijk om in een strategisch beleidsplan op te nemen dat er moet worden samengewerkt, maar de realisatie ervan op de werkvloer is veel lastiger. Juist daarom worden op allerlei plekken functies als coördinator, netwerkmanager of procesregisseur ingevoerd. De functies moeten als Haarlemmerolie de samenwerking op de werkvloer tot stand helpen komen.

Dit hoofdstukje is vooral bedoeld om inzicht te geven in de ingewikkeldheid van samenwerking, omdat jij als netwerkpartner daar onderdeel van uitmaakt. Meestal is er geen *evidence based* oplossing beschikbaar maar moet er soms simpelweg 'gedeald' worden met deze ingewikkeldheid.

⁴ In 1977 waarschuwde Bokma al voor de grote vanzelfsprekendheid van de samenwerkingsgedachte. Hij stelde dat in de welzijnszorg samenwerking, mede onder invloed van de overheid, zich heeft ontwikkeld tot een sociaal wenselijke leuze (E. Können (1980), 'Interorganisationele samenwerking in het licht van ruiltheorie en coalitietheorie', in: Greve & Vrakking 1980, zie voetnoot 3, pp. 27-51).

⁵ Literatuuranalyse voor het effect van multidisciplinaire coördinatie.

2.2 Enkele mechanismen

In de literatuur zijn verschillende definities van samenwerken in omloop maar de meest basale definitie is dat 'door meerdere actoren er gezamenlijk wordt gewerkt om een gezamenlijk doel te bereiken'. Een voorwaarde om te kunnen samenwerken, zo is te lezen in de literatuur, is altijd een zekere mate van afstemming. Samenwerking en afstemming worden dan ook nog wel eens door elkaar gebruikt.

De kern van samenwerking is dus dat alle partijen een gezamenlijk doel voor ogen hebben, en daar naartoe willen werken.

Herinner je dat het algemene gezamenlijke doel is het oplossen van de complexe casus zodat de betreffende persoon geen overlast veroorzaakt voor de samenleving door het bieden van zorg en veiligheid. Er zijn daarmee twee subdoelstellingen 'de client helpen' en 'overlast voor de samenleving beperken'.

De beoogde meerwaarde om onder de vlag van ZVH RA te gaan samenwerken is dat veiligheidspartijen iets 'anders' doen dan normaal om zorgpartijen te helpen en omgekeerd (en het soms dus echt nodig zal zijn dat er net even buiten de gebaande paden wordt gehandeld.)

Wat samenwerking zo lastig maakt, is dat deelnemende partijen allemaal eigen doelen (belangen) nastreven die doorgaans zwaarder wegen dan het collectieve belang. Dit is zeker het geval als het terrein waarop ze samenwerken maar een klein deel van de taak van de organisatie omvat. Iedere organisatie kijkt dus met een eigen perspectief naar het gezamenlijke doel. En heel eerlijk, organisaties vinden het best als andere partijen hun problemen oplossen zonder dat de organisatie daar iets voor terugdoet.

Het domein van ZVH RA is complexe casus die voor alle partijen maar een klein deel van hun doelgroep zijn.

Sarah van Duijn beschrijft in haar proefschrift uit 2022 over het Nederlandse zorgstelsel dat organisaties die van een hogere 'baas' moeten samenwerken, zoals bijvoorbeeld de minister van VWS, die samenwerking vaak actief proberen te ontregelen. En als het onder druk toch lukt om samen te werken met soms mooie resultaten dan ligt het risico toch op de loer dat deelnemende organisaties er tussen uit proberen te knijpen.⁶ De betekenis hiervan voor ZVH RA (die niet één 'hogere' baas maar meerdere bazen heeft) is dat het constante alertheid vergt op het niveau van de manager Zorg- en Veiligheidshuis en het bestuur om alle organisaties bij de les te houden. De procesregisseur heeft in dat spel een signalerende taak.

De kern van samenwerken is het bijeenbrengen van verschillende expertises en perspectieven om het gezamenlijke doel te kunnen bereiken. De praktijk leert dat het draagvlak voor een gezamenlijke actie kan verdwijnen als deze zichtbaar wordt

⁶ Sarah van Duijn (2022), *Tinkering with tensions: boundary work and collaborative governance*, proefschrift Vrije Universiteit.

vertaald naar noodzakelijke veranderingen binnen de samenwerkende organisaties (die allemaal eigen werkwijzen/cultuur hebben). Het valt dus niet te verwachten dat organisaties hun werkwijze zullen aanpassen. Daarom gaven we aan dat organisaties vertegenwoordigd in het multidisciplinair overleg (MDO) ook buiten de gebaande interne paden moeten zullen handelen.

Andersom geldt het bekende adagium: voor wat hoort wat. Elk van de deelnemende partijen en de vertegenwoordigers daarvan moeten wel het gevoel hebben dat ze een voordeel hebben van de samenwerking. Wat gezamenlijk wordt afgesproken moet dus ook passen bij de individuele belangen van de (vertegenwoordigers van de) partijen die een rol krijgen/hebben in de uitvoering anders is de kans dat dit door partijen wordt uitgevoerd nihil.

Wetenschappelijke literatuur: De ruiltheorie van Homans is gebaseerd op de volgende kernprincipes:⁷

1. **Beloning en kosten:** Mensen zijn rationele wezens die sociale interacties aangaan op basis van de verwachte beloningen en kosten. Ze streven naar interacties die de meeste beloningen opleveren en de minste kosten met zich meebrengen.
2. **Wederkerigheid:** Mensen verwachten een eerlijke ruil in sociale interacties. Als iemand iets geeft, verwacht hij of zij iets van gelijke waarde terug.
3. **Gedragsversterking:** Gedrag dat wordt beloond, wordt waarschijnlijker herhaald.

Er zitten partijen aan de ZVH RA-tafel waar de belangen haaks op elkaar kunnen en ook echt zullen staan. De procesregisseur laveert tussen de partijen om het essentiële geven en nemen dat nodig is voor de samenwerking te bevorderen. Als de ene partij X doet in de ene casus dan zal een andere partij in ruil daarvoor in een andere casus Y moeten doen. ZVH RA moet hier

- horizontaal bij helpen door de uitruil over alle casus duidelijk te maken, zodat duidelijk is hoeveel iedereen bijdraagt aan de samenwerking, en
- verticaal bij helpen door de bestuurders van de organisaties de opbrengst van hun investering in ZVH RA helder uit te leggen.

Het is goed om het onderscheid scherp te hebben tussen de *deelnemers* aan het MDO en de *organisaties* die zij vertegenwoordigen. Zoals gezegd is een effectief MDO een overleg waarin de deelnemers zich committeren om 'buiten de gebaande paden te handelen'. Jij als deelnemer hebt dus (ook) een lastige taak: je moet afwijken van wat in jouw organisatie gebruikelijk is. Dat afwijken van een normale procedure is vaak niet alleen bureaucratisch lastig maar ook cultureel. Heel concreet: van een politiemedewerker wordt een actie gevraagd die niet bij de zogenaamde kerntaken hoort die de politieleiding voor zich ziet, van een officier van justitie dat een juridisch instrument niet wordt ingezet vanuit een focus die niet op een kansrijke vervolging ligt maar juist vanuit de gedachte dat iemand daardoor betere/passende zorg kan krijgen, en van een GGZ-

⁷ J.C. Verhoeven (2001), 'De ruiltheorie', in: J.C. Verhoeven (editor)(2001), *Op zoek naar de samenleving: antwoorden van sociologen*, Acco.

psychiater wordt informatie gevraagd over de cliënt waardoor andere partijen betere zorg kunnen verlenen.

Je moet jezelf dus afvragen of je geschikt bent en/of senang voelt om deel te nemen aan het MDO als je weet dat ook van je gevraagd zal worden om buiten de gebaande paden te handelen.

Dit betekent ook dat je je niet zomaar 'even' kan laten vervangen door een andere deelnemer.

Het kan zijn dat je in een situatie belandt waarin je wel wil meewerken aan een *out-of-the-box* oplossing maar daarvoor in je eigen organisatie niet de handen op elkaar krijgt. De procesregisseur kan je dan helpen door via de manager ZVH RA op te schalen naar je leidinggevende om dit toch proberen mogelijk te maken.

Met andere woorden: opschaling is een noodzakelijk instrument om samen te kunnen werken. Het is dus zeker geen falen of een laatste wanhopige actie zoals dat onterecht wel wordt gezien.

3 De aanpak voor een efficiënt MDO

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we een aanpak om de twee doelen van het ZVH RA zo efficiënt mogelijk te bereiken.

We moeten hiervoor als eerste even het volgende onderscheid maken:

- *Hulpverlening* is alle hulp die nodig is gericht op de cliënt, en dan vooral om de cliënt een 'beter mens' te maken. Hulpverlening kan zorg zijn maar ook de inzet van het instrument 'strafrecht' mits het erop gericht is om de cliënt een 'beter mens' te maken.
- *Stabilisatiemaatregelen* zijn alle maatregelen die worden ingezet om overlast door de cliënt op de samenleving te verminderen. Vanzelfsprekend kunnen deze maatregelen dezelfde zijn als die voor hulpverlening. Denk bijvoorbeeld aan het bieden van 'aso-huisvesting' en het inzetten van het instrument 'strafrecht' (om iemand van de straat te houden).

De aanpak is gebaseerd op de tweeledige doelstelling van het ZVH RA (zie ook de inleiding): in complexe casuïstiek enerzijds het bieden van passende hulpverlening om de cliënt een 'beter mens te maken' en anderzijds het treffen van stabilisatiemaatregelen om maatschappelijke overlast te verminderen.

Bedacht moet dus worden dat in sommige gevallen niet verwacht mag worden dat interventies effect hebben op de verbetering van de cliënt als persoon (dus hulpverlening is niet mogelijk), maar dat dan nog wel stabilisatiemaatregelen genomen moeten en kunnen worden om overlast voor de samenleving te verminderen (bijvoorbeeld door alleen het bieden van huisvesting).

De komende jaren zal de in dit hoofdstuk beschreven aanpak door ZVH RA worden geëvalueerd. Bekeken wordt dan ook of de aanpak ook effectief is, in de zin dat door de gevolgde aanpak heeft geleid tot een vermindering van de overlast voor de samenleving.

3.2 De aanpak concreet

We beschouwen beide doelstelling als tweedimensionaal waarbij de kern is dat eerst wordt gekeken of en welke passende hulpverlening noodzakelijk is om de cliënt een 'beter mens' te maken, en vervolgens welke maatregelen (behandeling/interventies) er dan (ook) nog eventueel nodig zijn om overlast voor de samenleving te verminderen.

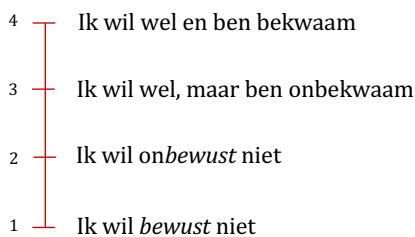
Categorieën om een 'beter mens' te worden

Uit gesprekken met ervaringsdeskundigen blijkt dat om een cliënt effectief te kunnen helpen het essentieel is dat hij/zij het zelf ook *wil*. Het aanbieden van hulpverlening aan cliënten die niet willen zal dan ook niet succesvol zijn. Dit inzicht wordt ondersteund door de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (zie paragraaf 3.3).

Er kan onderscheid worden gemaakt in cliënten die *bewust* of *onbewust* niet willen. De 'personen met verward gedrag' zullen doorgaans in de tweede categorie vallen.

In de categorie van cliënten die wel geholpen willen worden, kan onderscheid worden gemaakt naar cliënten die *bekwaam* zijn, in de zin dat zij hulpverlening kunnen ontvangen en operationaliseren, dus zelf omzetten in handelen, en cliënten die *onbekwaam* zijn.

We kunnen deze vier categorieën als volgt in zwaarte van 'vatbaar voor hulpverlening' rangschikken:



Figuur 3.1: De categorieën gerangschikt naar vier niveaus waarin een cliënt zich kan bevinden.

De aanpak

De aanpak ziet er dan als volgt uit, zie ook figuur 3.2:

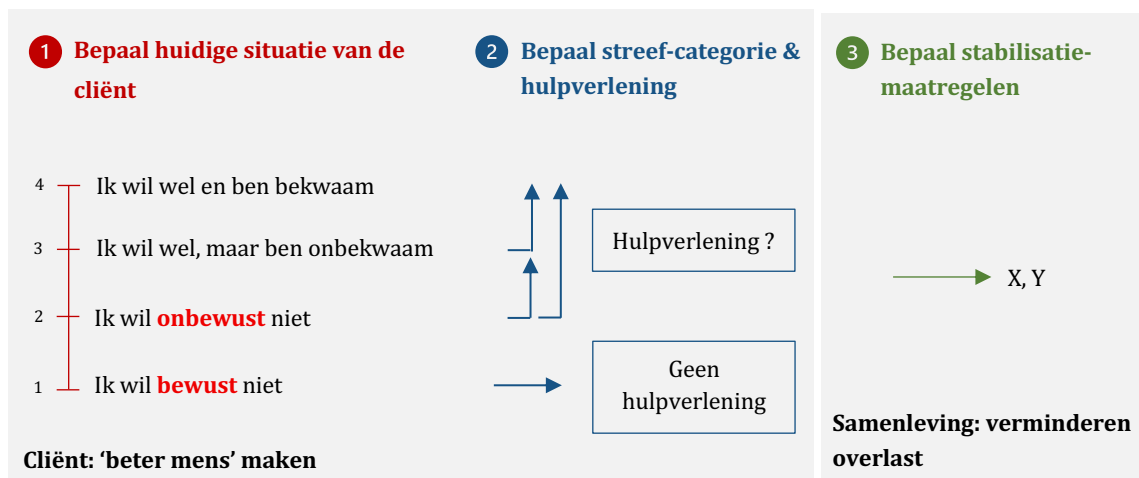
- Bepaal in het MDO samen met de andere partners in welke categorie (1-4) de cliënt zich bevindt. De kenmerken in paragraaf 3.4 kunnen daarbij helpen.

Als tijdens het MDO er geen overeenstemming kan worden bereikt over in welke categorie de cliënt zich bevindt, dan kan een maatregel zijn om dat middels een onderzoek eerst te bepalen. Vanzelfsprekend worden er dan nog geen hulpverleningsmaatregelen getroffen.

- Als de cliënt zich in categorie 1 bevindt, en dus bewust niet wil, dan is het zoals gezegd zinloos om in te zetten op hulpverlening. Hoogstens kan worden besloten het moment af te wachten wanneer de cliënt 'door de tijd' in een hogere categorie komt. Denk bijvoorbeeld aan de top 60-crimineel die ouder wordt en de scene 'ontgroeit'. De cliënt hoeft daarvoor niet meer in een MDO besproken te worden, en kan door een partner weer worden aangemeld als de cliënt vatbaar blijkt voor

hulpverlening. Maar let op: stabilisatiemaatregelen zijn dan wel nodig om overlast voor de samenleving te verminderen.

- Als de cliënt zich in categorie 2 of 3 bevindt, bepaal dan de hulpverlening die nodig en zo realistisch mogelijk is om de cliënt naar een hogere categorie te krijgen. Bedenk daarbij dat stabilisatiemaatregelen een negatieve invloed kunnen hebben op de motivatie van de cliënt om 'te willen', zie ook paragraaf 3.4.
- Als de cliënt zich in categorie 4 bevindt, dan kan de cliënt met reguliere hulpverlening geholpen worden en hoeft er dus geen strafrecht meer te worden ingezet. De cliënt hoeft dus niet meer in het MDO behandeld te worden, en heeft eventueel alleen nog een laatste hulpverleningsinterventie in ZVH RA-verband nodig om hem duurzaam in categorie 4 te houden.



Figuur 3.2: De aanpak waarbij de eerste twee stappen zijn gericht op de cliënt een 'beter mens' maken en de derde stap op het verminderen van overlast voor de samenleving.

Enkele spelregels voor de aanpak zijn:

- (om nogmaals te benadrukken) Eerst richten jullie je op het bieden van hulpverlening t.b.v. een beter mens, dan pas op het verminderen van overlast voor de samenleving (stabilisatiemaatregelen).
- Kies in eerste instantie maximaal twee interventies (hulpverlening en/of stabilisatiemaatregelen). Iedere interventie vergt immers een intensieve uitvoering en monitoring.
- Spreek met elkaar een maximale interventietermijn af, hoe lang de interventie maximaal moet worden volgehouden.
- Na drie rondes van ingezette *hulpverlenings*interventies die niet succesvol waren, dienen er alleen nog eventueel horizontale *stabilisatiemaatregelen* genomen te worden.
- De hulpverlenings- en stabilisatiemaatregelen zijn geen standaardinterventies (want niet behulpzaam in de complexe casuïstiek) maar worden genomen buiten de gebaande organisatiepaden.

De aanpak is cyclisch van aard. Deze kan net zo vaak worden herhaald tot de cliënt categorie 4 heeft bereikt.

3.3 Wetenschappelijke onderbouwing

De wetenschappelijke onderbouwing voor de aanpak is de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci.⁸ De kern van deze theorie is dat er drie basisbehoeften van motivatie zijn die ervoor zorgen dat een persoon optimaal (lees: 'als goed mens') kan functioneren en groeien. Motivatie houdt in dat iets of iemand een persoon beweegt om een bepaalde handeling of gedraging te vertonen. De drie basisbehoeften van motivatie zijn:

- in vrijheid, naar eigen goeddunken, kunnen handelen (gepercipieerde **autonomie**). De persoon wil met andere woorden zelf de regie hebben over zijn handelen.
- **competent** (of bekwaam) zijn om zelf te kunnen handelen.
- zich verbonden voelen met een (ander) persoon, groep of cultuur (relationele of sociale **verbondenheid**).

De eerste twee opsommingen van zelfdeterminatietheorie vormen de ruggengraat van de beschreven aanpak. De derde opsomming komt terug als mogelijke interventie door bijvoorbeeld 'een maatje' aan de cliënt te koppelen, zie paragraaf 3.4.

Wat uit deze theorie ook blijkt, is dat als mensen de perceptie hebben dat ze een handeling niet vrijwillig uitvoeren ze de opgelegde handelingen dan ook niet zullen (willen) uitvoeren, en mogelijk zelfs frustreren.

Motivatie kan zowel intrinsiek al extrinsiek zijn. Intrinsieke motivatie is een vorm van motivatie die voorkomt uit de voldoening die iemand haalt uit de handeling of gedraging zelf. Doordat intrinsieke motivatie leidt tot handelingen die worden verricht om de handeling zelf, is de motivatie duurzaam. Wanneer de motivatie voorkomt uit externe factoren (salaris, beloning, straf) is er sprake van een extrinsieke motivatie. Een 'normaal' persoon die extern gemotiveerd wordt, zal zich niet autonoom voelen en daarom minder intrinsiek gemotiveerd raken. Voor een 'niet-normale' cliënt van ZVH RA geldt juist dat als een hij/zij zich in categorie 2 bevindt, dus onbewust niet wil, hij/zij door externe factoren eventueel naar een hogere categorie getild kan worden, en daardoor wel intrinsiek gemotiveerd kan raken.

3.4 Vatbaarheidskenmerken en mogelijke interventierichtingen

Tijdens het MDO zal de procesregisseur samen jou, deelnemers van andere organisaties en met ondersteuning van de informatiecoördinator aan de hand van de aanpak de situatie van de cliënt moeten vertalen in een casusaanpak op hoofdlijnen.

⁸ Zie bijvoorbeeld: R. M. Ryan & E. L. Deci (2000), 'Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions, in: *Contemporary Educational Psychology*, 25, pp. 54-67 of R.M. Ryan & E.D. Deci (2017), *Self-determination theory*, The Guilford Press.

Daarbij is van belang om te kijken voor welke hulpverlening de cliënt vatbaar is, om zo de cliënt ten minste in een hogere categorie te krijgen.

In deze paragraaf benoemen we enkele algemene vatbaarheidskenmerken van ZVH RA-clieënten en mogelijke effectieve interventierichtingen:

- **Leeftijd:** de leeftijd van HIC/top 60-personen is doorslaggevend. Vanaf ongeveer 35 jaar ontgroeien ze 'als vanzelf' de scène en zijn ze (mede daardoor) ook bevatte-lijker voor andere relaties (vaste partner) en/of het hebben van een kind. Een inter-ventierichting zou hier kunnen zijn om niets te doen (en alleen stabilisatiemaatre-gelen te nemen) totdat de cliënt ouder is geworden.
- **Psychische gesteldheid:** verwarde personen zijn (onbewust) niet instaat om auto-noom te handelen, en zullen zich dan ook doorgaans in categorie 2 bevinden. Medi-catie zal mogelijk helpen om deze cliënten een categorie hoger te krijgen, dus dat ze de perceptie hebben dat ze wel autonoom kunnen handelen. Mocht dat niet aan-slaan dan zullen alleen stabilisatiemaatregelen mogelijk zijn.
- **Verslaving:** cliënten met een verslaving zullen zich in het algemeen in categorie 2 of categorie 3 bevinden (afhankelijk van hun intrinsieke motivatie). Uitzonderings-gevallen zijn categorie 1 cliënten van een normaal intelligentieniveau die bewust voor het gebruik kiezen. In alle gevallen geldt dat een gedwongen opname om absti-nentie te behalen tijdelijk kan helpen, maar niet duurzaam is. Dus om een cliënt blij-vend in een hogere categorie te houden zal er meteen moeten worden 'doorgepakt', door bijvoorbeeld een 'maatje' aan de cliënt te koppelen voor de verbondenheid.
- **Schulden:** het hebben van schulden vermindert de competentie, dus als een cliënt in categorie 3 zit dan kan deze door schuldhulpverlening naar categorie 4 getild worden.
- **Lid van een criminele organisatie:** De derde opsomming in de zelfdeterminatie-theorie laat zien dat beïnvloeding hiervan (uit de criminele organisatie stappen) moeilijk zal zijn.

Voor de cliënten die op de tafel van ZVH RA belanden, voldoen per definitie aan meer-dere van deze kenmerken. Bij elk van die kenmerken passen verschillende hulpverle-nings- en stabilisatiemaatregelen. De opgave voor het MDO is om uit de pallet aan denkbare maatregelen de twee meest prioritaire, realistische, effectieve, kosten-effici-ente maatregelen te bepalen.

Voor de beeldvorming twee voorbeelden:

- Een cliënt met multi-problemen is een 'jongere zonder rolmodel' en bevindt zich in categorie 2, dus wil onbewust niet. Door alleen in te zetten op een mentor/vaderfi-guur en deze aan de jongen te koppelen zou de jongen binnen een redelijke termijn naar categorie 3 getild kunnen worden.
- Een cliënt is een HIC-er die onlangs vader is geworden. Door deze 'life changing event' is hij in categorie 3 terecht gekomen, kortom hij wil de scène verlaten, maar is onbekwaam om dat zelf te bewerkstelligen. Een coach zou hem daarbij kunnen helpen, zodat hij bekwaam wordt. Een verhuizing naar een andere gemeente is

nodig om hem echt blijvend te laten ontsnappen aan zijn verleden en hem zelfstandig te laten functioneren als 'beter mens'.