

Vermaatschappelijking en woonservicezones

Kennisbrug vermaatschappelijking van de zorg

Auteurs: Lilian Linders, Angeliek Meijer
Fontys Hogeschool Sociale Studies

M.m.v. Paul van Anrooij, Erol Avci, Loket W

0	VOORWOORD	5
1	INLEIDING	6
2	OP WEG NAAR VERMAATSCHAPPELIJING	8
2.1	VERMAATSCHAPPELIJING.....	8
2.2	BURGERSCHAP EN SOCIALE STEUN.....	10
2.3	INFORMELE ZORG ONDER DRUK.....	11
2.4	DRAAGKRACHT VAN DE BUURT.....	13
2.5	INCLUSIEF BURGERSCHAP.....	14
2.6	SOCIALE STEUN EN PERCEPTIE VAN DE EIGEN BUURT IN EINDHOVEN.....	16
2.7	SAMENVATTING.....	18
3	OVERHEIDSBELEID	20
3.1	PARADOXAAL OVERHEIDSBELEID.....	20
3.2	WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING (WMO).....	21
3.3	VAN WOONZORGCOMPLEX NAAR WOONZORGZONES.....	24
3.4	WOONSERVICEZONES IN EINDHOVEN.....	26
3.5	SAMENVATTING.....	29
4	PRAKTIJKEN EN COMPETENTIES	30
4.1	INFORMELE ZORG.....	30
4.2	CLIËNTENORGANISATIES.....	33
4.3	ONDERSTEUNING CLIËNT DOOR ZORGINSTELLINGEN.....	35
4.4	WELZIJSZORG.....	38
4.5	SAMENVATTING.....	42
5	BESLUIT	44
5.1	SAMENVATTING.....	44
5.2	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	45
	LITERATUUR	48
	BIJLAGE	51

0 Voorwoord

In deze door samenwerking tussen medewerkers van Fontys Hogescholen en Loket W tot stand gekomen notitie worden twee belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen bij elkaar gebracht. Enerzijds de vermaatschappelijking van de zorg en anderzijds de ontwikkeling van woon service zones. Centraal hierbij is de vraag op welke manier deze ontwikkelingen elkaar beïnvloeden, ook al omdat beiden gericht zijn op belangrijke uitgangspunten van maatschappelijke participatie en zelfstandig kunnen functioneren. Daarbij is tevens de vraag aan de orde op welke wijze het welzijnswerk een bijdrage kan leveren aan het welbevinden van tot nu geïsoleerd levende groepen burgers die nu een min of meer zelfstandige plek moeten vinden in de “normale” samenleving.

Enkele belangrijke conclusies zijn te noemen:

- o Er wordt te gemakkelijk uitgegaan van het gegeven dat de samenleving groepen mensen, zoals ouderen, mensen met fysieke beperking en mensen met verstandelijke beperking als vanzelfsprekend accepteren als gewone medeburgers.
- o Een nog grotere afstand tussen (ex-) psychiatrische patiënten en “gewone” burgers wordt te weinig onderkend.

De overheid is in het vaststellen van beleid te weinig gericht op bovenstaande conclusies. Er is veel meer nodig dan alleen het uitspreken van de wens te komen tot woongebieden waarin mensen met beperkingen (jong en oud, inclusief mensen met psychiatrische achtergrond) een geaccepteerde plek innemen. Niet alleen het creëren van voorzieningen en geschikte woningen is daarvoor nodig. Nog belangrijker is het bedenken van ondersteunings- en ontwikkelingsmodellen, waarbij processen gericht op acceptatie en sociale cohesie tussen groepen op gang worden gebracht.

Het welzijnswerk kan daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Maar het welzijnswerk kan dit niet alleen. Ook de naar buiten tredende intramurale instellingen dienen hierin een prominente rol te vervullen. Zij kennen de behoeften en omgangsvormen die nodig zijn voor genoemde groepen. In de ouderenzorg is die samenwerking al jaren geleden op gang gebracht. In de andere sectoren is hierin nog een wereld te winnen.

Deze notitie draagt bij aan het bewust worden hiervan en geeft aanzetten tot nieuwe mogelijkheden en kansen. Uiteindelijk is dit het resultaat van de Kennisbrug Vermaatschappelijking en Woonservicezones.

Dinie van der Linden
Algemeen directeur Loket W

1 Inleiding

Nog maar enkele decennia geleden leefden mensen die zorg nodig hadden meestal onder de hoede van instellingen. Deze regelden de woonruimte, de verzorging en de dagbesteding zoveel mogelijk binnen hun eigen muren. De laatste jaren is dit beleid sterk veranderd. Opvang van mensen die zorg nodig hebben in een instelling is steeds minder vanzelfsprekend. Het streven is om ouderen, jongeren, zieken, mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking etc. zo veel mogelijk gewoon in de eigen buurt of wijk op te vangen, waar nodig met ambulante hulp.

De verschuiving van zorg binnen instellingen naar een aanpak midden in de samenleving vraagt om een (cultuur) omslag op verschillende fronten: bij de cliënt, de hulpverlening en de directe omgeving van de cliënt. Dit proces, de vermaatschappelijking van de zorg, verloopt moeizaam, omdat het beeld over de rol en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen nog niet helemaal is uitgekristalliseerd.

Een ontwikkeling die hiermee parallel loopt is dat de zorg een steeds groter zorgenkind wordt. Kan ons zorgsysteem wel gehandhaafd blijven gezien de voortdurende stijging van de kosten? Vooral in de grote steden cumuleren de problemen. De zorgvraag is er omvangrijker, diverser en complexer dan elders (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2003). Dat komt doordat in grote steden een concentratie van ‘marginale groepen’, zoals dak- en thuislozen, drugs- of alcoholverslaafden, vereenzaamde ouderen en illegalen te vinden is. Dit zijn minder mondige en kwetsbare groepen die moeilijk hun weg vinden in het zorgaanbod. Zij doen een steeds groter beroep op de eerstelijnszorg en stedelijke voorzieningen.

Vermaatschappelijking van de zorg heeft niet alleen grote gevolgen voor de organisatie en financiering van zorg, wonen en welzijn. Ook de sociale draagkracht van buurt of wijk wordt ernstig op de proef gesteld. Belangrijk is daarbij de vraag of de burgers in onze huidige samenleving bereid en in staat zijn zich open te stellen voor deze groepen. Het overheidsbeleid gaat er vanuit dat die informele zorg en sociale steun op lokaal niveau aanwezig zijn. Maar zo vanzelfsprekend is dat niet.

Om de zorg in de wijk te kunnen realiseren zien we de laatste tijd steeds meer (plannen voor) woonzorgcentra en woonservicezones verschijnen. Het doel van deze woonzorg- en woonservicezones is om de sociale en fysieke omgeving van mensen zo in te richten dat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. Of, als dat niet meer kan in een gecombineerde woon- en zorgvoorziening in de vertrouwde wijk. Ook binnen de gemeente Eindhoven worden een drietal woonservicezones ontwikkeld.

Ict en domotica kunnen een belangrijk hulpmiddel zijn bij het vergroten van de mogelijkheden van zo lang mogelijk zelfstandig wonen. De uitwerking hiervan valt echter buiten de kaders van dit rapport.

In dit onderzoek zullen de mogelijkheden van woonservicezones in relatie tot de vermaatschappelijking van de zorg centraal staan. De centrale vragen zijn: Hoe heeft de vermaatschappelijking zich tot nu toe voltrokken, wat heeft dat voor gevolgen voor informele zorg en wat is de relatie met burgerschap? Onder welke voorwaarden kunnen woonservicezones bijdragen aan vermaatschappelijking van kwetsbare mensen? Wat betekent vermaatschappelijking voor de rol en competenties van professionals werkzaam in zorg en welzijn?

Hoofdstuk 2 gaat dieper in op het proces van vermaatschappelijking, de veranderde kijk op burgerschap en de druk op informele zorg, onder andere door de vergrijzing en de veranderde levenslopen en mobiliteit van mensen. De daaropvolgende hoofdstukken gaan op zoek naar de antwoorden op de geschetste problematiek: hoofdstuk 3 zal het huidige overheidsbeleid schetsen op het terrein van zorg en welzijn in relatie tot die vermaatschappelijking, de toekomstige implementatie van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO) en de mogelijkheden die woonzorg- en woonservicezones bieden als antwoord op actuele maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van zorg en welzijn. In hoofdstuk 4 bespreken we praktijken die de maatschappelijke participatie van (kwetsbare) mensen bevorderen en welke competenties van sociaal agogen in dat verband aansluiten bij deze praktijken. Het laatste hoofdstuk besluit met conclusies en aanbevelingen.

Dit rapport kwam tot stand in het kader van de kennisbrug tussen Fontys en Loket W: een samenwerkingsverband waarin werkveld en hoger onderwijs de handen in elkaar slaan (en de hoofden bij elkaar steken) om de kloof tussen praktijk en theorie te overbruggen.

Vermaatschappelijking van de zorg was één van de thema's die door beide instellingen als maatschappelijk urgent werden gezien. Er bleek behoefte te zijn aan onderzoek naar hoe we ons als sociaal agogische professionals verhouden tot deze ontwikkeling en hoe we sociale netwerken zodanig kunnen ondersteunen dat er sociale steun uit resulteert. Tegelijkertijd liep binnen de gemeente Eindhoven het project Woonservicezones waarbij Loket W de welzijnssector in de regiegroep vertegenwoordigt. Bij Loket W leefde de vraag in hoeverre woonservicezones een antwoord (kunnen) zijn op de vermaatschappelijking van de zorg. 'Vermaatschappelijking en woonservicezones' is de neerslag van deze samenwerking.

2 Op weg naar vermaatschappelijking

De vermaatschappelijking van de zorg legt een veel grotere claim op de eigen omgeving van hen die zorg nodig hebben dan nodig was in de tijd dat zorg achter de muren van instellingen plaatsvond. In dit hoofdstuk gaan we in op de (on)mogelijkheden van informele zorg om met deze claim om te gaan. Met informele zorg bedoelen we zorg die onbetaald en niet beroepshalve wordt verricht, te onderscheiden in mantelzorg, zelfhulp(groep) en vrijwillige zorg. Mantelzorg definiëren we als vrijwillige zorg voor iemand die zorg nodig heeft van mensen uit zijn directe omgeving, zoals familie, buren en kennissen (definities zijn ontleend aan de thesaurus van het NIZW: www.nizw.nl).

De gevolgen van vermaatschappelijking voor onze samenleving beschrijven we in paragraaf 2.1, vervolgens gaan we in op de rol van de burger daarin (2.2), de gevolgen voor de informele zorg (2.3) en de draagkracht van de buurt (2.4). De bevindingen uit deze paragrafen proberen we te vertalen in een visie op burgerschap (2.5). Tot slot bekijken we aan de hand van empirisch materiaal over betrokkenheid bij de buurt en sociale steun in de gemeente Eindhoven of we de in dit hoofdstuk geschetste ontwikkelingen herkennen in deze cijfers (2.6).

2.1 Vermaatschappelijking

De term vermaatschappelijking kan alleen begrepen worden vanuit de positie die de zorg innam in de samenleving vanaf de jaren '50. In die periode wordt de zorg verleend vanuit een 'expertsysteem' met de hulpverlener in de rol van autoriteit en de hulpvrager in een afhankelijke positie. De hulpverlener stelt de diagnose en bepaalt op grond van zijn kennis welke behandeling gegeven wordt. Na de sobere naoorlogse jaren van wederopbouw stijgt de materiële welvaart in de jaren 50-60. Hiermee stijgt ook de aandacht van de overheid voor het welzijn van de burger. In deze periode wordt de verzorgingsstaat geboren. De overheid ziet het als haar taak om te zorgen voor mensen met problemen en daar goede voorzieningen en instituties voor te creëren. De geestelijken en vrijwilligers van vroeger worden vervangen door deskundigen. De instellingen die er zijn worden groter en meer en meer geprofessionaliseerd. Binnen deze instellingen staat het gedrag van het individu centraal en medicijnen, isolatie of andere sancties zijn vaak het antwoord op 'abnormaal' of afwijkende gedrag (Peels 2003).

In de jaren 60 en 70 komt dit medisch model steeds meer onder druk te staan. Onder invloed van de antipsychiatrie komt er aandacht voor hospitalisatie en 'ziekmakende' instituten die het mensen alleen maar moeilijker maakt om terug te keren in de maatschappij. Het medisch model maakt langzaam plaats voor een meer sociaal model. In deze benaderingswijze wordt veel meer uitgegaan van de autonomie van de mens: mensen worden ondanks hun ziekte in hun eigenwaarde gelaten. De anonimiteit van instituties en het vanzelfsprekende gelijk van de professionals komt onder vuur te liggen (Cox, van Daal et al. 2001). Vooral in de jaren 80 verschuift het accent van het aanbod van professionals richting vraag van de cliënt. Dit leidt uiteindelijk tot een vergaand proces van de-institutionalisering van grootschalige voorzieningen, te beginnen bij de geestelijke gezondheidszorg en zwakzinnigenzorg. Grote instituten in bos en duin krijgen in eerste instantie allerlei kleinschalige dependances in dorp en stad en verspreiden zich daarna vaak helemaal over buurt of wijk. Ook bij de zorg voor de zieken komt de nadruk te liggen op de zorg thuis: opnames in ziekenhuizen duren korter en de zorg vindt steeds meer plaats in de eigen omgeving. Reïntegratie, resocialisatie en participatie van bewoners worden het nieuwe adagium.

Deze ontwikkelingen worden extra aangejaagd door de alsmaar stijgende kosten van de zorg. Kostenbeheersing wordt dan ook een steeds belangrijkere motivatie voor

vermaatschappelijking. De wachtlijsten moeten worden weggewerkt, het aantal bedden teruggebracht en de personeelstekorten opgevangen.

Het begrip vermaatschappelijking ontstond toen bleek dat niet alle patiënten zomaar integreren wanneer je instellingen afbouwt en kleinschalige voorzieningen ‘in de maatschappij’ opbouwt. In de literatuur komen in de verschillende definities van het begrip vermaatschappelijking twee elementen naar voren:

Ten eerste gaat het bij vermaatschappelijking om de verschuiving van intramurale zorg naar zorg dichtbij huis (extramuralisering). Cliënten mogen niet meer opgesloten worden in instellingen buiten de samenleving. Ze horen bij de samenleving en dienen er een plaats in te krijgen. Als het echter alleen blijft bij een fysieke plaats in de samenleving, dan is het mogelijk dat de cliënt alsnog buiten de samenleving blijft staan.

Het tweede element van vermaatschappelijking is daarom '(re)integratie' of 'rehabilitatie' van de cliënt in de samenleving. Dit wordt ook wel het 'organiseren van gastvrijheid in de maatschappij' genoemd (Kal 2001). Vermaatschappelijking leidt ertoe dat de directe omgeving van mensen met beperkingen (familieleden, vrienden en burens) in toenemende mate wordt betrokken bij de praktische kant van de zorg- en dienstverlening. Het gaat hierbij om het creëren van een maatschappelijk klimaat waarin mogelijkheden ontstaan voor mensen die op de een of andere manier zorg nodig hebben.

De Taskforce: "Het alleen aanbieden van woonzorgarrangementen op maat is niet voldoende. Er dient ook aandacht besteed te worden aan de acceptatie en integratie van de zorgvragers, zodat ze niet in hetzelfde isolement terechtkomen als toen ze nog in 'bos en duin' woonden. Voorkomen moet worden dat het sociale leven van de zorgvrager zich beperkt tot de omgang met medebewoners en hulpverleners. Het proces van vermaatschappelijking moet dus niet alleen van de kant van instellingen en voorzieningen komen die zich in de samenleving vestigen, maar ook de samenleving moet een belangrijke actor worden." (Bron: www.vermaatschappelijking.nl).

Hoewel de term vermaatschappelijking zijn oorsprong vindt in de psychiatrie, richten we ons in deze notitie op een brede groep van kwetsbare mensen met beperkingen. Hiertoe rekenen we hulpbehoevende ouderen, mensen met lichamelijke of zintuiglijke beperkingen, mensen met verstandelijke beperkingen en mensen met een psychiatrische problematiek. Op welke wijze kan integratie van deze groepen in de samenleving mogelijk worden gemaakt? Daarbij sluiten we aan bij bovengenoemde brede definitie van vermaatschappelijking en zijn we vooral geïnteresseerd in de rol van de burger, de informele zorg in buurt en wijk.

Aan het streven naar vermaatschappelijking ligt een aantal vooronderstellingen ten grondslag, die we nader willen gaan verkennen.

1. Vermaatschappelijking gaat uit van mondige burgers die zelfstandig en verantwoordelijk kunnen handelen en de meerwaarde van de eigen leefomgeving kunnen benutten.
2. Vermaatschappelijking veronderstelt dat informele zorg, sociale steun en acceptatie van kwetsbare mensen in de buurt aanwezig zijn.
3. Vermaatschappelijking veronderstelt maatwerk t.a.v. ondersteuning van de kwetsbare mens. Dit vraagt om samenwerking en de nodige flexibiliteit binnen zorg en welzijn.
4. Vermaatschappelijking is kostenbesparend.

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk zullen we de eerste twee vooronderstellingen verkennen. De derde zal zijdelings bij de uitwerking van de woonservicezones in hoofdstuk 3

en bij de rol van de welzijnswerker in hoofdstuk 4 aan de orde komen. De nadruk zal liggen op (re) integratie van mensen die zorg nodig hebben.

In welke mate vermaatschappelijking kostenbesparend is (punt 4) hangt voor een groot deel af van de realisatie van de eerste drie punten. Het gaat in dit kader te ver om ons te wagen aan expliciete berekeningen.

2.2 Burgerschap en sociale steun

Aan de basis van het vermaatschappelijkingproces ligt een verandering in de visie van de overheid op burgerschap. De overheid is sterk het accent gaan leggen op de actieve participerende onafhankelijke burger die zijn eigen verantwoordelijkheid neemt: “de burger aan het roer” (van der Laan 2002). Voor wie het niet alleen redt is er een netwerk van algemene voorzieningen en in laatste instantie ook individuele voorzieningen. Mensen zijn in de eerste plaats burger en daarnaast soms ook patiënt, consument. Daarbij wordt de burger ook in zijn rol als patiënt/consument mondig geacht.

De eerdergenoemde expertcultuur van de jaren '50 maakt plaats voor een cultuur waarin de autoriteit van de behandelaar niet meer een automatisch gegeven is. Zeker nu internet zich als extra informatiebron aandient kan de vrager zichzelf voorzien van kwalitatief goede informatie. (Ex) minister Borst sprak in dit opzicht over een mondige patiënt die actief betrokken moet worden en inspraak moet hebben bij zijn behandeling, genezingsproces en gezondheid. De patiënt gaat zich organiseren in patiënten-/consumenten organisaties en deze mogen naast zorgaanbieders, verzekeraars en overheid aan de discussie tafel aanschuiven. Maar kan iedereen deze rol van mondige burger aan?

Een belangrijke dimensie aan burgerschap is gelijke rechten. In onze maatschappij is het uitgangspunt dat alle burgers gelijke rechten hebben. Rechten, die desnoods met juridische bijstand kunnen worden afgedwongen. Maar wie over onvoldoende competenties beschikt om te voldoen aan het ideaal van de autonome burger dreigt verstoken te blijven van zijn formele rechten en dreigt een soort tweederangsburger te worden. De Gezondheidsraad stelt vast dat 24.000 patiënten met ernstige psychiatrische problemen zorgverleners vermijden. 1/3 hiervan, dus 8000 patiënten, leeft in kammervolle omstandigheden (Gezondheidsraad 2004).

In de media zien we veel aandacht voor onder meer vereenzaming van mensen die tussen wal en het schip raakten, zoals rondzwervende (ex)psychiatrische patiënten die tevens zorgen voor overlast of erger. Zoals de moordenaar van Zweedse minister Lindh in 2003:

In de Zweedse kranten wordt de verdachte omschreven als labiel en geobsedeerd door bekende mensen. De man is geboren in Zweden, maar woonde als kind een tijdje in Joegoslavië, het land waar zijn ouders vandaan komen. Hij heeft een aantal veroordelingen op zijn naam staan, onder meer voor het neersteken van zijn vader en het bedreigen en stalken van een vrouw. Volgens politiebronnen zou de man zich kort na de aanslag op Anna Lindh, op 10 september, bij een ziekenhuis hebben gemeld vanwege psychische problemen. Het ziekenhuis wees hem af wegens plaatsgebrek. Bron: Trouw, 26 september 2003

Maar ook psychiatrische patiënten die in een gewone buurt tussen de ‘gewone’ mensen wonen en geen overlast bezorgen zijn niet altijd beter af. Een documentaire die de IKON op 13 februari 2004 uitzond over het geïsoleerde leven van psychiatrische patiënten in een rijtjeshuis in Nieuwegein illustreert dit.

Ze bezorgen de burens geen overlast, maar verder doen ze ook niks. Het overgrote deel zit achter de geraniums, krijgt ongelofelijk veel pillen toegediend en heeft een casemanager die eens per twee weken langskomt om te kijken of die pillen ook echt ingenomen worden. Bezoek

van vrienden of familie is er nauwelijks en er is heel veel eenzaamheid. Het is dus de vraag of je deze mensen op zo 'n manier in de samenleving moet zetten (Interview met de maker van de documentaire in de VPRO gids 2004, nummer 6, pagina 84).

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, zorgkantoren en lokale overheden lijken zich te beperken tot extramuralisering van de zorg. Van inzet ten behoeve van vermaatschappelijking in brede zin is nauwelijks sprake. Ook woningcorporaties en instellingen voor arbeidsvoorziening voelen zich niet sterk betrokken bij het voorzieningenaanbod voor mensen met psychische problemen (Kwekkeboom 2001).

Maar ook van burgers mogen we inzet verwachten. Naast gelijke rechten die we zojuist schetsten is burgerschap ook verbonden met een publieke dimensie. Die publieke dimensie houdt in dat mensen hun rechten en hun eigen vrijheid in overeenstemming brengen met het algemene belang en hun plichten tegenover de ander (Wolf 2002). Het vervullen van die publieke dimensie van burgerschap houdt in dat niet alleen overheid en professionele instellingen, maar óók de burgers een verantwoordelijkheid hebben in het aanpakken van sociale problemen. Maar verkondigen dat verantwoordelijkheid voor de ander een morele plicht is, is niet voldoende.

De paradoxale burger

De burger heeft de afgelopen decennia vooral zijn rol als mondig consument aangeleerd en opgepakt. Nu deze geconfronteerd wordt met een terugtrekkende overheid is het niet vanzelfsprekend dat hij zijn sociale verantwoordelijkheid zal nemen. Er zijn genoeg voorbeelden te bedenken waaruit dat blijkt.

Nederlanders hebben vaak een paradoxale houding ten aanzien van maatschappelijke problematiek: we vinden het allemaal prima en zelfs noodzakelijk dat de overheid zorgt voor asielzoekerscentra, opvang voor verslaafden, daklozen, tippelzones, etc. zolang we er zelf geen last van hebben: het 'not in my backyard' (nymby) syndroom. In het voorbeeld van de psychiatrische patiënten in het rijtjeshuis is geen initiatief tot contact geweest vanuit de buurt. Ook het moeizame proces om mensen in Nederland te bewegen zich op te geven als donor na overlijden illustreert hoe moeilijk het soms is om mensen te verleiden tot actief burgerschap. Terwijl wie onverhoopt zelf een donornier of hoornvlies nodig heeft het recht hierop vanzelfsprekend vindt.

2.3 Informele zorg onder druk

Dat neemt niet weg dat veel mensen hun 'burgerschapsplicht' vervullen in de informele zorg. Nederlanders beschouwen onderlinge hulp nog steeds als iets vanzelfsprekends (de Hart, Knol et al. 2002).

In Nederland zijn circa 2,5 miljoen mensen actief in de informele hulp. In de periode 1997-1999 gaf ruim 20% van de bevolking van 16 jaar of ouder, ofwel circa 2,5 miljoen mensen, informele hulp (Timmermans 2001). De hulp is hier gedefinieerd als 'hulp bij het dagelijks functioneren, die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven aan mensen uit het sociale netwerk, die - door welke oorzaak dan ook - vrij ernstige fysieke of psychische beperkingen hebben'. Deze mensen hielpen chronisch zieken (9%), tijdelijk zieken (15%) en terminaal zieken (6%). Sommigen geven hulp aan meerdere personen.

Het geven van informele hulp heeft een hoge immateriële prijs. Helpers ervaren vooral een tekort aan tijd, ze vinden de combinatie van dagelijkse verplichtingen (zoals zorgen en werken) zwaar en hebben het gevoel dat ze in hun dagelijkse bezigheden te kort schieten. Verder blijkt dat helpers zich significant zwaarder belast voelen, of ze nu betaalde arbeid verrichten of niet.

Tegenover deze ‘kosten’ staat ook een beloning: mensen vinden het prettig om, als het nodig is, iets voor een ander te kunnen doen (Timmermans 2001).

Tabel 2. Voorkomen van specifieke tijdsproblemen in de periode dat er hulp nodig was onder 18-61 jarigen (a), 1997-1999 (in procenten) (bron: [SCP](#), zorgverlof 2000).

	% helpt	% helpt niet
Regelmatig tekort aan tijd	48	32
Combinatie van dagelijkse verplichtingen en zorg was te zwaar of veel tegen	42	-
Door het helpen dagelijkse bezigheden minder zorgvuldig gedaan dan gewoonlijk	38	-
Meer moeite dan anders met het regelen van het eigen huishouden	46	18
Niet toekomen aan activiteiten in vrije tijd, hobby's	31	7
Te moe om iets te ondernemen in de vrije tijd	22	5
Ziek of overspannen geraakt door te veel verplichtingen tegelijkertijd	10	4

a) Dit betreft werkenden (ongeacht leeftijd) en niet-werkenden tussen 18 en 61 jaar.

Het verlenen van zorg is er de afgelopen decennia niet gemakkelijker op geworden, omdat de omstandigheden waaronder mensen zorg verlenen in die periode drastisch zijn veranderd. Door de toegenomen mobiliteit en ontwikkeling van de welvaart zijn mensen minder gebonden aan de plaats waar ze wonen of vandaan komen. Dat betekent in de praktijk bijvoorbeeld dat kinderen niet altijd meer in de buurt van hun ouders wonen, en dat relaties tussen mensen zich niet meer vanzelfsprekend binnen de wijk of buurt afspelen.

Ook de omvang en samenstelling van sociale netwerken zijn veranderd. Steeds minder mensen kiezen voor een levenslange relatie. De klassieke gezinsstructuur brokkelt af en het totale aantal huishoudens stijgt jaarlijks, terwijl tegelijkertijd het gemiddelde aantal personen per huishouden afneemt. Dat komt vooral door de vergrijzing van de bevolking en de daling van het gemiddelde aantal kinderen per gezin (SCP 2003). Weliswaar stijgt de levensverwachting, waardoor verwanten langer in leven blijven, maar daar staan twee ingrijpende ontwikkelingen tegenover. Ten eerste een daling van het gemiddelde kindertal: grote gezinnen komen steeds minder voor en ten tweede de stijging van de gemiddelde leeftijd waarop men kinderen krijgt, waardoor binnen families de generaties een stuk verder ‘uit elkaar’ zijn komen te liggen (Post, van Imhoff et al. 1997).

Er heeft zich bovendien, mede onder invloed van bovenstaande ontwikkelingen, een teruggang in de contacten tussen huisgenoten voorgedaan. Hiertegenover staat dat het subjectieve belang van vriendennetwerken is toegenomen.

Daar komt bij dat ook het traditionele zorgpotentieel onder vrouwen is afgenomen. Vrouwen nemen in steeds grotere getale deel aan onderwijs en arbeidsmarkt. Mede door die grotere arbeidsparticipatie van vrouwen is de gemiddelde vrije tijd van de bevolking in de jaren negentig aanzienlijk afgenomen (Breedveld and van den Broek 2001).

Het gevolg van deze ontwikkelingen is dat de letterlijk meest nabije sociale netwerken waar mensen op kunnen leunen, kleiner zijn geworden. En sociale steun die voortvloeit uit het sociale netwerk (zowel op emotioneel als praktisch gebied) is moeilijker te organiseren op afstand dan dichtbij.

We zien de zorgvraag door de toename van de bevolking en de vergrijzing toenemen terwijl het zorgaanbod daarbij achter blijft. Hoe groter de financiële en personele tekorten oplopen in de zorg echter, hoe meer de informele zorg hierdoor ook onder druk zal komen te staan (Cox, van Daal et al. 2001). De meest genoemde stuwende factor van de vraag is de toename van het

aantal ouderen. Tussen 2000 en 2020 stijgt het aandeel 65-plussers met de helft. Het SCP voorspelt dat het aantal mensen dat verpleging en verzorging vraagt, van ruim 1,2 miljoen in 2000 naar 1,6 miljoen personen in 2020 (van Campen, Kooiker et al. 2004). Minder dan de helft van deze zorgvragers zal in 2020 formele AWBZ zorg ontvangen. De rest van de zorgvragers zal zijn aangewezen op particuliere hulp en mantelzorg.

We zien dus tegenstrijdige maatschappelijke ontwikkelingen: terwijl de vraag naar zorg toeneemt en de vermaatschappelijking van de zorg doorzet, veranderen de omstandigheden waaronder mensen moeten zorgen zodanig dat informele zorg moeilijker te organiseren is. Desondanks is de informele zorg (nog) niet afgenomen. Maar deze staat wel onder druk. Het probleem van de informele hulp schuilt niet zo zeer in het aanbod daarvan, maar in de zwaarte van de draaglast die het verlenen van zulke hulp is. Informele zorgverlening blijkt het langst te kunnen worden volgehouden als de hulpvrager deel uitmaakt van een uitgebreid netwerk, waarbinnen de leden bij elkaar terecht kunnen voor opvang, ondersteuning en wellicht ook aflossing (de Hart, Knol et al. 2002). Het probleem is echter dat juist mensen met beperkingen deze uitgebreide netwerken significant vaker ontberen (Kwekkeboom 2001; de Hart, Knol et al. 2002).

2.4 Draagkracht van de buurt

De hier geschetste maatschappelijke ontwikkelingen werken door op de draagkracht van de buurt. De draagkracht van buurt of wijk met betrekking tot informele zorg is een optelsom van de individuele marges die buurtbewoners hebben om zorg te kunnen en willen verlenen. Met het afnemen van de individuele marges is het zorgend vermogen van de wijk ook afgenomen. Hoewel de hulpbereidheid van buurtgenoten door Nederlanders over het algemeen hoog geschat wordt, is er wel wat veranderd. “Er is een groeiende behoefte aan lichte gemeenschappen die zich kenmerken door dynamiek en flexibiliteit, door vrijwillige verbintenis met op ieder moment de mogelijkheid om de groep te verlaten, door openheid en nieuwsgierigheid naar de buitenwereld en een minimum aan gedragsregels” (Duyvendak and Hurenkamp 2004).

De burger heeft tot de wijk waarin hij woont een andere relatie dan enkele decennia geleden het geval was. Dankzij de toegenomen mobiliteit en communicatie is de wijk een uitvalsbasis van waaruit men deelneemt aan activiteiten als onderwijs, arbeid, sociale activiteiten of sport. We kiezen onze sociale contacten minder op basis van familiebanden of nabijheid, maar eerder op basis van gedeelde interesses en genegenheid. Een keerzijde van de afgenomen wijkgebonden sociale cohesie is dat hiermee de betrokkenheid van de burger op zijn wijk afneemt. Mensen lijken een voorkeur te hebben voor zwakke of losse banden boven sterke bindingen.

Het is niet zo dat de wijk geen rol speelt. Verwachtingen die mensen hebben van daadwerkelijk hulp door burens varieert per wijk. Zowel fysieke als sociale kenmerken op wijkniveau blijken de kracht van de sociale netwerken te beïnvloeden. Wat betreft sociale kenmerken scoren wijken met een hoog aandeel van mensen met een lage maatschappelijke positie, eenoudergezinnen en een hoog aandeel jongeren in de bevolking en verhuizingen, hoog op geringe sociale cohesie en voor een grotere gelegenheid voor het plegen van criminaliteit (de Hart, Knol et al. 2002). Wat betreft de fysieke kenmerken blijken vroeg naoorlogse flats en/of huurwijken en compact stedelijke gebieden zich in ongunstige zin te onderscheiden met betrekking tot beleving van veiligheid van de buurt en slachtofferrisico. Vermaatschappelijking van de zorg heeft er toe geleid dat steeds meer zorgvragers uit de instellingen in de wijken terecht zijn gekomen. Hierdoor komt het lokale vangnet onder druk te staan. Ook renovaties en stadsvernieuwing zijn hier debet aan (Kwekkeboom 2001; de Hart, Knol et al. 2002).

Gevoelens van onveiligheid gaan gepaard met een afname van het vertrouwen in de wijk. Ook hierdoor kan het zorgend vermogen van de buurt onder druk komen te staan.

“Het onderling aanspreken neemt af en mensen gaan steeds vaker naar de politie bellen als er iets loos is. De directe communicatie schrompelt steeds verder ineen. Zo’n buurt weet zich geen raad met mensen die buiten hun beeld vallen. De eerste reflex is er een van afweren. (Brabants Dagblad, ”afscheid van welzijn” zaterdag 31 januari 2004)

Bij draagkracht van de wijk gaat het dus niet alleen om de hoeveelheid aanwezige informele zorg, maar ook om vertrouwen, acceptatie en tolerantie van ‘vreemde’ anderen. Het gaat om de ruimte om er te mogen zijn, zoals deelname aan het verenigingsleven, het mee-eten van (ex)psychiatrische patiënten bij eetpunten voor ouderen of het mee mogen doen van mensen met een verstandelijke handicap bij de fanfare.

Van de wijk wordt verwacht dat burens elkaar ondersteunen en dat ze vreemde, kwetsbare mensen als gelijke medeburgers waardeert en ook een eerste ondersteuning biedt, zodat deze kwetsbare mensen zich ook in de wijk kunnen handhaven. Maar ook hier manifesteert zich de vaak paradoxale houding van burgers: mensen stemmen vooral in met vermaatschappelijking als beleid als ze er zelf geen last van hebben. De mate waarin die last wordt ervaren, hangt niet alleen samen met het gedrag van de kwetsbare mensen zelf, maar vooral ook met de ervaringen die men zelf met deze mensen heeft. Kennis van psychiatrische problematiek en de verschijningsvormen dragen bij aan een grotere tolerantie. Zij dragen tevens bij aan een grotere bereidheid tot hulpverlening. Maar ook dan worden familieleden, vrienden en burens eerder geaccepteerd en geholpen dan psychiatrische patiënten met wie eerder geen relatie bestond (Kwekkeboom 2001). Dat betekent, dat wie weinig (contact met) familie heeft, of geen vrienden (meer) heeft, het lastiger zal krijgen om te integreren in de buurt. Mensen met psychiatrische beperkingen die vaak kleine sociale netwerken hebben, zijn hier sterk in het nadeel. Maar niet alleen zij.

De integratie van mensen met een verstandelijke handicap is een proces dat eveneens moeizaam blijkt te verlopen. Deze groep integreert, na verhuizing van instelling naar wijk, niet of nauwelijks op de arbeidsmarkt, in het onderwijs en in het verenigingsleven. Sociale integratie met niet-gehandicapten komt zeer beperkt op gang (Overkamp 2000).

Van de ouderen gaat tweederde vrijwel probleemloos en betrekkelijk onafhankelijk en zelfstandig door het leven. Bij eenderde van de ouderen is er sprake van een slechte of matige gezondheid, een ondermaats inkomen en een grotere mate van isolatie. Juist voor deze groep, is de kwaliteit van sociale contacten in de buurt of wijk belangrijk. De beleving van overlast en onveiligheid in buurt of wijk bepaalt daarnaast of men het contact met de buurt zoekt, dan wel uit de weg gaat (van Tits, Lambeck et al. 2000).

De afgenomen draagkracht van de buurt roept de vraag op welke (nieuwe) mogelijkheden je kunt aanboren om informele zorg in stand te houden of uit te breiden.

2.5 Inclusief burgerschap

Het denken in termen van draaglast- draagkracht maakt het antwoord hierop niet gemakkelijk. Het stellen van beide termen tegenover elkaar gaat uit van het perspectief van de openbare orde. De focus is gericht op de bescherming van de maatschappij tegen de problemen die kwetsbare mensen in de publieke ruimte kunnen geven (Wolf 2002). Men is dan snel geneigd om repressie als enige oplossing te zien.

Repressie is symptoombestrijding die soms ook nodig is, maar leidt ook de aandacht af van de verantwoordelijkheid tegenover de medeburger. Media laten regelmatig hiervan voorbeelden zien. Ze stellen overlast in de wijk aan de kaak en roepen daarbij om een harde aanpak want de burger heeft het recht om 'niet gestoord' te worden.

“ We zijn harder tegen criminelen. Vroeger wilden we ze genezen, nu gaan ze de bak in. Voor de veiligheid hebben we camera's, identificatieplicht en detectoren. Verslaafden moeten gedwongen afkicken. Niks ongelukkige jeugd, slikken die pillen! Psychiatrische patiënten? Niet praten of invoelen, maar gedragstraining. Dak en thuislozen? Die vervuilen, we zijn ze liever kwijt. De barmhartigheid verdwijnt.” Bron: Brabants dagblad, 31 januari 2004 “Afscheid van het welzijn”.

De eerder beschreven autonome, mondige burger lijkt strijdig te zijn met de idee van de 'zorgende burger'. Mensen vinden vooral dat ze rechten hebben maar voelen niet altijd de noodzaak om daartegenover ook de burgerschapsplicht uit te oefenen die nu van ze verwacht wordt. Door 'zorg' in het concept van burgerschap op te nemen als 'kwetsbaar burgerschap' zou dat voorkomen kunnen worden: dan staan zorg en autonomie niet meer tegen over elkaar (Sevenhuijsen 2002).

Het concept 'kwetsbaar burgerschap' geeft ruimte aan een manier van denken die gericht is op het stabiliseren of verbeteren van de leefsituatie van de kwetsbare mens en niet enkel op overlastbeperking. Door Wolff wordt dit het 'zorgperspectief' genoemd. Dit zorgperspectief is echter te beperkt. Het suggereert een abrupte tegenstelling tussen de 'kwetsbaren' en 'niet-kwetsbaren', waarbij de tweede groep de morele plicht heeft de eerstgenoemde groep te helpen (of die 'plicht' ook tot handelen leidt is een ander verhaal).

Eerder moeten we ervan doordrongen raken dat we allemaal soms kwetsbaar zijn op enig moment in ons leven. Als we onverhoeds voor een operatie naar het ziekenhuis moeten, als we bezwijken als mantelzorger onder de te zware belasting, als we als welzijnswerker wegens bezuinigingen op straat komen te staan....En we worden hopelijk allemaal oud, maar we weten ook dat daar gebreken bijhoren. Het gaat hier om een manier van denken analoog aan het concept van 'inclusief ontwerpen', ook wel 'design for all' genoemd, dat voor hulpmiddelen in de sector van de ouderen en gehandicapten ontstond.

Kernpunt van design for all is dat men zich vanaf de beginfase van productontwikkeling richt op een brede groep gebruikers waardoor producten ontstaan die geen hulpmiddelen nodig hebben. Bovendien ontkoppelt het ook het begrip 'handicap' van 'fysieke beperkingen'. Fysieke beperkingen zoals doofheid of blindheid wijzen op een lichamelijke beperking. Maar iedereen kan een onder bepaalde omstandigheden (tijdelijk) gehandicapt zijn: iemand die auto rijdt kan niet tegelijkertijd lezen, wie zwanger is, is minder goed te been, in een lawaaierige omgeving is een telefoongesprek moeilijk te volgen enz. (zie ook <http://www.design-for-all.info/>)

Interventies die vermaatschappelijking in brede zin willen bereiken, zullen moeten aansluiten bij een brede opvatting van kwetsbaar burgerschap, die we 'inclusief burgerschap' zullen noemen. Inclusief burgerschap maakt burgerschap een belang van iedereen. De term inclusief burgerschap ontleen we aan het werk van Douwe van Houten, die pleit voor een gevarieerde samenleving, waarbinnen het recht op verschil een belangrijke plaats inneemt. In een gevarieerde samenleving is geen sprake van uitsluiting. Het ideaal is inclusief, "een samenleving waarin iedereen ertoe doet en mensen waar iets mee is, niet worden gemarginaliseerd" (van Houten 2000).

Een goed voorbeeld van het streven naar inclusief burgerschap is de campagne ‘maak contact’ van het Nederlandse Rode Kruis.

“Even bijpraten met vrienden, babbelen met de burens of gewoon een goed gesprek: wie kan er nou zonder? Ook mensen met een handicap of chronische ziekte hebben behoefte aan contact. Vroeger woonden deze mensen in grote instellingen, ver weg van de 'normale' wereld. Tegenwoordig wonen ze net als ieder ander in doorzonwoningen, vinexlocaties en (aangepaste) appartementen. Toch is de integratie nog niet zo ver als zou moeten. Wist je dat de helft van de Nederlandse bevolking geen persoon met een handicap of chronische ziekte kent? En andersom? En dat terwijl 1 op de 10 mensen een chronische ziekte of handicap heeft. Het Rode Kruis vindt dat iedereen recht heeft op menselijk contact. En daarom organiseren we de campagne 'Maak contact'. Om mensen bij elkaar te brengen. Mensen met én zonder handicap of chronische ziekte.” Bron: www.maakcontact.nl

De campagne richt zich op ‘gewone’ mensen en laat tegelijkertijd zien hoe dichtbij mensen met een handicap eigenlijk zijn. Ze laat ook zien dat contact tussen mensen met en zonder handicap een wederzijds genoeg is. En wellicht is nabijheid, elkaar leren kennen en het vinden van gemeenschappelijkheden de sleutel tot werkelijke vermaatschappelijking.

Een voor de handliggende plek waar mensen direct met elkaar te maken hebben is de buurt.

Veel interventies rondom (informele) zorg zijn gericht op de buurt. Tegelijkertijd constateerden we dat de verbondenheid van mensen met hun buurt afnam. De volgende paragraaf laat recente cijfers zien over hoe mensen zich verhouden ten opzichte van hun eigen buurt en hoe ze hun eigen hulpvraag en hun verwachting hulp te krijgen vanuit de buurt beleven.

2.6 Sociale steun en perceptie van de eigen buurt in Eindhoven

Van inwoners van Eindhoven is onderzoeksinformatie beschikbaar over hun beleving van hun buurt en de sociale steun die ze denken te geven of te vragen. Samen met de afdeling Bestuursinformatie en Onderzoek (BIO) van de gemeente Eindhoven werd ten behoeve van de evaluatie van het Eindhovense Digistein¹ project een survey opgesteld en afgenomen over de voor Digistein relevante concepten (technologie, sociale cohesie, sociale steun ...). Daartoe werd aangesloten bij de jaarlijkse bewonersenquête. De meetmomenten waren september 2002 en juni 2004. De respons lag respectievelijk op 49 en 44%. Door herweging is de representativiteit verder verhoogd.²

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de voor deze notitie relevante onderzoeksresultaten.

We beginnen met meer algemene uitspraken die in de enquête werden voorgelegd over in welke mate ze het eens waren met een aantal uitspraken over de buurt waarin ze wonen. Hieruit blijkt dat in elk geval de afgelopen 2 jaar de mensen in Eindhoven niet negatiever tegenover hun buurt zijn komen te staan. In tegendeel, in 2002 gaf 36% van de respondenten aan “in een gezellige buurt met veel saamhorigheid” te wonen, tegen 44% in 2004. Dat is 8 % meer.

¹ Het Eindhovense ‘Digistein’ is één van de 4 digitale broedplaatsen die eind 2002 opgestart zijn door het Ministerie van Binnenlandse Zaken (BZK). In deze broedplaatsen worden instrumenten ontwikkeld om met behulp van technologie de sociale kwaliteit van de stad te verbeteren. Om een effectevaluatie van het experiment Digistein te organiseren, voerde Fontys Hogeschool Sociaal Werk een reeks onderzoeksactiviteiten uit, zowel kwalitatief als kwantitatief van aard. Deze meting vond plaats in September 2002 en had de vorm van een postenquête onder de bevolking (15-84 jaar) van Eindhoven.

² Details over vragenlijsten, herweging, e.d. kunnen opgevraagd worden bij Lilian Linders of bij de afdeling Bestuursinformatie en Onderzoek van de gemeente Eindhoven (zie www.eindhoven.nl).

Belangrijk voor hoe men zich verhoudt ten opzichte van de buurt is ook ‘wie men vindt dat tot de buurtgemeenschap behoort’. Uit de resultaten blijkt dat men nauwelijks geneigd is alleen mensen die in de buurtgemeenschap geboren zijn tot de buurtgemeenschap te rekenen. Dat is geheel in lijn met het veranderende karakter van de buurt, waarin de oorspronkelijke buurtgemeenschap heeft plaatsgemaakt voor mensen die zich veel minder gebonden voelen aan de wijk. Puur het er wonen is voldoende om deel uit te maken van de buurtgemeenschap. Wel valt op dat het percentage van wie zichzelf tot de buurtgemeenschap rekent gedaald is van 76 naar 72%. 38% plaatst zich daarbuiten.

Ook bij de volgende, nog steeds algemene uitspraak: “De mensen hier zijn in het algemeen vriendelijk en bereid je te helpen” is het percentage ‘mee eens’ gestegen, van 57% in 2002 naar 62% in 2004.

Wanneer de vragen in algemene zin gesteld worden, geven mensen aan dat ze in een prettige buurt wonen, en staan ze in 2004 iets positiever ten opzichte van hun buurt dan in 2002. De volgende tabel schetst vier concrete situaties met de vraag of men daarin op de hulpbereidheid van zijn buurtgenoten zou kunnen rekenen. In de afgelopen 2 jaar zijn hierin geen spectaculaire verschillen ontstaan, maar wel is er een lichte daling in negatieve zin te zien. Er is een lichte stijging te zien van de groep die aangeeft waarschijnlijk/zeker niet zou helpen meubels te vervoeren naar het huis van autoloze burens (van 23 naar 26 %), hulp te bieden tegen lastigvallende jongeren (van 24 naar 26%) en mee te doen aan protestacties tegen de gemeente (van 48 naar 51%).

Tabel 5 Denkt u dat uw burens/buurtgenoten in de volgende denkbeeldige situatie zouden helpen?

Antwoorden op denkbeeldige situaties, 2002 en 2004					
scores in %					
<i>Meubels vervoeren naar het huis van autoloze burens</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
‘02	‘04	‘02	‘04	‘02	‘04
26	25	51	49	23	26
<i>Hulp bieden tegen een groep jongeren die u lastig valt</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
‘02	‘04	‘02	‘04	‘02	‘04
21	22	55	52	24	26
<i>Meedoen aan protestacties tegen de gemeente</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
‘02	‘04	‘02	‘04	‘02	‘04
13	11	38	39	48	51
<i>Helpen een leegstaand gebouw voor de buurt te benutten</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
‘02	‘04	‘02	‘04	‘02	‘04
5	5	39	39	45	45

Een andere vraag informeert naar de drempels die er zijn om zelf de burens om hulp te vragen. Uit tabel 6 blijkt voor de Eindhovense respondenten dat mensen het snelst een beroep op hun burens doen als het gaat om de verzorging van planten tijdens een vakantie, het lenen van kleine dingen en het inschakelen van de burens voor het doen van boodschappen bij ziekte. Bij klusjes in huis is men terughoudender. In 2004 geeft ongeveer de helft aan de burens in te schakelen daarvoor. Voor het bespreken van persoonlijke problemen zou minder dan de helft bij de burens aankloppen. De verschillen tussen 2002 en 2004 zijn niet groot. We zien de drempel om hulp te vragen iets hoger worden in 2004, vooral bij boodschappen doen bij ziekte en klusjes in huis.

Tabel 6 Zou u in de volgende denkbeeldige situaties zelf uw burens / buurtgenoten om hulp vragen?

Antwoorden op denkbeeldige situaties, 2000 en 2004					
scores in %					
<i>De planten verzorgen tijdens de vakantie</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
'02	'04	'02	'04	'02	'04
54	52	21	22	26	27
<i>Kleine dingen lenen, bijvoorbeeld gereedschap</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
'02	'04	'02	'04	'02	'04
60	51	23	31	17	18
<i>Boodschappen doen bij ziekte</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
'02	'04	'02	'04	'02	'04
45	40	27	28	28	33
<i>Klusjes doen in huis</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
'02	'04	'02	'04	'02	'04
26	21	26	29	47	51
<i>Een persoonlijk probleem waarover men wil praten</i>					
zeker wel		waarschijnlijk		waarschijnlijk niet/zeker niet	
'02	'04	'02	'04	'02	'04
22	18	25	26	54	56

Omdat de cijfers slechts een periode van een kleine 2 jaar beslaan is de waarde ervan ten aanzien van het signaleren van trends beperkt. Daarvoor is een langere tijdreeks noodzakelijk. Toch zien we een lichte daling over de afgelopen 2 jaar voor wat betreft gepercipieerde hulpbereidheid en gepercipieerde hulpvraag. Als een dergelijke trend doorzet heeft dat negatieve gevolgen voor de te verwachten sociale steun op buurtniveau.

2.7 Samenvatting

De term vermaatschappelijking in brede zin wil zeggen dat naast het verschuiven pur sang van zorg van instelling naar wijk ook de rol van de samenleving en het sociale netwerk bij de

integratie van de zorgbehoevende centraal staan. Veel instellingen en lokale overheden beperken zich echter tot extramuralisering van de zorg en richten zich niet op de consequenties van die bredere betekenis van vermaatschappelijking.

Onder druk van vermaatschappelijking, vergrijzing en oplopende kosten van de zorg schuift de overheid haar verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn steeds meer in de richting van de burger. Maar niet alle burgers hebben de competenties om die rol als actief en verantwoordelijk burger op te pakken. En de burger die wel over deze vaardigheden beschikt, die immers 'opgevoed' is als mondige consument, is vaak meer gericht op 'waar hij zelf recht op heeft' dan op die andere kant van verantwoord burgerschap.

Toch pakken veel mensen die 'burgerschapsplicht' op, maar de druk op informele zorg neemt steeds meer toe en wordt bijvoorbeeld bij mantelzorgers als belastend ervaren. Door factoren als toegenomen mobiliteit, arbeidsparticipatie van vrouwen en gezinsverdunding zijn de omstandigheden waaronder mensen voor elkaar zorgen bovendien moeilijker geworden. Dit werkt door in de draagkracht van de buurt. Daarbij komt dat de oriëntatie van mensen op hun buurt verminderd is waardoor voor elkaar zorgen in de buurt minder vanzelfsprekend is. Ook cijfers van de gemeente Eindhoven over sociale steun geven een voorzichtige indicatie dat sociale steun op buurtniveau afneemt.

Terwijl steeds meer zorgvragers vanuit de instelling in de wijk terechtkomen, worden acceptatie en integratie er niet gemakkelijker op. Een eerste stap om de integratie van kwetsbare mensen in de wijk te bevorderen is om inclusief burgerschap als uitgangspunt te nemen.

3 Overheidsbeleid

De overheid probeert met haar beleid in te spelen op de maatschappelijke ontwikkelingen rondom zorg en welzijn, zoals we die eerder schetsten. In dit hoofdstuk laten we zien dat er in het huidige overheidsbeleid elementen te vinden zijn die strijdig zijn met wat ze ermee wil bereiken (3.1). Ook kijken we naar wat de aankomende wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) in dit kader voor mogelijkheden biedt (3.2). Het tweede deel van het hoofdstuk schetst hoe het concept van woonzorgcomplexen evolueert naar woonzorgzones (3.3) en woonservicezones. Paragraaf 3.4 gaat nader in op het verschil tussen deze twee laatste begrippen en op hoe de gemeente Eindhoven dit concept tot nu toe invult.

Voor deze paragraaf is onder meer gebruik gemaakt van informatie verkregen uit een groepsgesprek met welzijnswerkers van Loket W over hun ervaringen met de ontwikkeling van woonservicezones in hun werkgebied (Zie de bijlage voor het verslag).

3.1 Paradoxaal overheidsbeleid

Eerder kwam al aan de orde dat de relatie tussen overheid en burger is veranderd. De overheid spreekt haar burgers steeds meer aan op haar eigen medeverantwoordelijkheid voor de kwetsbare mens. Minister-president Balkenende verwoordt dit als vervent voorstander van het ‘communitarisme’, een gedachtegoed van Etzioni³. Het communitarisme richt zich tegen het in zijn ogen doorgeslagen individualisme van de moderne tijd, en stelt daartegenover dat mensen in een gemeenschap leven en gebonden zijn aan de rechten en plichten die in elke gemeenschap bestaan. Communitarisme legt de nadruk op de waarden van kleine, hechte gemeenschappen, sociale controle en joods-christelijke waarden en normen.

Het kabinet, aangestuurd door de minister president Balkenende, heeft een debat over maatschappelijke normen en waarden aangezwengeld tot op Europees niveau toe. De burger geeft ondertussen de voorkeur aan goede publieke voorzieningen boven eigen verantwoordelijkheid.

De meeste Nederlanders hebben liever goede collectieve voorzieningen dan een overheid die de burger aanspoort meer 'eigen verantwoordelijkheid' te nemen. Het kabinet-Balkenende II is mede daardoor zeer impopulair. Bron: Volkskrant, 18 september 2004.

Het beleid dat nogal wat vraagt van de burger aan eigen initiatief, ‘verantwoordelijkheid nemen’ en zorgzaamheid voor de naasten, wordt door veel mensen in Nederland niet gesteund. Dat kan negatieve gevolgen hebben voor de effectiviteit van het beleid.

Ideologisch lijken de opvattingen van het kabinet en de burgers elkaar niet tegen te spreken. Het recht van een plaats in de maatschappij voor iedereen, ook voor de kwetsbare burger en het belang en de vanzelfsprekendheid van informele zorg hierbij, wordt door burgers en overheid belangrijk gevonden. Maar op de weg naar de realisatie van de idealen blijken in de praktijk hindernissen te liggen. Veranderingen in de maatschappij, zoals verandering in omvang en samenstelling van sociale netwerken, vragen erom serieus genomen te worden. Van de overheid mag je dan ook verwachten dat ze een samenhangend beleid voert zodat ze de informele zorg ook daadwerkelijk ondersteunt, zodat kwetsbare mensen ook echt mogelijkheden krijgen om te integreren in de samenleving. De beleidsmaatregelen op

³ In de afgelopen twintig jaar is Etzioni de intellectuele aanvoerder van het communitarisme in de Verenigde Staten geworden. In 1993 richtte hij The Communitarian Network op, dat de ideeën van communitaristen uitdraagt en in praktijk probeert te brengen (zie <http://www2.gwu.edu/~ccps/>).

macroniveau laten echter tegenstrijdige maatregelen zien, waar ook de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling op wijst (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2003).

Enkele voorbeelden:

- Terwijl de eigen verantwoordelijkheid wordt gestimuleerd, wordt er wel bezuinigd op ‘zelfhulpmiddelen’. Budgetten voor o.a. betere informatie voor burgers en leefbaarder wijken worden gekort met 20 %.
- Mensen moeten en willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, maar ondertussen gaat de overheid door met het beperken van zorgarrangementen zoals het verhogen van de tarieven voor thuiszorg. Iedereen moet steeds meer gaan betalen voor de zorg die hij nodig heeft. Wie dat niet kan betalen, krijgt het steeds moeilijker.
- Een belangrijk speerpunt voor de overheid is het verhogen van arbeidsproductiviteit. We moeten allemaal meer en langer werken. Dit wringt met het streven naar meer informele zorg.
- Vervoersvoorzieningen richten zich sterk op efficiency, wat als bijeffect heeft dat er speciale voorzieningen moeten worden komen voor mensen met beperkingen. Normale participatie komt daardoor niet van de grond, omdat mensen met beperkingen veelal blijven aangewezen op geïsoleerd vervoer. Bovendien is ook op de vergoeding van deze kosten bezuinigd.
- Vanaf de jaren '80 is de sociale infrastructuur onder druk gezet. Te denken valt aan de herhaaldelijke bezuinigingsrondes en de ideologische discussie in het jeugd- en jongeren werk, het sociaal-cultureel werk en opbouwwerk. Met het afkalven van deze professionele activiteiten is er ook heel wat van het vrijwilligerswerk uit de buurt verdwenen.

Hoogervorst snijdt weer in subsidies

“Minister Hoogervorst van Volksgezondheid verlaagt de subsidies voor zorg- en welzijnsprojecten van 196 naar 110 miljoen euro per jaar. Alleen sport en preventie-activiteiten worden ontzien. Uitgangspunt voor Hoogervorst en staatssecretaris Ross is verder om de steun aan een instelling te beperken tot maximaal een paar jaar.” (Bron: Volkskrant 9 september 2004)

Het ligt voor de hand bestaande praktijken binnen welzijn, mede door de toegenomen kosten kritisch te bezien. Bezuinigingen kunnen alleen dan een stimulans zijn voor herbezinning en effectiever beleid als ze anticiperen op essentiële maatschappelijke veranderingen en dat gebeurt onvoldoende. Het tot nu toe gevoerde inconsequent beleid zal doorwerken tot in de effecten ervan.

3.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Ondertussen is de overheid druk bezig met de wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Met deze wet wil het kabinet kostenbeheersing hand in hand laten gaan met het bevorderen of herstel van de zelfredzaamheid van mensen. Het kabinet staat op het terrein van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor belangrijke keuzes (Staatssecretaris van VWS 2004). Ze wil de solidariteit van gezonde mensen met gehandicapten, zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten behouden en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg en de ondersteuning aan burgers verbeteren. Tevens wil het kabinet de samenhang in voorzieningen voor deze mensen in hun directe omgeving verbeteren zodat ze zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren.

De veranderingen in het stelsel voor langdurige zorg en ondersteuning bouwen voort op ontwikkelingen van de laatste jaren zoals de modernisering van de AWBZ, maar ook op lokale ontwikkelingen bij gemeenten in het ondersteunen van de eigen burgers, zoals het uitbouwen van de één-loket-gedachte. Tegelijkertijd is er sprake van een forse overschrijding van het beschikbare geld voor de zorg. Zo werd de AWBZ de afgelopen jaren anders gebruikt dan ooit bedoeld, namelijk voor grote onverzekerbare risico's en langdurige dure zorgvormen. Het kabinet wil de AWBZ terugbrengen tot waarvoor deze wet oorspronkelijk bedoeld was: zorg aan mensen met een ernstige, zeer langdurige hulpvraag. Tevens moet de uitvoering ervan sterk verbeterd worden om de groei van de uitgaven te kunnen beheersen. Daarom hevelt zij een deel van de AWBZ over naar de WMO. Een ander deel van de AWBZ gaat op in een brede basisverzekering. De kern, de 'oude' AWBZ blijft bestaan. Ook de Welzijnswet en Wet Voorziening Gehandicapten gaan op in de WMO.

Met deze maatregelen zorgt de WMO voor een grootse stelselwijziging waarin de gemeenten een hoofdrol gaan spelen. De WMO zal met ingang van 1 januari 2006 ingevoerd worden. De invoering zal wellicht gefaseerd plaatsvinden. Als antwoord op forse kritiek van de Tweede Kamer op de plannen ten aanzien van een snelle doorvoering van de WMO gaf Staatssecretaris Ross (Welzijn) aan geen bezwaar te hebben tegen een gefaseerde invoering van de wet. (Bron: Telegraaf, 27 oktober 2004).

De maatschappelijke doelen die de wet formuleert sluiten goed aan bij de wens naar vermaatschappelijking van de zorg in zijn brede betekenis:

1. Mensen zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk ('niet leunen maar steunen')
2. Zo ondersteunen dat iedereen –oud en jong, gehandicapt en niet-gehandicapt, autochtoon en allochtoon, met en zonder problemen – volwaardig aan de samenleving kan deelnemen;
3. Solidariteit (ook financieel) van gezonde mensen met gehandicapten, zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten behouden en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg en de ondersteuning aan burgers verbeteren.

De belangrijkste uitdaging in het ontwikkelen van de WMO is het vinden van een goede balans tussen 'overlaten, stimuleren en voorwaarden scheppen' en deugdelijke garanties voor mensen die echt hulp nodig hebben. Daarom vindt de overheid het van groot belang, dat een wet betrokkenheid van burgers bij de samenleving ondersteunt en tegelijkertijd garandeert dat burgers en hun vertegenwoordigende organisaties bij het opstellen van het lokale beleid betrokken worden. "Het lokale krachtenveld kan niet zonder krachtige organisaties van burgers, in het bijzonder cliënten" (Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Den Haag, 23 april 2004).

De basisfilosofie van de WMO wordt breed ondersteund door belangrijke stakeholders zoals de VNG, GGZ Nederland, landelijke cliëntenraden, NIZW maar tegelijk worden veel vraagtekens gezet bij de mogelijkheden tot implementatie.

De WMO legt de verantwoordelijkheid bij de lokale overheid om voor de maatschappelijke ondersteuning stimulerend beleid te voeren waarop burgers de gemeenten kunnen aanspreken. De gemeente moet duidelijk gaan maken wat zij 'presteert', ook in vergelijking met andere gemeenten. Maar de lokale overheden zijn hier nog niet op voorbereid. Afzonderlijke welzijnsvoorzieningen vervullen zinvolle functies maar aan het werken aan een sociale infrastructuur wordt nog weinig gedaan. Veel gemeenten hebben moeite met het formuleren van een integrale beleidsvisie. Niet alleen de interactiviteit met maatschappelijke

voorzieningen, ook de samenwerking tussen de verschillende gemeentelijke diensten onderling verloopt vaak nog moeizaam.

Krachtens de wet worden gemeenten verantwoordelijk gesteld voor de uitvoering van bijvoorbeeld de thuiszorg, maar het kabinet weigert garant te staan voor de te verwachten stijging van de kosten in deze sector. De ruzie daarover is zo hoog opgelopen dat de VNG het overleg met het rijk over dit onderwerp had opgeschort (VNG magazine, 15 oktober 2004). In december 2004 is dit overleg weer hervat.

Bij het streven naar zorg in de samenleving worden in de nieuwe wet WMO wonen, zorg, welzijn, scholing en werk van elkaar los gekoppeld. Het scheiden van zorg en wonen wordt vooral gezien als een instrument om de grote groei van de behoefte aan AWBZ-gefinancierde zorg te kunnen opvangen. Als mensen langer thuis blijven wonen wordt de AWBZ minder belast. Per individu kan er een andere samenstelling van zorgarrangementen ontstaan. Dit betekent dat er veel aanbieders en meerdere financiers of financieringsbronnen een rol gaan spelen op de zorgmarkt. Bij een keten van wonen, zorg en maatschappelijke ondersteuning zijn niet alleen de verschillende gemeentelijke diensten, maar ook woningbouwcorporaties, zorgaanbieders, verzekeraars (zorgkantoren), welzijnsorganisaties en cliëntorganisaties betrokken. Dat kan leiden tot doublures maar ook tot hiaten in de keten. Om dit te voorkomen is afstemming tussen die partijen essentieel, en moeten knellende regels worden afgeschaft en de bureaucratie worden verminderd aldus de WMO (zie voor meer informatie hierover www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/). Onduidelijk is echter hoe deze samenwerking zich in de praktijk gaat verhouden tot de marktwerking die ook vanuit het kabinet wordt gestimuleerd.

Het NIZW stelt terecht vraagtekens bij de aannames van het kabinet: indien er goed inclusief beleid wordt gevoerd, èn als de samenleving als geheel de verantwoordelijkheid neemt om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen van (potentieel) kwetsbare mensen, èn als ieder individu dat ook doet, dan zijn er minder individuele en specifieke voorzieningen nodig (<http://www.nizw.nl/smartsite.htm?id=24212>). Deze aannames zijn niet zo vanzelfsprekend als het kabinet zou willen. Dezelfde oorzaken die ons huidige zorgstelsel zo duur maken en die als rechtvaardiging dienen om de WMO in te voeren (individualisering, vermaatschappelijking, vergrijzing) zijn ook verantwoordelijk voor de veranderde omstandigheden waaronder mensen al dan niet voor elkaar zorgen. En juist daar gaat de wetswijziging niet op in!

De vraagtekens die cliëntorganisaties zetten bij de WMO liggen vooral op het terrein van de rechtszekerheid: “behouden de cliënten wel de wettelijke aanspraken die zij nu hebben via de AWBZ, of worden ze afhankelijk van de individuele keuzes van de gemeente. Zullen de eigen bijdragen niet te hoog worden zodat ze een drempel vormen om noodzakelijke hulp te vragen? Zijn er voldoende waarborgen voor de continuïteit van cliëntgestuurde projecten?” (van Hoof 2003). De uitgangspunten van de wet WMO passen bij het streven naar vermaatschappelijking van de zorg. “Door die ondersteuning en die diensten die betrekking hebben op de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen onder te brengen in een lokaal georganiseerd en aangestuurd geheel van voorzieningen, kan verkokering (binnen sectoren voor doelgroepen, maar ook de verkokering van de zorgsector als geheel) doorbroken worden en kunnen gemakkelijker verbindingen met andere lokale, maatschappelijke voorzieningen tot stand komen en kan de maatschappelijke participatie van de betrokkenen worden bevorderd” (VWS 2003). Maar kijken we naar reacties van de diverse stakeholders dan blijkt dat er weinig vertrouwen is in de praktische realisering. Bezuinigingen en weinig oog voor de veranderende omstandigheden in onze huidige maatschappij zijn hiervoor belangrijke argumenten.

3.3 Van woonzorgcomplex naar woonzorgzones

In veel gemeenten is ondertussen al jaren een ontwikkeling gaande die eveneens een antwoord probeert te vinden op het uit de hand lopen van de kosten van de zorg en het creëren van voorwaarden voor een zo groot mogelijke zelfstandigheid en autonomie van de burger. Het credo 'zo lang mogelijk zelfstandig wonen' was de motor achter het ontwerpen van woonzorgzones.

Aan het eind van de jaren tachtig ontstond in Nederland als opvolger van het verzorgingshuis, c.q. de gemeentelijke woontussenvoorziening voor ouderen, het woonzorgcomplex. Het is gebaseerd op het principe van zelfstandig wonen met facultatieve levering van zorg op maat. Inmiddels telt Nederland anno 2000 bijna 600 woonzorgcomplexen met 33.000 woningen. De woonzorgzone is een concept dat ook wel wordt beschreven als de overtreffende trap van een woonzorgcomplex; het beeld van een "geëxplodeerd of verdund woonzorgcomplex" is wel eens gebruikt (Innovatieprogramma Wonen en Zorg 2002). Waar woonzorgcomplexen bedoeld zijn om de bewoner meer autonomie en woonkwaliteit te bieden *binnen* de muren van het complex, voegt de woonzorgzone de dimensie toe van integratie in de wijk. Woonzorgzones proberen in een gewone woonwijk zoveel mogelijk zorg om en aan huis te realiseren. Dat is ook wat ouderen zelf willen.

Een van de belangrijkste wensen van de 55-plussers is het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. 99% van de respondenten in een onderzoek naar de vraag van ouderen in West-Brabant op het gebied van zorg, wonen en welzijn vindt dit belangrijk tot zeer belangrijk. Een derde van de ouderen vindt het belangrijk om andere ouderen in de buurt te hebben, maar groepswonen met andere ouderen vindt 68% niet belangrijk. Men woont dus het liefst op zichzelf en de meerderheid van de ouderen (95%) wil ook in de huidige woning blijven wonen. Voorwaarde is wel dat er voldoende voorzieningen in de directe woonomgeving zijn, zoals buurtwinkels. Andere wensen betreffen het aanbrengen van veiligheidsvoorzieningen zoals alarmering en woningaanpassingen zoals handgrepen, steunen, etc. (van Tits, Lambeck et al. 2000)

Voor het ontwikkelen van woonzorgzones wordt vaak het STAGG-model (Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg) gebruikt. Daarin worden voor het wonen en de woonomgeving voor mensen met een zorgbehoefte de volgende algemene eisen geformuleerd (Harkes 2001):

- het openbaar vervoer moet goed bereikbaar en toegankelijk zijn, met beschutte rustpunten onderweg ernaartoe;
- minder mobiele mensen moeten gebruik kunnen maken van aanvullend vervoer vanaf de woonplek. Dat kan ook in combinatie met ander specifiek vervoer (schoolgaande jeugd, gehandicapten) worden geregeld;
- voorzieningen (zoals winkels, huisarts, bank, postkantoor, recreatieve en culturele voorzieningen) moeten lopend of per openbaar vervoer goed bereikbaar zijn;
- woningen moeten voldoen aan de eisen van aanpasbaar bouwen, zodat ze bruikbaar kunnen worden gemaakt voor mensen met specifieke handicaps;
- woningen moeten voorzien zijn van een alarmeringssysteem en/of communicatiecircuit;
- woningen moeten voldoen aan de behoefte aan privacy, zelfstandigheid en een goed leefklimaat.

Het toekomstbeeld van de woonzorgzone is een wijk waarin verschillende groepen met elkaar samenleven waardoor een aantrekkelijke en geïntegreerde wijk zou ontstaan. Een belangrijk kenmerk van woonzorgzones is dat ze niet exclusief bedoeld zijn voor mensen met een

zorgbehoefte. De wijk moet door iedereen, jong of oud, ziek of gezond goed bewoond kunnen worden. In de zone worden gerealiseerd: een wijkzorgcentrum, enkele kleinere zorgsteunpunten, aanpasbare en aangepaste woningen, een barrièrevrij, sociaal veilig en verkeersveilig woonmilieu voor ouderen, (ex) psychiatrische patiënten, verstandelijk en lichamelijk gehandicapten die zorg nodig hebben (Singelenberg 2001).

De eerste serieuze uitwerking van het concept woonzorgzone vond plaats in het nieuwste Amsterdamse stadsdeel IJburg op een vinex-locatie. In de IJburgse uitwerking is de woonzorgzone een gebied met beschutte woonhoven, woonparkjes en verdiepingen in woonhotels (met receptie) temidden van de algemene stedelijke bebouwing en wel in de gebieden binnen loopafstand van een wijkzorgcentrum of van een kleiner zorgsteunpunt, waarvan er twee tot drie zijn voorzien (www.ijburg.nl)

Om de kosten van de zorg in de hand te houden is een woonzorgzone op het eerste gezicht een goed alternatief. Het ministerie van VROM heeft de ontwikkeling hiervan ondersteund met een tijdelijke woonzorgstimuleringsregeling die per oktober 2003 is geëindigd. De ontwikkeling van woonzorgzones in het land gaat door. Ze komen in het hele land en in allerlei varianten voor: ze kunnen zich richten op verschillende doelgroepen met uiteenlopende beperkingen en afhankelijk van de groepen waarvoor gekozen wordt, verschilt de inrichting ervan. De locaties variëren van nieuw te bouwen vinex-locatie tot bestaande wijk, stad en platteland. Een voorbeeld van laatstgenoemde variant is Skewiel in Friesland.

“In de visie van Skewiel blijven ouderen zo lang mogelijk zelfstandig wonen in hun eigen huis, in hun eigen omgeving, met hun eigen sociale netwerk. Maar dan moeten natuurlijk de woningen waar ze in blijven wonen wel geschikt zijn, ze moeten levensloopbestendig gebouwd worden. En daar ontbreekt het nog wel eens aan.

Bij het ‘oude’ Heemstra State is Van Welderen State verrezen, een complex van 100 appartementen, gebouwd door Woon! Omdat de koppeling tussen wonen en zorg is losgelaten, kunnen de bewoners van Van Welderen State gebruik maken van de faciliteiten zoals die worden aangeboden door Skewiel. Maar het hoeft niet, het gaat om de behoefte en de vraag van de cliënt.

De hierboven beschreven visie is niet alleen gericht op het functioneren van Skewiel Trynwâlden, maar ook en met name op de herstructurering van alle dorpen in de regio om op die manier de leefbaarheid te handhaven en waar nodig te verbeteren” (<http://www.skewiel-trynwalden.nl/frameset.htm>).

Een belangrijke speler in het veld van woonzorgzones is Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg. Het Kenniscentrum Wonen-Zorg is een gezamenlijke activiteit van Aedes en Arcares, brancheorganisaties van respectievelijk woningcorporaties en verpleeg- en verzorgingshuizen. Het brengt kennis en informatie betreffende wonen en zorg bijeen en stelt deze beschikbaar onder andere via de website www.kenniscentrumwonzorg.nl. Het rapport ‘aan de slag met woonzorgzones’ (Nouws and van der Linden 2003), geschreven in opdracht van Aedes-Arcares gaat over zaken als het belang van samenwerking tussen verschillende organisaties en over ontkooking en aanpassing van algemene voorzieningen zodat ze voor bijzondere groepen toegankelijk worden.

Nergens heeft men het echter over hoe de integratie met de buurt tot stand moet komen, over onderlinge contacten, over informele zorg. Aandacht voor de sociale infrastructuur en informele zorg zijn nagenoeg afwezig. Daarmee wordt een cruciale factor vergeten: de ‘gewone’ buurtbewoners, degenen die deel uitmaken van het ‘zo gewoon mogelijk wonen’. Als

Woonzorgzones een bijdrage willen leveren aan vermaatschappelijking is aandacht hiervoor een voorwaarde om dat te realiseren.

3.4 Woonservicezones in Eindhoven

De plannen voor woonservicezones in de gemeente Eindhoven geven de buurt als integratiekader wel een functie. Qua doelstellingen sluiten ze aan bij die van woonzorgzones: het bevorderen van zo lang mogelijk zelfstandig wonen en het creëren van een samenhangend aanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn (Regiegroep Woonservicezones Eindhoven 2003). Het verschil met woonzorgzones komt ten eerste tot uitdrukking in de naamgeving. In het begrip 'woonservicezones' staat dienstverlening centraal. Het gaat (evenals bij woonzorgzones) niet alleen om zorg, maar ook om het veilig en/of aangepast wonen, een sociaal veilige en toegankelijke woonomgeving, ontmoeting en activering. Vanuit de visie dat de woonservicezone bedoeld is voor iedereen, al dan niet zorgbehoevend, wordt door de term woonservicezones te gebruiken een eerste associatie met zorg vermeden. Een tweede verschil met de modellen van woonzorgzones is dat de woonservicezones in Eindhoven ook het uitbouwen van zelfhulp en burenhulp opnemen in hun projectplannen.

Om te begrijpen welk proces woonservicezones tot nu toe (eind 2004) doormaakten blikken we kort terug op het ontstaan van de plannen. In september 2003 ontstond vanuit de Regiegroep Regiovisie Verpleging en Verzorging, subregio Eindhoven, de Regiegroep Woonservicezones Eindhoven. De ontwikkeling van woonservicezones diende een extra impuls te geven aan het streven dat zorg voor iedereen bereikbaar is en blijft, op een manier die het beste bij verschillende soorten burgers past. De partijen willen in Eindhoven vanuit een gemeenschappelijke visie de dienstverlening in de keten van woning - woonomgeving - welbevinden en zorg optimaliseren. Om dat te realiseren werden drie pilotgebieden in de stad aangewezen om de samenwerking concreet uit te bouwen. Het streven was een samenhangend beleid op stedelijk niveau te voeren, dat tegemoet komt aan de vragen, behoeften en mogelijkheden van mensen (Regiegroep Woonservicezones Eindhoven 2003). Het plan van aanpak woonservicezones wordt uitgevoerd in opdracht van de Regiegroep Woonservicezones Eindhoven, onder voorzitterschap van de wethouder.

De drie pilotgebieden zijn:

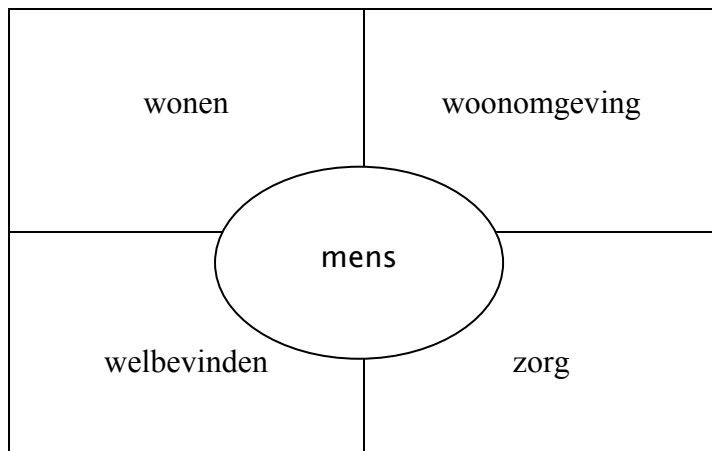
- Woensel-Noord (De Tempel en omgeving)
- Woensel-Zuid (omgeving Woenselse Markt)
- Gestel (Oud-Gestel/ De Bennekel).

De aansturing van de regiegroep en de drie pilotgebieden gebeurt door een projectleider die de GGD Eindhoven (GGDE) levert⁴.

De regiegroep koos ervoor om niet het STAGG model leidend te laten zijn, maar een meer algemeen werkmodel te kiezen dat afhankelijk van de locatie wordt ingekleurd. Vanaf oktober 2003 is in elk gebied onder leiding van een kwartiermaker een voorbereidingsgroep aan de slag gegaan. Bij de oorspronkelijke deelnemers - thuiszorg, de verpleeg- en verzorgingssector, de welzijnsinstellingen en de belangenbehartigers van zorgvragers schoven geleidelijk andere betrokken partijen aan: woningcorporaties, instellingen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg en de gemeentelijke diensten. Iedere sector heeft in de regiegroep één vertegenwoordiger. Veel partijen zaten voor het eerst samen aan tafel. Dat bood nieuwe kansen voor afstemming en samenwerking.

⁴ Er is een fusie aanstaande van GGD Eindhoven, waaronder het project nu valt, met de GGD Zuid-Oost Brabant. Het is nog niet bekend wanneer die fusie gerealiseerd zal worden en waar de aansturing van het project dan naar toe gaat.

In het Eindhovens basisperspectief worden 4 basisdomeinen gehanteerd: de woning, de woonomgeving, welbevinden en zorg. De bedoeling is samenhang tussen deze domeinen te bereiken, waarbij de mens centraal staat.



De ambitie om al deze domeinen aan bod te laten komen, met het accent op diensten voor alle bewoners, komt tot nu toe niet goed uit de verf. De nadruk ligt sterk op de domeinen welzijn en zorg. De regiegroep stelde daarbij de zorgvraag van de burger centraal. Dat komt (mede) doordat ervoor gekozen is om het project aan te haken bij de GGD Eindhoven, een instelling die inherent aan haar functie vooral op zorg gefocust is. De overige buurtbewoners en hun mogelijke rol bij 'zo lang mogelijk zelfstandig wonen' van buurtgenoten komen veel minder aan bod in de uitwerking van de plannen.

In het Scandinavische model voor woonzorg- of woonservicezones, waarbij Denemarken vaak fungeert als voorbeeldland voor woonzorg- en woonservicezones, is de gemeente verantwoordelijk voor zowel welzijn, zorg als wonen. Daarom zijn daar de voorwaarden voor een integrale aanpak veel meer aanwezig (Nouws and van der Linden 2003). In Nederland ligt dat veel ingewikkelder, omdat hier de verantwoordelijkheden gespreid zijn over een groot aantal spelers. De WMO zou hiervoor een oplossing kunnen bieden, mits gemeenten in staat zullen zijn hun rol als regisseur goed op te pakken.

Eindhoven kampt ook nog met de complicerende factor dat, vergeleken met veel andere Nederlandse steden, de woningbouwcorporaties verdeeld zijn: er zijn er 5 in Eindhoven. Dat betekent dat Eindhoven met 5 verschillende woningdistributiesystemen te maken heeft. Juist de verschillende spelers in het veld met ieder hun eigen belangen maakt het lastig om hierover de regie te voeren. Bovendien is de aansturing tot nu toe niet stabiel geweest: er is veel gewisseld op projectleidingsniveau. Het Eindhovens convenant dat er ligt op uitvoerend wijkniveau blijkt weinig impact te hebben. Er is bestuurlijk gezien geen overeenstemming over hoe de uitvoering in de praktijk gerealiseerd moet worden. Er zijn geen bindende contractafspraken gemaakt waardoor er grote vrijblijvendheid is bij de partijen aan tafel.

Daarnaast lijdt het project onder de positie van zorgverleners en de economische bedreiging. Ook de van overheidswege ingezette marktwerking komt de samenwerking niet ten goede. Zo gaat SVVE de Archipel, een overkoepelende organisatie van verschillende zorginstellingen in Eindhoven, zelf thuiszorg aanbieden. Dat leidt tot concurrentie met Thuiszorg Eindhoven. Maar ook diensten als 'informatie en advies' en 'activiteiten voor ouderen' kunnen zo op de vrije markt aangeboden worden. Veel medewerkers van loket W zijn bang dat hun organisatie (en daarmee ook zichzelf) niet in staat zal zijn met deze partijen te concurreren. Na jaren lang in

een vanzelfsprekend marktsegment gewerkt te hebben moet Loket W opeens gaan concurreren met marktpartijen en dat druist in tegen de huidige organisatiecultuur. Het management/de directie van Loket W staat voor de moeilijke taak om Loket W te herpositioneren binnen deze veranderde verhoudingen.

Medewerkers van Loket W merken bovendien op dat het moeilijk is om 'bottom up' binnen een woonservicezone concrete projecten op te starten. Een uitvoerende heeft altijd fiat van hogere niveaus nodig. Daar worden voorstellen vaak afgeketst. Veel goede ideeën lopen zo vast in hiërarchische bureaucratische structuren.

Het centraal stellen van de zorgvraag van de burger richtte zich deels op het informeren over de ontwikkelingen en de acties die in de pilotgebieden worden uitgezet. Voorbeelden hiervan zijn: bijdragen in lokale krantjes en de bijeenkomsten in de pilotzones die worden verzorgd door de diverse partners. Deze communicatie lijkt niet optimaal te verlopen: veel bewoners zijn slecht op de hoogte van de stand van zaken (Huberts-Breunis, van Otterdijk et al. 2004). Het betrekken van (vertegenwoordigers van) zorgvragers bij woonservicezones verloopt eveneens niet naar wens. Er wordt verwacht dat de burger de informatie die hem bereikt kritisch tot zich neemt en waar nodig actieve feedback geeft. Ook moet de burger zichzelf vertegenwoordigd weten door belangenbehartigers in de diverse pilotgroepen. In de praktijk gebeurt dat weinig. Enerzijds doordat de burger zich niet actief opstelt in het informatieproces, anderzijds doordat belangenbehartigers onbekend blijken bij degenen die zij (denken te) vertegenwoordigen (Huberts-Breunis, van Otterdijk et al. 2004).

Naast de burger te informeren zijn in de pilotgebieden ook inventarisaties gemaakt van de zorgvragen en de behoefte aan (welzijns)voorzieningen. De Stichting Thuiszorg Eindhoven⁵ maakte een quickscan voor vooral zorgvraag- en aanbod in de drie zones. Tevens is gewerkt met 'handouts' gebaseerd op de stadsdeelplannen, de seniorenmonitor, het onderzoek ouderenproof in Woensel-Noord en gemeentelijke statistieken. Ook de wijkscan woonservice, die op dit moment in ontwikkeling is, kan dienen als basis voor een dergelijke wijkanalyse. De hiergenoemde quickscans, wijkscans en monitors meten voornamelijk de aanwezigheid van en behoefte aan professionele voorzieningen. De informele zorg blijft hier onderbelicht, een gemiste kans.

De belangrijkste focus van de woonservicezones is tot nu toe gericht op het aan tafel krijgen van de partijen en het opzetten van een projectstructuur. Het is winst dat de zorgvragers en zorgaanbieders nu samen aan tafel zitten. Door samenwerken en het verdelen van taken rondom een problematiek kan efficiënter gewerkt worden. Maar het blijkt lastig om de vier domeinen goed in evenwicht te houden. Zo gaf één van de woningcorporaties uit de pilotgroep (naast de gemeente de belangrijkste partij om de ruimtelijke component gestalte te geven) aan dat er te weinig gepraat werd en te weinig gebeurde. Maar zelf zijn ze ook niet eensgezind genoeg om tot gezamenlijk actie te komen. De versnippering van de woningcorporaties in Eindhoven kwam tot uitdrukking in het alleen willen doen van 'eigen projecten'.

Om tot meer slagkracht en concrete activiteiten te komen is het streven van de regiegroep nu om meer pragmatisch te werk te gaan. Dat wil ze bereiken door het STAGG model centraal te stellen. Zo kan men uitgaan van de bestaande sociale infrastructuur en aansluiten bij kansen die er al liggen. Een eerste stap in die richting is al gezet: het project woonservicezones zal aansluiten bij de integrale wijkvernieuwing in Eindhoven.

⁵ De stichting Thuiszorg Eindhoven is in januari 2005 gefuseerd met de Stichting Thuiszorg Kempenstreek tot 'Zuidzorg'.

3.5 Samenvatting

Het overheidsbeleid streeft enerzijds naar het versterken van informele zorg tussen burgers en neemt anderzijds beleidsmaatregelen die het verlenen van die zorg juist in de weg staan. Hierdoor neemt de overheid een paradoxale positie in. Bovendien steunt het merendeel van de burgers het beleid van verschuiving van collectieve voorzieningen naar eigen verantwoordelijkheid niet. Beide zijn een risico voor de effectiviteit van het beleid.

De WMO (en de modernisering van de AWBZ) is ontworpen om de financiering van de zorg in de hand te kunnen houden en het hoofd te bieden aan de gevolgen van de voortschrijdende vermaatschappelijking van de zorg. De wetwijziging moet dat bewerkstelligen in een samenleving waarin de leefomstandigheden de afgelopen decennia drastisch veranderd zijn. Op het eerste oog sluit deze wet goed daarbij aan. Nadere introspectie laat zien dat de WMO wel aanneemt dat (voor het merendeel mondige) burgers hun verantwoordelijkheid zullen nemen ten aanzien van het zorgen voor elkaar, maar niet ingaat op hoe dat dan bewerkstelligd zou moeten worden.

Binnen gemeenten wordt als reactie op dezelfde maatschappelijke ontwikkelingen beleid gevoerd tot het ontwikkelen van woonzorg- en woonservicezones met als oogmerk 'zo lang mogelijk zelfstandig wonen'. Woonzorgzones gaan over het algemeen eenzijdig uit van het organiseren van optimale zorg vanuit instellingen en laten de buurt als potentiële bron van informele zorg liggen. Het project woonservicezones in Eindhoven, qua concept veelbelovend waar het gaat om het betrekken van de buurt, heeft (tot nu toe) onvoldoende slagkracht getoond om vermaatschappelijking in brede zin een kans te geven.

4 Praktijken en competenties

Naast vaak grootschalige en langdurige trajecten als woonzorg- of woonservicezones zijn er in de praktijk talloze initiatieven te vinden die integratie en/of maatschappelijke participatie van kwetsbare mensen beogen. In dit hoofdstuk kijken we naar deze praktijken.

Enerzijds gaat het om het ondersteuningaanbod aan individuele mensen, waarbij informele zorg en lotgenoten een belangrijke rol spelen. Aanvullend op die ondersteuning is er een maatschappelijk steunsysteem waarin ook professionele hulp- en dienstverlening een belangrijke plek hebben. Anderzijds zijn er integrale collectieve voorzieningen voor sociale en maatschappelijke ondersteuning waar o.a. ouderen, mensen met verstandelijke, lichamelijke en psychiatrische beperkingen en sociaal kwetsbare en dakloze personen een organisatorische en financiële inbedding krijgen.

Bij onze inventarisatie van de verschillende praktijken en de bijbehorende competenties viel op dat de scheidslijnen tussen welzijnswerkers en sociaal pedagogisch hulpverleners vervagen. We hebben het dan ook meestal over ‘de professional’ of ‘sociaal agoog’ als we schrijven over competenties. Hiermee bedoelen we beide disciplines, hoewel sommige praktijken traditioneel gezien meer bij de ene of de andere discipline behoren.

In paragraaf 4.1 bespreken we de steun vanuit de informele zorg. De hierop volgende paragraaf belicht de prominente rol die cliëntenorganisaties spelen binnen het proces van vermaatschappelijking. Ook zorginstellingen verplaatsten hun aandacht naar de wijk. Hoe dat gestalte krijgt beschrijven we in paragraaf 4.3. Paragraaf 4.4 geeft het achterhoedegevecht van welzijn in Community Care weer en de rol die de welzijnswerker/sociaal agoog hierin kan vervullen (en voor een deel ook al vervult). Hiervoor is naast literatuur ook gebruik gemaakt van groepsgesprekken met welzijnswerkers uit Eindhoven. In kaders worden de benodigde competenties voor de sociaal agoog in een veranderende beroepspraktijk geformuleerd.

4.1 Informele zorg.

Mantelzorg

Eerder is besproken dat het probleem van mantelzorg vooral ligt in de grote draaglast die het verlenen van hulp in deze moderne tijd met zich meebrengt. Een adequate aanpak vraagt in feite om een andere waardering van zorg en arbeid die tot uitdrukking kan komen in facilitering en ondersteuning van de mantelzorger. Dat zijn bijvoorbeeld voorzieningen die maatschappelijk participatie en het combineren van verschillende taken vergemakkelijken zoals taxirit vergoedingen en de mogelijkheid om vakantie te vieren. Mantelzorgers krijgen zo de ruimte voor eigen bezigheden en de kans even op adem te komen.

In steeds meer gemeenten wordt aandacht besteed aan mantelzorgers. Zo kent Eindhoven sinds 1997 ‘Mantelzorg verlicht’, een initiatief van de GGD. Onder deze vlag varen diverse initiatieven zoals: de jaarlijkse ‘Dag van de Mantelzorg’, informatiebijeenkomsten, het opzetten van lotgenotencontactgroepen, gezelligheidsbijeenkomsten onder de naam ‘creatief met koffie’ en de cursus ‘ik als mantelzorger’ (www.mantelzorgverlicht.nl).

Landelijk neemt de aandacht eveneens toe. Op 28 april 2005 wordt voor de tweede keer de Nationale Mantelzorgprijs uitgereikt aan een organisatie, instelling of individu die een bijzondere prestatie geleverd heeft voor de ondersteuning van mantelzorgers. De actie ‘Laat de mantelzorger niet barsten’ heeft op 10 december 2004 14.120 handtekeningen opgeleverd en aan het kabinet overhandigd. De actie had een aantal voorstellen voor concrete maatregelen voor mantelzorgers. Een van de voorstellen behelst het beschikbaar stellen van 50 miljoen voor

de mantelzorg. 10 kamerleden, waarvan leden van alle grote partijen, ondertekenden de bijbehorende petitie aan het kabinet.

Daarnaast heeft Nederland het initiatief genomen om te komen tot de oprichting van een Europese mantelzorgorganisatie. Het doel van deze organisatie is het uitwisselen van ervaringen, maar ook het beïnvloeden van de Europese agenda door gezamenlijke belangenbehartiging: door te fungeren als de stem van mantelzorgers en hun belangen. De Europese mantelzorgorganisatie zal voorjaar 2005 van start gaan.

Ook voor de relatie tussen mantelzorgers en professionals komt meer aandacht. Niet alleen worden er cursussen opgezet door professionals ter ondersteuning aan mantelzorgers, maar ook de ervaringskennis van de mantelzorgers wordt serieuzer genomen. In Eindhoven zijn bijvoorbeeld familieorganisaties uit de psychiatrie van start gegaan om een cursus voor professionals op te zetten: 'wat professionals moeten weten over gezinnen'.

- competenties -

Sociaal agogen dienen de mantelzorgers te ondersteunen en hun ervaringskennis serieus te nemen.

Vrijwilligers(organisaties)

Naast de informele zorg rondom individuen, zijn er ook vrijwilligers(organisaties) die ondersteuning bieden. Uit onderzoek blijkt dat juist mensen met stevige sociale netwerken meer vrijwilligerswerk doen. Zij die deze juist niet hebben doen nauwelijks vrijwilligerswerk (Machielse 2003; Linders 2004). Mensen die (dreigen te) vereenzamen grijpen vrijwilligerswerk vaak aan om onder de mensen te komen. Het belang van vrijwilligerswerk is dus tweeledig: voor de vrijwilliger zelf om onder de mensen te komen en voor degenen die er profijt van hebben.

Ondanks bezorgde geluiden over teruglopende betrokkenheid van mensen bij de samenleving en parallel daaraan teruglopende betrokkenheid bij vrijwilligerswerk blijkt dat het aandeel van de bevolking in vrijwilligerswerk niet afneemt (Dekker 2000). Wel zijn bepaalde groepen in de samenleving ondervertegenwoordigd: jongeren, allochtonen, mensen met een lage sociale participatie zoals werklozen en mensen met functiebeperkingen. Onder deze groepen is nieuw potentieel te vinden voor vrijwilligerswerk. De behoefte van de 'nieuwe vrijwilliger' sluit echter vaak niet meer aan bij het profiel waarnaar veel vrijwilligersorganisaties op zoek zijn. Vrijwilligers zoeken tegenwoordig vaak kortdurende flexibele klussen die lang niet overal aangeboden worden. Hierdoor worden vacatures vaak niet opgevuld, terwijl tegelijkertijd de vraag naar vrijwilligers in onze samenleving toeneemt.

Veel gemeenten proberen aan te sluiten bij deze ontwikkelingen. Zo heeft de gemeente Eindhoven de ambitie haar vrijwilligersbeleid te moderniseren. Het Eindhovense project VOLTA (www.volta-eindhoven.nl) richt zich op zowel werving van vrijwilligers als de ondersteuning van vrijwilligersorganisaties. Het uitgangspunt is dat via een stadsdeelgerichte digitale vacaturebank waarin zowel vrijwilligers als verenigingen informatie kunnen plaatsen, er meer 'matches' gemaakt kunnen worden tussen vraag en aanbod op de markt van vrijwilligers (Steyaert and Linders 2004). Dat geldt ook voor kortlopende klussen. Op stadsdeelniveau worden tevens de specifieke groepen benaderd.

Een landelijk initiatief dat expliciet inspeelt op de 'zappende vrijwilliger' is het digitale uitzendbureau 'Freeflex' (www.freeflex.nl). FreeFlex bemiddelt als een soort uitzendbureau in korte, afgebakende klussen voor vrijwilligers. Met dit driejarige project speelt de Stichting

vrijwilligers management (SVM) slim in op de veranderende tijdsbesteding van mensen en de behoefte aan flexibiliteit.

Het ministerie van VWS subsidieert het project ‘Smaakmakers’, dat bedoeld is om jongeren te interesseren voor vrijwilligerswerk (www.smaakmakers.nl). Om allochtonen te betrekken bij vrijwilligerswerk in (autochtone) organisaties is ‘Stap Twee’ opgezet (www.staptwee.nl), bedoeld om vrijwilligersorganisaties te helpen bij het ‘verkleuren’.

Landelijk leidde verhoogde belangstelling voor vrijwilligerswerk ook tot een nationale campagne in december 2003 van de stichting Ideeële Reclame (SIRE) om burgers te verleiden tot meer vrijwilligerswerk, onder de slogan ‘ontdek je tweede ik’.

In nieuwe vormen van vrijwilligerswerk wordt veel van de vrijwilliger gevraagd. Steeds meer wordt verwacht dat vrijwilligers werken vanuit de empowerment visie: de eigen kracht en mogelijkheden van de cliënt vormen het uitgangspunt en niet wat de vrijwilliger wil. Dat blijkt soms de capaciteiten van vrijwilligers te boven te gaan.

Ook vrijwilligersorganisaties stuiten in dat opzicht nogal eens op grenzen. Een voorbeeld is stichting Prisma, een Organisatie voor Vrijtijdsbesteding en Vorming voor mensen met een verstandelijke beperking in Amsterdam en omgeving. De behoefte aan activiteiten en dus ook aan vrijwilligers blijft groeien bij deze organisatie. De werving en begeleiding zijn daardoor bijna niet meer te behappen. De organisatie stelt zich de vraag of er niet een begin gemaakt moet worden met integratie van activiteiten in het reguliere welzijnswerk? Prisma zelf wil zich nu meer richten op ondersteuning en begeleiding van vrijwilligers en beroepskrachten in reguliere activiteiten (Kal and Vesseur 2003).

Vrijwilligerswerk blijft een belangrijke bron van ondersteuning. Maar met de veranderende rol van de burger is de relatie tussen vrijwilliger en welzijnswerkers ook aan verandering onderhevig.

- Competenties -

De welzijnswerker is stimulator van actief burgerschap. De rol van de sociaal agoog als verantwoordelijke uitvoerder zal steeds meer verschuiven in de richting van coördinator, coach, trainer. In het werk met vrijwilligers maakt hij ook ruimte voor de rol van de kwetsbare mens als vrijwilliger. Wellicht dat dan ook zittende vrijwilligers extra ondersteuning en bemoediging nodig hebben voor het (nieuwe) werk met mensen met beperkingen.

Meer dan voorheen zullen welzijnswerkers zich moeten leren verhouden tot vrijwilligers en dat roept weerstand op. Reacties van welzijnswerkers hierop liegen er niet om “ De vrijwilligers zullen uitvoerders worden en de rol van de welzijnswerker zit dan in het ondersteunen van de vrijwilligers. Dit kan leiden tot devaluatie van je eigen werk” en “Er zijn ook vrijwilligers die niets kunnen maar toch het werk willen blijven doen. Wat moet je dan?”.

De reacties laten zien dat er nog veel weerstand is. Het ontwikkelen van een zorgvuldig vrijwilligersbeleid vraagt nog veel aandacht met betrekking tot de vereiste kwaliteiten, deskundigheden, grenzen en verantwoordelijkheden.

Maatjes

Het eerste maatjesproject ontstond vanuit de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam Oud-West. Als reactie op de keerzijde van vermaatschappelijking: veel deelnemers/bewoners kwamen in een sociaal isolement terecht. Daarom is in 1994 overgegaan tot de oprichting van een ‘vriendendienst’, waarbij een vrijwilliger en een (ex-)psychiatrische patiënt aan elkaar werden gekoppeld op basis van gedeelde hobby’s en interesses. Het idee bleek ook in uitvoering een groot succes (de Hart, Knol et al. 2002). Inmiddels zijn er landelijk 55

vriendendiensten actief (www.vriendendiensten.nl). Vriendendiensten dragen bij aan de kwaliteit van leven van de klanten. Cliënten pakken dingen weer op en nemen deel aan het maatschappelijk verkeer. Het is geen wondermiddel maar wel een stap in de goede richting. Een voorbeeld van een vriendendienst in de provincie Noord-Brabant is de Stichting Vriendschap: Een contactbureau op internet voor mensen met een psychiatrische achtergrond (www.vriendschap.nl).

Organisaties die heel actief zijn op dit gebied zijn Humanitas en het Rode Kruis.

Maatjesprojecten en aanverwante initiatieven zijn al lang niet meer alleen gericht op (ex) psychiatrische patiënten. Iedereen die eenzaam of sociaal geïsoleerd is kan terecht voor een maatje. In het maatjesproject voor AMA-18 plussers in Breda worden jonge vluchtelingen voor een bepaalde periode gekoppeld aan een vrijwilliger van het Nederlandse Rode Kruis. Zie ook www.vluchtelingenwerk.nl. De vrijwilliger helpt de jonge vluchteling bij het vinden van zijn/haar eigen weg in de nieuwe omgeving en bij het opbouwen van de eigen sociale netwerken. In Eindhoven bestaat een maatjesproject voor Antillianen, inmiddels uitgegroeid naar andere doelgroepen. Buddyprojecten koppelen vrijwilligers vooral aan aids-patiënten.

Uit evaluatieonderzoek blijkt dat de aanvragers van een maatje tevreden zijn over hun informele contacten en dat deze hun sociale isolement vermindert (de Hart, Knol et al. 2002). Echter, het werven en vasthouden van vrijwilligers blijkt een knelpunt te zijn. Er zijn zelfs al wachtlijsten ontstaan voor mensen die op zoek zijn naar een maatje. Dat heeft ook te maken met de hoge eisen die aan de vrijwilligers gesteld (moeten) worden. Voor maatjesprojecten bijvoorbeeld worden steeds vaker vrijwilligers gezocht om het sociale netwerk van kwetsbare mensen uit te breiden. Er is voldoende belangstelling. Maar gezien de kwetsbaarheid van de aanvrager en het belang van goede ondersteuning is er een strenge selectie. Uiteindelijk komen er daardoor toch vrijwilligers tekort en ontstaan er wachtlijsten met aanvragers (de Hart, Knol et al. 2002).

Lotgenoten

Bij maatjes projecten is er sprake van vraag (degene die behoefte heeft aan contact) en aanbod van vriendschap (de vrijwilliger). Bij lotgenotencontacten vinden gelijkgezinden elkaar vanuit dezelfde behoefte. Er zijn talloze initiatieven die lotgenotencontact ondersteunen. Zo bestaan er lotgenotencontactgroepen voor weduwen, bijstandsvrouwen, 2e generatie oorlogsslachtoffers, mensen met psychosociale problemen, fysieke problemen enz. Voor bijna elke (chronische) aandoening bestaat wel een lotgenotencontactgroep. Een belangrijke bestaansreden voor lotgenotencontactgroepen is niet alleen het uitwisselen van (ervarings) deskundigheid, maar vooral ook het delen van ervaringen en het bestrijden van het isolement dat het probleem of de aandoening vaak met zich meebrengt. Tegenwoordig zijn er ook op internet talloze lotgenotencontactgroepen te vinden. Zie bijvoorbeeld www.lotgenotencontact.nl voor het vinden van een lotgenoot 'op maat'.

Ook patiëntenverenigingen bieden een belangrijke ondersteuning bij zelfhulp. De portal www.chronischziek.nl geeft een overzicht van honderden patiëntenverenigingen op internet voor chronisch zieken. Daarnaast bieden talloze patiëntenverenigingen forums en discussielijsten aan. In Eindhoven is er de Stichting Zelfhulp Netwerk Eindhoven/Kempenland waar veel zelfhulpgroepen/organisaties bij aangesloten zijn (info@zelfhulpnetwerk.nl).

4.2 Cliëntenorganisaties

Vooral cliëntenorganisaties hebben in het verleden een grote rol gespeeld in het proces van vermaatschappelijking van kwetsbare mensen en doen dat nog steeds.

Vanuit de 'tegenbeweging' in de GGZ, geïnspireerd door de antipsychiatrie, zijn eind jaren '70, begin jaren '80 van de vorige eeuw allerlei projecten gestart met als doel als ex-patiënten

buiten de psychiatrie verder te gaan. Veel van de huidige ‘ongebonden schilvoorzieningen’ komen voort uit deze projecten. “Ongebonden schilvoorzieningen vormen als het ware een schil om de reguliere GGZ en bieden een veilige plek aan hen die de psychiatrie al dan niet tijdelijk verlaten” (Roosenschoon and Nagy 2001). Buiten de reguliere GGZ houden ongebonden schilvoorzieningen zich bezig met dienstverlening aan (ex-)GGZ-lienten. De schilvoorzieningen kiezen voor een bestaan in de marge, want ze willen niet tot de officiële GGZ behoren. Ze fungeren als maatschappelijke steunsystemen voor ex-psychiatrische cliënten en zorgen voor aansluiting tussen de GGZ en de algemene gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen. Voorbeelden hiervan zijn: wegloop/opvanghuizen, informatiewinkels, cliëntenplatforms, zelfhulpgroepen, activiteitencentra, vriendendiensten. Niet alleen (ex) psychiatrisch patiënten worden door cliëntenorganisaties vertegenwoordigd (zoals de Stichting Pandora). Andere organisaties zijn de ouderenbonden, organisaties van ouders van kinderen met een verstandelijke handicap, Nederlandse Stichting Manisch Depressieven, Nederlandse Vereniging voor Autisme, Ypsilon de vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose, Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, Stichting Borderline enz. Vaak kennen deze cliëntenorganisaties ook weer koepelorganisaties zoals de Stichting Gehandicaptenbeleid in Eindhoven (PGE), een vrijwilligersorganisatie van mensen mét en mensen zónder handicap of chronische ziekte. Daarnaast zijn bestaande cliëntenorganisaties ook weer regionaal in platforms gebundeld zoals het RP/CP (Centrale cliënten en patiënten platform)

Door cliëntorganisaties wordt ook meegedacht en ze nemen initiatieven om woonvormen beter af te stemmen op de wensen van mensen. Ze laten zien hoe belangrijk het is om rekening te houden met individuele woonwensen. Zo heeft het Kenniscentrum Ervaringsdeskundigheid uit Tilburg een woonkaart voor mensen in de psychiatrie ontwikkeld. Via een woonkaart worden de individuele wensen met betrekking tot wonen geïnventariseerd en in samenwerking met de woningbouwcorporatie wordt gekeken hoe zo goed mogelijk aan de wens kan worden voldaan. Het cliëntenbelangenbureau in Eindhoven is initiatiefnemer geweest van het Klaverblad, een wooneenheid voor suïcidale mensen. In 2005 gaat het bureau zich inzetten om een sociaal hotel te realiseren.

Cliëntenorganisaties werken vanuit de herstelgericht benadering. In deze benadering staat de cliënt met zijn vraag: hoe kan ik mijn leven invulling geven, zodat ik ‘herstel’, centraal. Bij ‘herstel’ gaat het om het hervinden van de eigen identiteit, eigenwaarde, persoonlijke capaciteiten en mogelijkheden van mensen met een psychische handicap en het versterken van het vermogen om daar iets mee te doen, op persoonlijk, sociaal en maatschappelijk gebied” (van Hoof 2003).

In het proces van vermaatschappelijking is ervaringskennis van mensen uit de diverse doelgroepen onmisbaar. Daarom moeten lokale cliëntenorganisaties bij de ontwikkelingen rondom vermaatschappelijking hun stem kunnen laten horen.

- competenties -

De sociaal agoog maakt gebruik van de ervaringskennis van mensen uit de verschillende doelgroepen. De sociaal agoog onderkent het belang van cliëntenorganisaties en betreft deze organisaties vanaf het begin bij nieuwe ontwikkelingen in de wijk en benut hun krachten. Hierbij moeten zij wel alert zijn op de mate waarin ze hun achterban vertegenwoordigen.

Niet alle doelgroepen, zoals vertegenwoordigers van mensen met een verstandelijke beperking of (ex) psychiatrische patiënten, waren bijvoorbeeld bij de woonservicezones in Eindhoven

door een cliëntenorganisatie vertegenwoordigd. Dat is een gemis. Anderzijds moet kritisch gekeken worden of cliëntenorganisaties wel de belangen van hun achterban behartigen.

4.3 Ondersteuning cliënt door zorginstellingen

Door het proces van vermaatschappelijking zijn ook de hulpverleners in de wijk gekomen om hun cliënten te ondersteunen. Dit heeft geleid tot allerlei nieuwe voorzieningen zoals casemanagement, thuiszorg en begeleid wonen. Naast zorg aan huis zijn ook dagbestedingsvoorzieningen en arbeidsrehabilitatie-programma's tot stand gekomen. Vanuit de hoek van de GGZ wordt echter weinig aandacht besteed aan het geschikt maken van de samenleving voor de opvang van de cliënten en wordt in het algemeen bijvoorbeeld door casemanagers, weinig contact gezocht met maatschappelijke instellingen.

Community Support

Binnen de gehandicaptenzorg en ouderenzorg zien we ook andere initiatieven ontstaan die het mogelijk maken voor cliënten om uit de instituten te blijven. Het community support systeem (CSS), ontwikkeld in de VS is een belangrijk voorbeeld geweest. Daar werd in de jaren '70 het CSS ontwikkeld als reactie op de negatieve gevolgen van het de-institutionaliseringproces: verwaarlozing van cliënten, ontredde bij familieleden en overlast bij het publiek. In Nederland is dit model het eerst overgenomen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Voorbeelden van community support zijn: werken met ondersteuning in het vrije bedrijf, gebruik maken van gastopvang- of crisisgezinnen om zo de draaglast van de biologische ouders van het gehandicapte kind te verminderen. Hierdoor kan het kind thuis worden opgevoed. Een voorbeeld hiervan is het gezinsnetwerkproject in Rotterdam dat zich richt op het ondersteunen van gezinnen met een verstandelijke beperking (Mur and de Groot 2003).

Een ander voorbeeld van een CSS binnen de jeugdhulpverlening is de 'Eigen Kracht Conferentie' (www.eigen-kracht.nl), overgewaaid uit Nieuw Zeeland. De Eigen Kracht Conferentie is een bijeenkomst van familieleden (en andere betrokkenen in het sociale netwerk) in de ruimste zin van het woord. De inhoud van het begrip 'Eigen kracht' hangt samen met de wens om de autonomie van ouders of familie over de zorg voor hun kinderen te versterken. Het benadrukt de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen en de eigen mogelijkheden daartoe. Dergelijke bijeenkomsten zouden voor verschillende doelgroepen zinvol kunnen zijn.

Maatschappelijke Steunsystemen

Binnen de GGZ ontstond in de jaren '90 door het ontbreken van goede samenwerking binnen het aanbod rondom de cliënt en de steeds meer toegepaste rehabilitatieaanpak een behoefte aan een CSS. De rehabilitatieaanpak is een benadering die werkt vanuit de doelen die cliënten zelf stellen m.b.t. de leefgebieden werken, wonen, relaties en vrije tijdsbesteding (Nuy 2000). Om te kunnen werken vanuit de rehabilitatieaanpak is een compleet en toegankelijk ondersteuningsaanbod nodig. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen. Een maatschappelijk steunsysteem (MSS) is een gecoördineerd netwerk van personen en diensten en voorzieningen, waarvan mensen met ernstige psychische stoornissen zelf deel uitmaken en dat hen op vele manieren ondersteunt in hun pogingen om in de samenleving te participeren (van Weeghel and Droes 1999). Alle maatschappelijke instanties en partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor dergelijke steunsystemen: maatschappelijke opvang, cliënten- en familieorganisaties, zelfhulp, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, vrijwilligers, mantelzorgers, GGD, dagactiviteitencentra, gemeente, politie, voorzieningen op het vlak van wonen, werken, onderwijs, financiën en vrijetijdsbesteding, etc. Het principe van het MSS is gebaseerd op netwerkvorming. Opvallend is dat men er bij MSS

uitgaat van de vooronderstelling dat het moeilijk is om voor elkaar te krijgen dat de samenleving, de buurt iemand steun gaat bieden. Daarom richt het MSS zich niet op de samenleving waarin iemand verkeert, maar op zijn sociaal netwerk. Dat sluit goed aan bij onze eerdere constatering dat mensen veel minder lokaal georiënteerd zijn dan vroeger. In plaats van te focussen op de verantwoordelijkheid van de burger in en voor de wijk, zal informele zorg zich dus eerder moeten concentreren op netwerken rondom individuen, los van fysieke locatie. Binnen de netwerken zijn drie niveaus te onderscheiden (van Weeghel and Droes 1999):

1. De steunende netwerken van individuele cliënten;
2. de georganiseerde netwerken van professionals en vrijwilligers;
3. het regionale netwerk van GGZ-organisaties en maatschappelijke instanties.

De steunende netwerken van de individuele cliënten zijn in de optiek van MSS van primair belang, de andere niveaus zijn voorwaardenscheppend. De cliënt definieert het probleem samen met zijn case-manager, geeft aan in welke richting hij de oplossing wil en blijft zelf verantwoordelijk. Hij blijft zoveel mogelijk in zijn eigen huis wonen en aan de normale sociale netwerken meedoen.

In verschillende steden wordt geëxperimenteerd met de opbouw van een MSS. Er zijn wisselende ervaringen. Cliënten prijzen doorgaans de continuïteit en daarmee de zekerheid die deze projecten hen bieden; hulp- en dienstverleners uit andere sectoren waarderen de zorg-aan-huis teams vaak om hun goede bereikbaarheid, betrokkenheid en samenwerkingsbereidheid (van Weeghel and van Hoof 2002; van Hoof 2003). Maar in onderzoeken worden ook knelpunten gesignaleerd (Geelen and Verburg 2002; Eugster, van den Bogaard et al. 2004). Waar nog behoefte aan is bij zowel hulpvragers, professionals van (zorg)instellingen als burgers is een punt (een loket) waar ze terecht kunnen, wanneer ze informatie willen hebben op het gebied van zorg, wonen en welzijn of wanneer ze problemen willen melden/signaleren. Een ander probleem is dat lang niet alle maatschappelijke instanties die in een MSS participeren genegen zijn om cliënteninbreng serieus te nemen. Het derde knelpunt is de vaak gebrekkige samenwerking tussen verschillende maatschappelijke instellingen.

Er zijn een aantal overeenkomsten tussen woonservicezones in Eindhoven en de ideeën van de maatschappelijke steunsystemen. Beide beogen een beter functioneren van de burger in de maatschappij en zoeken aansluiting bij de behoeften van de burger. Helaas komen ook de knelpunten grotendeels deel overeen.

Een krachtige regievoering vanuit de gemeente, zoals de WMO die voorstaat, biedt kansen om mogelijke belemmeringen voor een samenhangende en integrale aanpak in de individuele ondersteuning van cliënten te beperken.

- competentie -

De professional die zal werken met CSS en MSS zal oog moeten hebben voor de positieve krachten van zowel de cliënt als zijn/haar omgeving. Ook zal hij/zij kennis moeten hebben van de beschikbare formele en informele netwerken. Daarbij zal de professional zich in veel situaties terughoudend moeten kunnen opstellen.

Kwartiermaken

Zonder draagvlak heeft een MSS geen kans van slagen. De burger in de wijk moet betrokken worden bij waar men een MSS wil implementeren.

“Kwartiermaken is het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin (meer) mogelijkheden ontstaan voor mensen met een psychiatrische achtergrond en voor vele anderen die met dezelfde mechanismen van uitsluiting kampen. De kwartiermaker

is een pleitbezorger, belangenbehartiger of ambassadeur die optreedt daar waar dat in het kader van sociale integratie en maatschappelijke participatie gewenst is. De inzet is het vergemakkelijken van aansluiting, door ruimte te maken voor de 'vreemde ander' (waarbij aanvaard dient te worden dat die ander in zekere mate vreemd en daardoor soms 'lastig' blijft)" (Kal 2001). Kwartiermaken is een begrip dat binnen de psychiatrie is ontstaan maar dat even goed bruikbaar is voor andere doelgroepen die buiten de boot dreigen te vallen zoals mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking, kwetsbare ouderen en dak- en thuislozen.

- competentie -

Terwijl de kwartiermaker op de eerste plaats een professional is die kennis heeft van de doelgroep zal de welzijnswerker hierbij een aanvullende rol spelen als iemand die de 'vreemde ander' gastvrij onthaalt.

Openbare Geestelijke gezondheidszorg

Vermaatschappelijking gaat niet alleen over de vraag hoe cliënten, die vroeger in instellingen leefden, kunnen participeren in de wijk. In de wijk zelf bevinden zich ook (steeds meer) mensen met chronische psychiatrische problemen, mensen die verward zijn, vereenzaamd en of verslaafd maar die met elkaar gemeen hebben dat ze niets van de hulpverlening willen weten. Zij zorgen soms wel voor overlast en onveiligheid in de buurt of leven in kommervolle omstandigheden. Er zijn nu op vele plaatsen in Nederland 'bemoeizorgteams' opgezet, vanuit GGD's, politie, woningcorporaties, drugshulpverlening, psychiatrische crisisdiensten etc., die mensen opzoeken in hun eigen omgeving, vaak op basis van overlastmeldingen. Ze werken onderling nauw samen.

Een voorbeeld hiervan zijn zorgcoördinatie projecten. In Groningen is een zorgcoördinatie project actief, dat zich vooral richt op zorgmijders. Een zorgcoördinatieproject kenmerkt zich door een normatief handelen dat er op gebaseerd is dat de hulpverlener de cliënt niet in de steek laat. (Lohuis, Schilperoort et al. 2000).

- competenties -

Bemoeizorg vraagt om een nieuwe professionele houding, die past bij het uitgangspunt dat niemand aan zijn lot wordt overgelaten. In het persoonlijk contact tussen de hulpverlener en de cliënt moet de hulpverlener zo veel mogelijk aansluiten bij de leefwereld van de cliënt. De essentie van de aanpak bij bemoeizorg is: "niet afwachten maar ze blijven opzoeken, hen corrigeren als het moet en vooral veel praktische hulp bieden" (van der Lans, Medema et al. 2003). In dit proces zal de werker de positie die hij inneemt ten opzichte van de cliënt, zijn professionele deskundigheid en de organisatie van waaruit hij werkt goed moeten kunnen legitimeren.

In Eindhoven kennen we het zorgcoördinatieproject bemoeizorg (www.bemoeizorg.nl). Dit project is in 1999 is opgestart als een samenwerkingsverband tussen GGD, Novadic⁶, Politie en GGZe. Loket W neemt sinds februari 2004 deel. Ook aanpalende organisaties als woningbouwverenigingen, schuldhulpverlening enz. zijn erbij betrokken.

- competenties -

Als we de nieuwe projecten bekijken die zich vanuit de zorginstellingen en OGGZ ontwikkelen dan zien we dat de projecten draaien om een samenspel van meerdere partijen, waarbij de

⁶ Novadic is een regionaal netwerk van ambulante en klinische verslavingszorg in Oost-Brabant.

belangen van de cliënt centraal staan. Dit betekent dat alle deelnemers, dus ook de welzijnswerker, in staat moet om zijn handelen af te stemmen op de specifieke kenmerken van de cliënt en zijn cliëntsysteem en inzicht moet hebben in veel, vaak uiteenlopende, vormen van formele en informele hulpverlening.

4.4 Welzijnszorg

Vanuit de historie zou welzijnszorg de plek moeten zijn waar Community Care vorm gegeven wordt. Maar dat is anders gelopen. Tot de jaren 60 was huisbezoek door iemand van de armenzorg, woonopzichteressen of woonmaatschappelijk werkster vanzelfsprekend. De 'beschavingsarbeid' die deze dames verrichtten wordt nu veelal gezien als louter bemoeizucht die de onaangepasten in het gareel moest brengen. Maar de zorg die zij verleenden, bracht wel degelijk ook de hulp die mensen in vaak erbarmelijke omstandigheden nodig hadden. Met de 'antiautoritaire' revolutie van de zestiger jaren veranderde de algemene opinie van het 'recht op bemoeien' naar het 'recht op zelfbeschikking'. Maatschappelijk werkers, welzijnswerkers en andere hulpverleners werken sindsdien vanuit een kantoor waar ze op afspraak beschikbaar zijn voor hun cliënten. Maar voor een deel van de mensen die zorg nodig hebben, is de afstand naar de kantoren van de hulpverleners veel te groot (van der Lans, Medema et al. 2003).

De laatste jaren is er weer hernieuwde aandacht voor wat nu 'outreaching werken' is gaan heten: de hulpverlener komt achter zijn bureau vandaan en gaat naar de mensen toe. De grote uitdaging is hoe het maatschappelijk werk dit kan realiseren zonder terug te vallen op oude bevoogdende praktijken. Het paternalisme heeft afgedaan, de regie is aan de burger (van der Laan 2003). Burgers laten zich niet meer passief sturen door de gevestigde sociale kaders waar ze vroeger deel van uit maakten. Functionarissen moeten dus veel overtuigingskracht bezitten, om nog effectief sociale invloed uit te kunnen oefenen.

Met outreachend werken zijn welzijnswerkers niet de voorlopers geweest. Niettemin kan deze manier van werken wel bijdragen aan de noodzakelijke verandering binnen de huidige dominante cultuur. Die kenmerkt zich door afstandelijkheid en het ondergeschikt maken van de individuele professionaliteit aan de organisatorische vereisten. Welzijnswerkers zijn in de loop van de tijd weer meer aandacht gaan besteden aan het buurtcentrum als hart van de wijk. Maar de welzijnssector gaat veelal voorbij aan de speciale inspanningen die vereist zijn om mensen met beperkingen deel te laten nemen aan deze collectieve voorzieningen als het buurthuis. Het welzijnswerk had een voorhoede rol kunnen spelen maar verkeert in de achterhoede (Kal and Vesseur 2003).

Al speelt het welzijnswerk nu een rol in de achterhoede, dat neemt niet weg dat er ook voor de welzijnswerker in het proces van vermaatschappelijking belangrijke taken liggen. Die liggen op de volgende drie terreinen (Penninx and Meijer 2004):

- *Individuele specifieke voorzieningen* voor kwetsbare burgers;
- *algemene collectieve voorzieningen* ter ondersteuning van participatie waar alle burgers gebruik van kunnen maken, inclusief de kwetsbare mens;
- *Het realiseren van een civil society*: Een maatschappij waarin burgers niet alleen verantwoordelijk zijn voor zichzelf maar ook voor elkaar. In de uitwerking kun je denken aan vrijwilligerswerk en burenhup. Maar ook aan het sociale gezicht van bedrijven en aan allerlei vormen waarin mensen zich organiseren om samen aan bepaalde doelen te werken: verenigingen, werkgroepen, buurtcomités etc.

Individuele specifieke voorzieningen

Sommige burgers missen voldoende zelfredzaamheid om zich in de maatschappij staande te houden. Zij hebben hierbij ondersteuning nodig maar willen wel zoveel mogelijk de regie

houden of (terug)krijgen over het eigen leven. Dit betekent dat in de relatie van de professional en de cliënt empowerment een leidend principe vormt.

- Competenties -

Werken vanuit empowerment betekent niet alleen kennis hebben van de principes van empowerment en van de herstelgerichte benadering maar ook bereidheid om vanuit deze principes te werken. In het persoonlijk contact tussen de hulpverlener en de cliënt moet de sociaal agoog zo goed mogelijk aansluiten bij de leefwereld van de cliënt.

“Het gaat bovenal om de houding van erkenning van de ervaringskennis van mensen en vaardigheden om deze ervaringskennis te kunnen delen en van daaruit ondersteuning op maat te kunnen bieden (...). Juist het uitgaan van de hersteltheorie voorkomt dat vermaatschappelijking leidt tot eenzijdige druk van aanpassing aan de maatschappij, want mensen hebben het recht om in hun anders zijn gerespecteerd te worden en ondersteuning te verwachten in het eigen herstelproces”(H.Jacobs, coördinator kenniscentrum ervaringsdeskundigheid in Tilburg).

- competenties -

Welzijnswerkers hebben vanuit hun positie in de lokale gemeenschap ook een belangrijke *signaleringsfunctie*. Waar zij signaleren dat mensen onvoldoende vaardig zijn om zich staande te houden, zoals bij ernstige, verwaarlozing, eenzaamheid of sociaal isolement, moeten zij in staat zijn om te wijzen op mogelijkheden van ondersteuning; in de vorm van doorverwijzen of eventueel zelf deze ondersteuning geven (Penninx 2004). Dat betekent ook dat de welzijnswerker goed op de hoogte moet zijn van wat maatschappelijke voorzieningen te bieden hebben.

Het is een taak van de welzijnswerker om waar hiaten vallen zelf initiatieven te nemen sociale netwerken rondom deze mensen te organiseren. Op het terrein van ouderenwerk heeft welzijnswerk hier al veel ervaring mee. Maar welzijnswerkers moeten ook meer kennis krijgen van andere doelgroepen zoals mensen met psychiatrische beperkingen. Welzijnswerkers in Eindhoven geven zelf aan dat ze verwachten dat de trend naar generalistisch werken zal doorzetten. Dit wordt aan de ene kant gezien als verlies van specifieke expertise, aan de andere kant kan het een verrijking van het werk betekenen. Ze geven ook aan kennis over de specifieke doelgroepen te ontberen.

-competenties-

Empowerment veronderstelt te kunnen werken vanuit een vraaggerichte aanpak. Goede communicatieve vaardigheden zijn daarvoor noodzakelijk. Ook welzijnswerkers moeten zich kennis en instrumenten eigen maken om de vragen van de verschillende doelgroepen te kunnen achterhalen. Binnen de diverse doelgroepen zijn al verschillende methodes ontwikkeld zoals de methodiek ‘vraagarticulatie’ bij ouderen (Daenen 1998)

Eerder is al gesignaleerd dat er grote behoefte is aan ‘informatie en advies’. Wat we echter tot nu toe zien is dat de informatievoorziening aanbodgericht is vanuit de domeinen wonen en zorg (Penninx 2004). Vermaatschappelijking vraagt om een bredere benadering. Cliënten die de greep op hun bestaan willen vergroten, hebben immers ook behoefte aan informatie op het gebied van educatie, arbeid, vrijwilligerswerk, vrije tijd en andere vormen van maatschappelijke participatie. Hier liggen kansen voor lokale welzijnsorganisaties. Zij kennen immers de sociale kaart van de gemeente en zijn vaak goed thuis in de wereld van het vrijwilligerswerk. Loket W gaat de komende jaren steunpunten (één-Loketten) in de stad

opzetten waar professionals zicht hebben op wat ze anderen kunnen bieden. Samenwerking tussen welzijn, zorgpartners en cliëntenorganisaties om tot één loket te komen staat hierbij voorop.

- competenties -

De deelnemers worden geacht in staat te zijn om zich samen met anderen in te zetten vanuit een gemeenschappelijk belang. Het belang van de cliënt (en eventueel zijn omgeving) staat in deze relatie centraal en niet de belangen van de professional met zijn organisatie. Samenwerken lukt alleen als de professional vanuit nieuwe inzichten in staat is om bestaande professionele en institutionele kaders te doorbreken ofwel in staat is om te innoveren.

Randvoorwaarde hierbij is dat de welzijnswerker binnen zijn organisatie de ruimte krijgt (en ook neemt) om veranderende inzichten om te zetten in nieuwe professionele praktijken. Hieraan zitten volgens welzijnswerkers bij Loket W nog heel wat haken en ogen. Marktwerking en concurrentie lijken een integrale aanpak in de weg te staan. Op wijkniveau ontstaan projecten waarin diverse professionals goed samenwerken, maar als het gaat om continuering van deze projecten waarover besluitvorming op hoger niveau plaats moet vinden, lijken geld en concurrentie verdere samenwerking danig in de weg te staan.

Algemene collectieve voorzieningen

Algemene collectieve voorzieningen zijn erop gericht om participatie te ondersteunen voor alle burgers, inclusief de kwetsbare mens. In de praktijk blijken deze voorzieningen toch vooral gericht te zijn op de 'gewone' burger. Vermaatschappelijking vraagt om het gastvrij maken van de algemene lokale voorzieningen voor iedereen. Juist in deze rol van 'gastvrij onthaal' kunnen de opbouwwerker en sociaal-cultureel werker een belangrijke rol vervullen. De sociaal-cultureel werker, werkzaam in het buurthuis, bevindt zich in het hart van de wijk "dé plek van ontmoeting, waar mensen verbindingen met elkaar aan kunnen gaan en waar onverschilligheid kan worden bestreden "(Kal and Vesseur 2003). Om te realiseren dat het buurthuis een plek kan worden van ontmoeting van iedereen, stellen onderzoekers voor om een functionaris gastvrijheid aan te stellen, die in principe ten behoeve van alle kwetsbare groepen gaat werken. Omdat individuen binnen dezelfde doelgroep zo divers zijn, zullen activiteiten en attitudes die moeten leiden tot een gastvrij onthaal, op de persoon toegesneden moeten worden.

De presentiebenadering die de leefwereld als uitgangspunt neemt, kan hiervoor ondersteuning bieden. Kenmerken van deze benadering zijn nabijheid en betrokkenheid (Baart 2001). Een nabije professional "die werkt in een buurthuis, heeft belangstelling voor het alledaagse leven van de bezoeker van het buurthuis. Het buurthuis biedt mensen een plek waar men kan zijn zoals men is en waar het eigen verhaal mag klinken. Daarmee schept het ruimte voor eigenheid en anderszijn en maakt het tegelijkertijd de ruimte van de bezoeker groter dan het eigen huis "(Kal and Vesseur 2003).

- competenties -

De basisattitude van de nabije professional in de presentiebenadering wordt gekenmerkt door een houding van welgemeende zorg: 'je durven laten raken', bereidheid om praktische en materiële hulp te bieden en bereidheid om actief en outreachend te willen optreden. De professional moet voortdurend streven naar een gelijkwaardige, open relatie waarbij de bereidheid bestaat om verschillen in leefstijl en normkaders te accepteren. Tevens moet de bereidheid bestaan om kwaliteiten van cliënten te benadrukken en gedrag positief te labelen. Hij moet flexibel zijn en in staat zijn om met andere belangrijke anderen als familie, vrienden, burens, maar ook met andere (zorg)instellingen samen te werken.

Je laten 'raken' is geen gemakkelijke rol. De professional moet zich kwetsbaar opstellen en over voldoende zelfkennis beschikken om te weten waar zijn grenzen liggen en kunnen reflecteren op eigen normen, waarden en gedrag. Hij moet om kunnen gaan met gevoelens van machteloosheid, tegenvallers, conflicten en agressie en bedreigende situaties. Om problemen in perspectief te kunnen plaatsen is het van belang dat de werker kennis heeft van de in- en uitsluitingsmechanismen. Dit geldt overigens niet alleen voor de werkers, ook de vrijwilligers en buurtgenoten dienen een gevoeligheid te ontwikkelen voor mechanismen die tot non-participatie, oftewel tot uitsluiting leiden (Lohuis, Schilperoort et al. 2000; Baart 2001).

Civil society

Voor een geslaagde vermaatschappelijking zijn (juist) niet alleen individuele ondersteuning - trajecten voor kwetsbare burgers nodig, het gaat ook om zorg voor leefbaarheid en veiligheid van de buurt. De wijkgerichte aanpak staat hierbij centraal. Dat kan op heel veel verschillende manieren.

Een voorbeeld van een landelijke impuls voor leefbaarheid in de buurt is Onze Buurt aan Zet (OBAZ). OBAZ is een project dat voortkomt uit het Grotestedenbeleid:

www.onzebuurtaanzet.nl. Het project wil de leefbaarheid, veiligheid en sociale cohesie in de wijk verbeteren. Dertig Nederlandse steden kregen geld om deze ambitie waar te maken.

Het belangrijkste kenmerk van de manier van werken bij OBAZ is dat de buurtbewoners echt zelf aan zet zijn. Gemeentes en buurtbewoners werkten nauw samen. Uiteindelijk bepaalden de bewoners zelf wat ze het belangrijkste vonden.

In de gemeente Eindhoven vinden vanuit de welzijnsorganisatie in diverse buurten vergelijkbare activiteiten plaats volgens de methodiek 'straat aan zet'. De bewoners worden vooral gestimuleerd om samen activiteiten te doen.

- competentie -

De sociaal agoog neemt wat bewoners belangrijk vinden als uitgangspunt en organiseert met hen, dus ook met kwetsbare mensen, activiteiten om de buurt leefbaarder te maken.

Professionals spelen een belangrijke rol in het bevorderen van sociale cohesie door mensen met elkaar in contact te brengen en te bemiddelen bij conflicten en overlast.

Bij de vele initiatieven klinkt vooral de roep om het verbeteren van veiligheid en het schoonmaken en opknappen van de buurt luid door. Dit soort gezamenlijke activiteiten blijken een band te scheppen tussen buurtbewoners onderling. Als mensen zich veiliger voelen op straat, durven ze ook meer de deur uit te gaan. Ruim tien jaar geleden ontstond vanuit dezelfde gedachte in de Opzoomerstraat in Rotterdam een beweging waar bewoners samen hun straten opknaptten (zie ook www.opzoomermee.nl). Hiermee wilden ze zelf iets doen aan leefbaarheid en onderlinge verbondenheid in hun woonomgeving. In de loop van de jaren is 'opzoomeren' ook buiten Rotterdam een begrip geworden.

In hoofdstuk 2 constateerden we dat zowel fysieke als sociale kenmerken op wijkniveau de kracht van de sociale netwerken beïnvloeden. De stedelijke infrastructuur waarbij wonen, werken en vrije tijd (inclusief winkelen) gescheiden gebieden zijn wordt de laatste decennia steeds minder populair. In de Verenigde Staten ontstond met het 'New Urbanism' (www.cnu.org) een beweging binnen de stadsontwikkeling. De pleitbezorgers van deze stroming laten zien dat de fysieke woonomgeving zo ingericht kan worden, dat deze de sociale contacten bevordert. Ze ontwerpen buurten waar plaats genoeg is voor voetgangers, waar je nooit langer dan 5 minuten hoeft te lopen voor je bij een winkel bent waardoor de auto kan blijven staan. Het moet er prettig wonen zijn voor jong en oud of gehandicapt. Straten moeten ervaren worden als prettige gedeelde ruimten waar mensen zich veilig kunnen voelen.

Ook in Nederland is het belangrijk dat bij herstructureringsprojecten het sociale perspectief niet vergeten wordt. Ofschoon steeds meer ruimte komt voor de sociale pijler in de stadsvernieuwing zouden professionals in zorg en welzijn veel meer actief betrokken moeten zijn bij dergelijke processen. Woonservicezones zouden hiervoor een ideale broedplaats kunnen zijn.

Het welzijnswerk in Eindhoven heeft ervaring opgedaan met maatschappelijke activering via de *ABCD methode* zoals ontwikkeld door John L. McKnight en John P. Kretzmann (McKnight and Kretzmann 2004). Deze methode kent drie met elkaar verbonden uitgangspunten:

1. De capaciteiten van de wijk vormen de basis: capaciteiten van individuele bewoners, van de vrijwilligersorganisaties, en de informele netwerken, van de instellingen en van de bedrijven.
2. Het is naar binnen gericht d.w.z. dat samenwerkende partners eerst kijken wat ze zelf kunnen.
3. De uitdaging ligt in een permanente relatieopbouw.

Deze methode vraagt van de sociaal agoog om te werken vanuit de basishouding empowerment. Maar het gaat niet alleen om empowerment van de 'gewone' burger, bij buurtopbouw horen ook de kwetsbare doelgroepen betrokken te worden. Iedere wijk is in principe gastvrij en open. En iedereen heeft vaardigheden, ook degenen die het etiket 'gehandicapt' meedragen. 'Het ontdekken van en inzetten van deze vaardigheden heeft voordelen voor alle leden van de gemeenschap en verhoogt de trots en zelfrespect van de gehandicapten.

Het open staan voor moeilijke doelgroepen is niet zo vanzelfsprekend. Met name mensen met ernstige psychiatrische problematiek worden door sommige welzijnswerkers als dé probleemveroorzakers van de wijk gezien. Ook cliënten van de GGzE klagen over de negatieve beeldvorming onder de Eindhovense bevolking.

- competenties-

Sociaal agogen moeten investeren in het creëren van draagvlak bij de omgeving. Het is belangrijk om (onterechte) vooroordelen bij bewoners weg te nemen en beeldvorming te nuanceren. Professionals kunnen mensen met elkaar in contact brengen en bemiddelen bij conflicten en overlast.

Landelijke campagnes kiezen voor een heel andere benadering dan voorgaande initiatieven. Er zijn regelmatig diverse campagnes die gebruik maken van de media die allerlei maatschappelijke problemen aan de kaak stellen en trachten een mentaliteitsverandering teweeg te brengen. Eerder noemde we al de campagne 'maak contact' van het Rode Kruis. Het Leger des Heils had in 2004 bijvoorbeeld eenzaamheid als speerpunt. Ook de Stichting Sire (Stichting Ideële Reclame) voert regelmatig campagnes met commercials om de aandacht op maatschappelijke problemen te richten in de hoop gedragsverandering teweeg te brengen. (www.sire.nl).

4.5 Samenvatting

Door de vermaatschappelijking van de zorg blijken de werkpraktijken van welzijnswerkers en sociaal pedagogische hulpverleners steeds meer samen te vallen. Hierdoor vervagen de grenzen tussen beide vakgebieden.

In de praktijk zijn talloze initiatieven te vinden die integratie en/of participatie van de kwetsbare mensen beogen. Deze initiatieven zijn veelal losstaande projecten zonder (veel) samenhang met elkaar. Een ander gemeenschappelijk kenmerk is dat ze als leidend principe 'empowerment' hebben.

Het belang van vrijwilligers en mantelzorg wordt zowel landelijk alsook bij veel gemeenten erkend. Vanuit activerend burgerschap worden groepen die tot nu toe ondervertegenwoordigd zijn in het vrijwilligerswerk aangesproken, zoals jongeren, allochtonen, werklozen en mensen met functiebeperkingen. Ook is aandacht voor betere aansluiting van vraag en aanbod in het vrijwilligerswerk. De rol van de professional in zijn relatie tot de vrijwilliger is aan het veranderen richting coach, trainer, coördinator.

Cliëntenorganisaties zijn de eerste geweest die projecten opgestart hebben om mensen uit de instituties te houden en nog steeds zetten zij zich actief in. Er ligt inmiddels een grote hoeveelheid ervaringskennis. Uit de nieuwe projecten die zich vanuit de zorginstellingen en OGGZ ontwikkelen ontstaan sociale steunsystemen die zich formeren rondom het sociale netwerk van de individuele cliënt. Het succes van de projecten is afhankelijk van het samenspel van de betrokken partijen en de mate waarin zij erin slagen de belangen van de cliënt te laten prevaleren boven eigen institutionele belangen.

Voor de welzijnswerker is er nog een slag in te halen. Hij moet achter het bureau vandaan, naar de mensen toe zonder in paternalisme te vervallen. Welzijnswerkers hebben vanuit hun positie in de lokale gemeenschap ook een belangrijke signaleringsfunctie. Ook is er behoefte aan brede informatie. Naast het terrein van wonen en zorg ook op het terrein van educatie, arbeid, vrijwilligerswerk, vrije tijd. Welzijnswerkers kunnen een belangrijke rol spelen in het opzetten van één loketfuncties. Maar ook dan is er de noodzaak van samenwerking met andere partijen. De sociaal agoog speelt niet alleen een rol in de individuele relatie met cliënten. Hij heeft ook competenties nodig m.b.t. het organiseren van collectieve voorzieningen zoals buurthuizen. Een knelpunt in het kader van vermaatschappelijking is dat deze collectieve voorzieningen niet toegankelijk genoeg zijn voor mensen met beperkingen. Een speciale functionaris welzijn zou ingesteld kunnen worden, die welzijnswerkers m.b.t. houding en vaardigheden naar kwetsbare mensen kan bijscholen.

Of mensen zelfstandig kunnen blijven wonen, hangt ook af van de leefbaarheid en veiligheid van de buurt. De welzijnswerker kan met wijkgerichte aanpak de veiligheid en sociale cohesie bevorderen. Bij nieuwe projecten, zoals de ABCD methode, zien we dat ook hier empowerment uitgangspunt is. Het creëren van draagvlak voor kwetsbare mensen mag in de buurtaanpak niet genegeerd worden.

Ook de fysieke woonomgeving kan zo ingericht worden dat deze de sociale contacten bevordert. Daarom is het van belang dat bij herinrichting van de woonomgeving (zoals bij woonservicezones en herstructurering van achterstandswijken) professionals in zorg en welzijn actief betrokken worden bij het ontwerpproces.

5 Besluit

In dit rapport stelden we de vraag wat de gevolgen zijn van vermaatschappelijking van de zorg voor de informele zorg en de (mogelijke) rol van woonzorg- en woonservicezones hierin. Hierbij gingen we uit van vermaatschappelijking in brede zin waarbij de integratie van de cliënt in de samenleving centraal stond. Ook is gekeken naar welke andere praktijken - naast woonzorg- en woonservicezones - aansluiten bij vermaatschappelijking van de zorg en wat de gevolgen van deze ontwikkelingen zijn voor de competenties van de sociaal-agoog.

5.1 Samenvatting

Aan het beleid tot vermaatschappelijking van de zorg liggen een aantal vooronderstellingen ten grondslag zoals vernoemd in hoofdstuk 2 die in de uitvoering van het beleid tot nu toe nauwelijks uitgewerkt worden.

Een eerste vooronderstelling is die van mondige burgers die zelfstandig en verantwoordelijk kunnen handelen en de meerwaarde van hun eigen leefomgeving kunnen benutten. Maar wie over onvoldoende competenties beschikt om te voldoen aan het ideaal van de autonome burger dreigt verstoken te blijven van zijn formele rechten en dreigt een soort tweederangsburger te worden. Daar staat tegenover dat veel burgers wel degelijk mondig zijn als het gaat om het regelen van hun eigen zaakjes, maar afhaken als ze op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid aangesproken worden.

De tweede vooronderstelling is dat informele zorg, sociale steun en acceptatie van kwetsbare mensen in de buurt aanwezig zijn. Maar het aanwezig zijn van zorg 'in de buurt' is een relatief begrip geworden. Betrokkenheid van mensen bij elkaar op buurtniveau is de afgelopen decennia sterk verminderd. Zeker in grote steden kent men vaak zijn eigen burens niet. Voor een kopje suiker wil je bij een onbekende wellicht nog wel aankloppen, maar voor elkaar zorgen is een heel ander verhaal: dat doet men toch het liefst voor heel goede vrienden of familie. Ook de tolerantie voor de 'vreemde ander' daalt naarmate de onbekendheid met de problematiek daalt. Een aangrijpingspunt voor beleid ten aanzien van vermaatschappelijking ligt besloten in het concept 'inclusief burgerschap'. 'Inclusief burgerschap' zet 'kwetsbaar' en 'onkwetsbaar' niet lijnrecht tegenover elkaar, maar maakt kwetsbaarheid iets van iedereen. Met andere woorden, bij vermaatschappelijking in brede zin hoort ook een brede opvatting van burgerschap.

Veel mensen vullen burgerschap in op een eenzijdige manier: als afnemers van diensten in zorgland. Voor de rest stellen ze het liefst de overheid verantwoordelijk. Terwijl de overheid de bal juist naar de burger probeert te spelen. De sturingskracht van de overheid zal zwak zijn als de verwachtingen van de burger ten aanzien van de rol van de overheid (collectieve voorzieningen) strijdig zijn met wat de overheid van de burger verwacht (eigen verantwoordelijkheid). Daarbij neemt de overheid niet op een heldere manier stelling. Ze stelt eigen verantwoordelijkheid van de burger centraal maar neemt tegelijkertijd maatregelen die informele zorg moeilijker maken, zoals meer en langer werken.

Ook in een ander opzicht is de inzet van de overheid tegenstrijdig of op zijn minst eenzijdig. Ondanks het afnemende belang van de buurt als factor die mensen bindt vindt de buurtaanpak nog steeds gretig aftrek bij beleidsmakers. Een prettig buurtklimaat waar ruimte is voor iedereen zal de integratie van mensen die zorg nodig hebben bevorderen. Maar voor het verlenen van zorgtaken zijn intieme vrienden en nabije familie het belangrijkste. En die wonen vaak niet in de buurt.

Ook de WMO gaat onvoldoende in op hoe informele zorg tot stand moet komen. Er is veel meer aandacht nodig voor zware wissel die de moderne samenleving trekt op informele zorg. Bovendien legt de invoering van de nieuwe wet de nadruk op het lokaal organiseren van zorg. Dat is heel praktisch voor de formele zorg, maar de informele zorg laat zich minder goed vangen binnen geografische kaders.

Een derde vooronderstelling in het streven naar vermaatschappelijking is dat maatwerk in de ondersteuning gerealiseerd kan worden. Woonzorg- en woonservicezones zijn in dat opzicht als concept veelbelovend, want ze proberen aan te sluiten bij de vermaatschappelijking van de zorg. Een belangrijk kenmerk van woonzorg- of woonservicezones is dat ze niet exclusief bedoeld zijn voor mensen met een zorgbehoefte. De wijk moet door iedereen, jong of oud, ziek of gezond goed bewoond kunnen worden. Daarmee incorporeren ze impliciet de idee van inclusief burgerschap.

In de praktijk blijken woonzorgzones echter vooral gericht te zijn op het aanbieden en organiseren van formele zorg. Ze negeren veelal de mogelijkheden van informele zorg en de betekenis die sociale netwerken in dat kader voor mensen kunnen hebben. Het project woonservicezones in Eindhoven wil in de naamgeving de nadruk op het dienstverlenende karakter van woonservicezones leggen om te vermijden dat het project alleen met zorg geassocieerd worden. In de projectplannen wordt bovendien aandacht besteed aan zelfhulp en burenhulp. Helaas onderscheiden de woonservicezones zich in de uitvoering tot nu toe nauwelijks van woonzorgzones. Het vertrekpunt bleef vooral de zorg. Wat ontbreekt is de visie en de slagkracht om vermaatschappelijking in brede zin en de bijbehorende notie van inclusief burgerschap te realiseren. De servicezones bleven tot nu toe hangen in de onmacht om ideeën te vertalen naar de praktijk. Dat komt onder meer door het gebrek aan continuïteit in de aansturing en de wisselende samenstelling van de gesprekspartners in de pilotgebieden. Ook de druk van de marktwerking frustreert de samenwerking tussen aanbieders van zorg en welzijn.

Aan alle drie de vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan het overheidsbeleid ten aanzien van zorg- en welzijn valt veel af te dingen. Maar ondertussen zijn er vanuit de samenleving en de hulpverlening al vele initiatieven ontwikkeld die wel goed aansluiten bij de vermaatschappelijking van de zorg in haar ruimere betekenis.

Informele zorg en lotgenotencontacten spelen daarbij een belangrijke rol, evenals cliëntenorganisaties. Aanvullend daarop zijn er vanuit zorginstellingen diverse methodieken ontwikkeld om de cliënt te ondersteunen, zoals de Community Support Systemen (CSS) en Maatschappelijke steunsystemen (MSS), het 'kwartiermaken' en bemoeizorg. Vanuit de Community Care ontstonden onder meer het outreachend werken, de presentiebenadering en de wijkgerichte aanpak.

5.2 Conclusies en aanbevelingen

Juist omdat de vermaatschappelijking van de zorg veel van de burger vraagt, is draagvlak voor dit beleid bij die burger van essentieel belang. Een meer consistent en consequent overheidsbeleid ten aanzien van het combineren van werk en zorg, financiering van zelfhulpmiddelen e.d. is daarvoor noodzakelijk. Daarbij moet de focus ook gericht zijn op het ondersteunen van sociale netwerken in plaats van alleen op de buurt of wijk. Juist omdat informele zorg niet met wetgeving af te dwingen is, daar zelfs strijdig mee is, zal de overheid hier in de voorwaardelijke sfeer moeten sturen. Meer aandacht voor het ondersteunen en faciliteren van zorg op afstand is daarbij noodzakelijk, zoals het bevorderen en ondersteunen

van mobiliteit en inzet van technische middelen zoals domotica en internet voor contact en hulp.

Woonservicezones proberen vermaatschappelijking af te bakenen in geografische eenheden. Ze proberen formele zorg te organiseren in 'pilotzones' waarbinnen het hele zorgplaatje gestalte moet krijgen. Heel veel energie gaat naar het coördineren en aan laten sluiten van de zorg binnen die gebieden. Er is echter geen oog voor het belang en de organisatie van informele zorg en de sociale netwerken die hiervoor steeds meer vangnet zullen moeten worden. Die trekken zich niks aan van zones.

Daarbij constateren we dat de samenwerking in de woonservicezones gestuurd en gevoed zou moeten worden vanuit de praktijk: bottom-up. Dat de woonservicezone Eindhoven niet concreet van de grond komt zou wel eens voor een belangrijk deel te wijten kunnen zijn aan het feit dat die slag niet gemaakt is. Wanneer het vertrekpunt de zorgvraag is dan staat goede samenwerking en onderlinge ontmoeting tussen formele en informele zorg voorop. Dat betekent ook dat heel de hiërarchische lijn open moet staan voor voeding vanuit de eerste lijn en de informele zorg. Dat is nu niet altijd het geval: veel goede ideeën lopen vast in hiërarchische bureaucratische structuren.

In de praktijk zijn er talloze initiatieven die zich laten leiden door de integratiegedachte, door het stimuleren van sociale netwerken rondom kwetsbare mensen, door het sterker maken van mensen zodat ze hun 'eigen verantwoordelijkheid' ook leren nemen. Met dit soort initiatieven moeten we zorgvuldig omgaan, zodat ze ook kunnen beklijven. Aanpak van vernieuwingen moeten beginnen bij bestaande initiatieven, deze verder uitbouwen en in samenhang met elkaar brengen. Deze vernieuwingen zouden ook steeds gevolgd moeten worden door evaluatie onderzoek zodat meer zicht komt op de processen en oorzaken waardoor initiatieven vastlopen of in de mist verdwijnen.

Bij deze innovatieve praktijken valt op dat ze allemaal als uitgangspunt het principe van 'empowerment', 'mensen eigenmachtig maken' hebben. Wat ook opvalt, is dat ervaringskennis in deze praktijken een belangrijke rol krijgt en serieus genomen wordt. Dat geldt voor ervaringskennis van de mantelzorgers en vrijwilligers, maar ook voor die van kwetsbare mensen zelf. Dit betekent dat de rol van de sociaal agoog verandert. Hij kan zich niet meer superieur opstellen, maar moet ruimte laten aan het recht van de burger om de regie in eigen hand te houden.

De competenties van de professional die met MSS en daaraan verwante praktijken werkt lijken voor een deel op die van de bemoeizorger. Beide hebben te maken met het vinden van een balans tussen de regierol van de professional en de autonomie van de cliënt. Het grote verschil zit in het vertrekpunt: bij bemoeizorg is er sprake van een grensoverschrijdende situatie zoals extreme verwaarlozing of overlast, waarbij het de omgeving is die de hulp inschakelt. Bij maatschappelijke steunsystemen is het vertrekpunt de vraag van de cliënt zelf. De professional moet kritisch kunnen zijn op de posities die hij inneemt en wiens belangen hij vertegenwoordigt. Dat eist nogal wat van de competenties van de hulpverlener. Deze moet voortdurend kritisch reflecteren op zijn eigen handelen en de situatie die zich voordoet. Hij moet beducht zijn op de valkuil de verantwoordelijkheid volledig over te nemen en tegelijkertijd wel present zijn. En dan moet de hulpverlener ook nog generalist zijn, op meerdere terreinen deskundig zijn en goed kunnen samenwerken.

Maar ook van vrijwilligers in de zorgsector wordt steeds meer gevraagd. Bij bijvoorbeeld maatjesprojecten en vriendendiensten lopen de wachtlijsten op omdat de vele vrijwilligers die

zich opgeven niet aan de gestelde eisen voldoen. De vraag is of dit komt doordat professionals het moeilijk vinden een deel van hun oorspronkelijke werk uit handen te geven en/of doordat van vrijwilligers te veel verlangd wordt. Vrijwilligerswerk en professionele hulp staan soms op gespannen voet met elkaar. In de relatie tot vrijwilligers zal de rol van de welzijnswerker steeds meer verschuiven in de richting van coördinator, coach, trainer. Onderzoek naar de invulling van de verhouding vrijwilliger / professionals is gewenst.

De welzijnswerker krijgt door de vermaatschappelijking steeds meer te maken met allerlei verschillende doelgroepen in de samenleving. De sociaal pedagogisch hulpverlener op zijn beurt ziet (een groot deel van) zijn werkveld verplaatst van de instelling naar midden in de samenleving. Dat betekent dat de welzijnswerker zich meer zal moeten oriënteren op meerdere doelgroepen en de SPH-er in zijn werkveld steeds meer rekening moet houden met de omgeving van de cliënt. Beide beroepsgroepen groeien in dat opzicht naar elkaar toe. De samenvoeging van Sociaal Werk en SPH tot Sociale Studies bij Fontys Hogescholen is dan ook een logische stap.

Literatuur

- Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht, Lemma.
- Breedveld, K. and A. van den Broek, Eds. (2001). Trends in de tijd, een schets van recente ontwikkelingen in tijdsbesteding en tijdsordening. den Haag, SCP.
- Cox, S., P. van Daal, et al., Eds. (2001). Voor elkaar. Zorgen in de moderne samenleving. PON-jaarboek 2001. Tilburg, PON.
- Daenen, R. (1998). Vraagarticulatie: ouderen aan het woord als kritische gebruiker. Utrecht, NVG/NIZW/NIG.
- de Hart, J., F. Knol, et al. (2002). Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid. den Haag, SCP.
- Dekker, P. (2000). Sociale en politieke participatietrends. Waan van de dag. P. Ester, D. van Houten and B. Steijn. Amsterdam, SISWO.
- Duyvendak, J. W. and M. Hurenkamp (2004). Kiezen voor de kudde. Kiezen voor de kudde. Lichte gemeenschappen en de nieuwe meerderheid. J. W. Duyvendak and M. Hurenkam. Amsterdam, Tijdschrift voor de sociale sector / Uitgeverij van Gennep: 213 - 222.
- Eugster, A., J. van den Bogaard, et al. (2004). Een basis voor maatschappelijke steunsystemen in Noord-Brabant. Speerpunten vanuit de praktijk. Tilburg, Tranzo, Universiteit van Tilburg.
- Geelen, K. and H. Verburg (2002). "Hoe cliënten te betrekken bij het opzetten en invoeren van een maatschappelijk steunsysteem." Passage 11(september).
- Gezondheidsraad (2004). Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. Den Haag, Gezondheidsraad.
- Harkes, D. (2001). Het STAGG-model. Utrecht, Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg: 6.
- Huberts-Breunis, T., T. van Otterdijk, et al. (2004). Zorgvragersperspectief.....wablief? Een onderzoek naar het zorgvragersperspectief in de ontwikkeling van de woonservicezone in Eindhoven. Eindhoven, Fontys Hogeschool Sociaal Werk, CMV Deeltijd: 30.
- Innovatieprogramma Wonen en Zorg (2002). Planologische Kerngetallen wonen en zorg. Utrecht, IWZ: 21.
- Kal, D. (2001). Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Amsterdam, Boom.
- Kal, D. and J. Vesseur (2003). 'Dat het gewoon is dat we er zijn'. Een appèl op het sociaal-cultureel werk door mensen met een verstandelijke beperking. Een onderzoeksverslag van Doortje Kal en Jet Vesseur. Amsterdam, IGPB: 72.
- Kwekkeboom, R. (2001). Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag, SCP.
- Linders, L. (2004). Eenzaamheid in de digitale stad. Eindhoven, Fontys Hogeschool Sociaal Werk: 52.
- Lohuis, G., R. Schilperoort, et al. (2000). Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGz. Groningen, Wolters Noordhoff.
- Machielse, A. (2003). Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen. Den Haag, Elsevier Overheid.
- McKnight, J. and J. Kretzmann (2004). Wijkontwikkeling op eigen kracht. Den Haag, LSA.

- Mur, L. and M. de Groot (2003). Community support en hulpverleners. Mogelijkheden voor mensen met beperkingen. Soest, Nelissen.
- Nouws, H. and M. van der Linden (2003). Aan de slag met woonzorgzones. Instrumenten voor initiatiefnemers. Amersfoort, Laagland Advies: 52.
- Nuy, M. (2000). Inleiding. Een filosofie van vermaatschappelijking. Rehabilitatie. Amsterdam, SWP: 7-11.
- Overkamp, E. (2000). Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten. Enschede, Universiteit Twente.
- Peels, J. (2003). Waarom ambulantisering? Hulp in eigen omgeving. Ambulanisering in de hulpverlening. M. van Bommel and M. van Deutekom. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum: 11-29.
- Penninx, K. (2004). Empowerment van kwetsbare mensen. Welzijnswerk als partner bij zelfstandigheid. Utrecht, NIZW: 38.
- Penninx, K. and L. Meijer (2004). Werken aan maatschappelijke ondersteuning. Een inleiding op 5 cahiers over werken aan maatschappelijke ondersteuning. Utrecht, NIZW.
- Post, W., E. van Imhoff, et al. (1997). Verwantschapsnetwerken in Nederland. Verleden, heden, toekomst. Den Haag, NIDI.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2003). De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care. Den Haag, RMO.
- Regiegroep Woonservicezones Eindhoven (2003). Woonservicezones in Eindhoven. Visie en Plan van aanpak 2003-2006. Eindhoven, Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Eindhoven.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2003). Zorg in de grote steden. Bilthoven, RIVM/NIVEL.
- Roosenschoon, B.-J. and E. Nagy (2001). Ongebonden schilvoorzieningen. Cliëntgerichte alternatieven voor de GGZ. Amsterdam, SWP.
- SCP (2003). De Sociale Staat van Nederland. Den Haag, SCP.
- Sevenhuijsen, S. (2002). De plaats van zorg. Over de relevantie van zorgethiek voor sociaal beleid (oratie). Utrecht, Universiteit Utrecht.
- Singelenberg, J. P. J. (2001). Woonzorgzones voor ouderen en anderen., Aedes Arcare. **2001**: 9.
- Staatssecretaris van VWS (2004). Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: 36.
- Steyaert, J. and L. Linders (2004). Digistein, kroniek van een sociaal experiment in uitvoering. Eindhoven, Fontys Hogeschool Sociaal Werk.
- Timmermans, J. M. (2001). Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof. Den Haag, SCP.
- van Campen, C., S. Kooiker, et al. (2004). Zorg. In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel rapport 2004. SCP. Den Haag, SCP: 602.
- van der Laan, G. (2002). "Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap." Sociale Interventie **11**(2): 44 - 51.
- van der Laan, G. (2003). Individualisering als interventieprincipe. Het sociaal debat. R. P. Hortulanus and A. Machielse. Den Haag, Elsevier.
- van der Lans, J., M. Medema, et al. (2003). Bemoeien Werkt. Naar een pragmatisch paternalisme in de sociale sector. Amsterdam, De Balie.

van Hoof, F. (2003). Lokale dienstverlening aan mensen met ernstige psychische handicaps. Onderzoeksverslag t.b.v. het ministerie van VWS Trimbos Instituut. Utrecht, Trimbos Instituut: 42.

van Houten, D. (2000). "Inclusief burgerschap en sociale rechten." Tijdschrift voor humanistiek 1(3).

van Tits, M. H. L., S. Lambeck, et al. (2000). Vitaal grijs. 55-plussers in beeld. IVA Tilburg/TISSER. Utrecht, IVA, Tilburg en Tisser.

van Weeghel, J. and J. T. P. M. Drees (1999). "Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen." Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 54(2): 50-65.

van Weeghel, J. and F. van Hoof (2002). "Zorg-aan-huisteams en hun samenwerking met maatschappelijke organisaties." Passage 2002(11): 160-169.

VWS, M. v. (2003). Naar een dienstenwet. Standpunt op de bouwstenennotitie Wet Voorzieningen gehandicapten...en nu verder. Plan van aanpak. Den Haag, Ministerie van VWS.

Wolf, J. (2002). Een kwestie van uitburgering. Amsterdam, SWP.

Bijlage

Verslag groepsgesprek met medewerkers van Loket W die betrokkenen zijn bij woonservicezones, 4 november 2004

Aanwezig van Loket W: 2 ouderenwerkers, 1 maatschappelijk werkster en 1 Ouderenadviseur
Van Fontys: Angeliek Meijer (SPH) Lilian Linders (SW)

Trends en ontwikkelingen vermaatschappelijking

Er wordt een aantal trends op het gebied van vermaatschappelijking geconstateerd.

- We zitten in een omslag die door het overheidsbeleid aangestuurd wordt van “Loket W zorgt voor u” naar “u moet alles zelf doen”. Het gevolg is dat de professional in de welzijnssector boodschapper van slecht nieuws wordt.
- Vermaatschappelijking in de praktijk is een heel ander verhaal dan wat er politiek en financieel gebeurt. Er worden 2 sporen bewandeld en dat leidt tot een spagaat.
- Grenzen en doelgroepen veranderen door de vermaatschappelijking. Bijvoorbeeld: mensen die vroeger cliënt bij de GGZE waren komen nu steeds meer bij maatschappelijk werk terecht.
- Vermaatschappelijking is complex voor de doelgroep. Vooral als er veel zorg en ondersteuning nodig is (die niet altijd voorhanden is) kan dit tot problemen leiden.

Binnen Loket W is de ontwikkeling gaande dat maatschappelijk werk en opbouwwerk steeds meer van elkaar afgescheiden worden. Vooral het opbouwwerk wordt steeds meer een algemene functie: de opbouwwerker wordt een generalist in de buurt. Voor maatschappelijk werk geldt dit minder.

Men verwacht dat de trend naar meer generalistisch werken in plaats van specialistisch ook bij het ouderenwerk zal doorzetten: er zal geen specifieke functie voor ouderen meer zijn. Het doelgroepenbeleid zal worden afgeschaft. Dat wordt aan de ene kant gezien als verlies van specifieke expertise: de ene doelgroep is de andere niet. Aan de andere kant kan het een verrijking van het werk betekenen.

In principe staat men achter de ideologie van vermaatschappelijking: om mensen niet hun hele leven in Bos en Duin te laten wonen. De uitwerking van het proces is echter onvoldoende. Er gebeurden soms vreselijke dingen in de buurt zoals (ex) psychiatrische patiënten die rondzwerven over straat zonder opvang. Sommige wijken worden erg belast met zorginstellingen die onvermijdelijk ‘onaangepast’ volk aantrekken. Buurtbewoners voelen zich (mede) hierdoor minder veilig.

De ervaring leert dat verstandelijk gehandicapten en ouderen goed matchen, bijvoorbeeld bij eetpunten. Dat geldt minder voor psychiatrische patiënten. Van deze kennis zou meer gebrek gemaakt moeten worden in het beleid van woningtoewijzing.

Juist aan de onderlinge contacten verschillende groepen moet je als professional werken. Door bezuinigingen lukt dat nauwelijks. Er is juist extra begeleiding nodig terwijl het opbouwwerk de afgelopen jaren alleen maar ingekrompen is (cijfers??).

De meeste mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Vermaatschappelijking sluit dus in ieder geval aan bij wat mensen zelf willen. In dat opzicht kunnen we spreken van

een positieve verandering: de wijk wordt steeds meer een afspiegeling van de werkelijke samenstelling van de bevolking in al zijn schakeringen.

Helaas is de praktijk weerbarstiger. Wie vasthoudt aan het ideaal komt bedrogen uit. Met de huidige politieke keuzes en de hachelijke financiële situatie van Loket W kan het ideaal bij lange na niet gerealiseerd worden. Als je mensen mobiliseert op een onhaalbaar ideaal bouw je de teleurstelling in.

Woonservicezones

Een voordeel van het inrichten van woonservicezones is dat zorg- en hulpverleners met elkaar aan tafel zitten, waardoor overlap voorkomen kan worden. Samenwerken en de één loketgedachte kunnen zo gerealiseerd worden. Het gaat om samenwerken en het verdelen van taken rondom een problematiek. Dat samenwerken zou gestuurd moeten worden vanuit de praktijk.

Iedereen begrijpt dat er overlappingsen zitten in de aanpak van bepaalde doelgroepen. Er zijn overeenkomsten tussen mensen met een verstandelijke beperking en mensen met Alzheimer. En iedereen die in een rolstoel zit, allochtoon of autochtoon heeft te maken met dezelfde hindernissen. En toch zijn er op andere vlakken weer grote verschillen.

Eindhoven zou één grote woonservicezone moeten zijn met goede samenwerking en onderlinge ontmoeting. Echter, met het invoeren van marktwerking wordt een probleem gecreëerd. Concurrentie staat haaks op samenwerking.

Woonservicezones zijn een samenwerkingsproject waarbij betrouwbare partners, een vaste structuur en sterke aansturing essentieel (zou moeten) zijn. Uniek in Eindhoven is dat de woonservicezone vanuit zorg gefocust is (GGDE) in plaats van vanuit de woningbouwcorporatie. Jammer genoeg is de aansturing tot nu toe niet stabiel geweest. Er is heel veel gewisseld op projectleidingsniveau. In pilotgebied Gestel bijvoorbeeld is er geen continuïteit voor wat betreft samenstelling van de groep. En ook de partners gaan vaak hun eigen gang. Zoals Zorgcentrum Gagelbosch, dat ook thuiszorg gaat aanbieden. Dat leidt tot concurrentie met Thuiszorg Eindhoven. Hierdoor gaat het marktmechanisme leidend principe zijn en dat staat samenwerking in de weg. Dan kan er op Eindhovens niveau wel een mooi covenant liggen, op uitvoerend wijkniveau gebeuren er heel andere dingen.

In de woonservicezones wordt vaak paranoïde gedrag vertoont: er is flinke concurrentie. Informatie en advies is 'in' op de vrije markt. En ook kan iedereen inschrijven op 'activiteiten voor ouderen'.

Wat ook speelt is dat er veel lange termijn projecten zijn. Om het zicht hierop te houden en de voortgang te bewaken is goede sturing noodzakelijk. Die was er tot nu toe niet. De gemeente zou een goede regie moeten voeren. Opbouwwerkers werken niet voor de GGD. De GGD heeft een geheel eigen visie. Door de zwakke aansturing ligt de macht nu bij de zorg (vooral in Woensel).

Het maatschappelijk werk werkt in het gezondheidscentrum al veel samen met andere partijen zoals politie, schuldhulpverlening enz. Eigenlijk is een woonservicezone helemaal niet nodig, want het wijkbureau is al het centrale punt. Eigenlijk is een woonservicezone vooral nuttig om overlap te voorkomen. Maar met de opkomende marktwerking is maar de vraag of het zo zal uitpakken.

Wil je binnen een woonservicezone iets concretiseren, dan heb je als uitvoerende altijd fiat van hogere niveaus nodig. Daar worden voorstellen zoals het opzetten van een buurtsuper of een

informatie- en adviescentrum vaak afgeketst. Veel goede ideeën lopen vast in hiërarchische bureaucratische structuren.

In de Hagenkamp is men bezig met een woonservicezone los van de grote woonservicezones. Loop top! Heeft waarschijnlijk te maken met kleinschaligheid, andere (betere?) aansturing, kortere lijnen.

Belangrijk is dat er meer aandacht komt voor sturing en goede communicatie in de overlegstructuur van de woonservicezones.

Perspectief

Loket W is specialist in welzijn. Algemeen Maatschappelijk werk is ‘vuilnisbak’: laagdrempelig, snelwerkend en specialistisch. AMW vormt één loket voor alles op het gebied van welzijn met bruggenbouwers, kwartiermakers en specialisaties (??). Maar niet gespecialiseerd zoals dat vroeger was. Het is voor sommigen een uitdaging om meer outreachend te gaan werken en daar is het maatschappelijk werk ook mee bezig. Daarvoor is deskundigheidsbevordering noodzakelijk. Je komt met een brede problematiek in aanraking. Inzicht in regelgeving is één van de gebieden waar deskundigheidsbevordering noodzakelijk is. Preventief werken is zeer belangrijk. Daarbij moet misschien aan bepaalde doelgroepen prioriteit gegeven worden, de mensen die echt buiten de boot vallen. En de ervaring is dat dat er steeds meer worden. Juist deze groep is moeilijk te bereiken. Je zou via bijvoorbeeld sociale diensten zorgtrajecten kunnen starten.

Een voorbeeld van het organiseren van netwerken rondom mensen is de Alzheimer buurtontmoeting. Dit alles is georganiseerd rondom het netwerk van iemand die bekend was (bij?) omdat hij zelf vrijwilliger is (waar?) met Alzheimer. Het zou een kerntaak van opbouwwerk moeten zijn om een probleem te signaleren en waar mogelijk de kans te grijpen als zich iemand voordoet waarbij je aan kan sluiten aan zijn/haar netwerk. Het gaat om mogelijkheden op het individuele niveau. Buurtnetwerken zijn daarbij heel belangrijk. Er blijven mensen in de buurt waarmee je moeilijk contact krijgt. De toegang tot de thuiszorg is verhoogd waardoor mensen die eigenlijk die zorg nodig hebben om financiële redenen hier vanaf zien. Tevens indiceert het RIO strenger. Mensen kunnen hun Alzheimer bijvoorbeeld gemakkelijker verstoppen (is juist symptoom van Alzheimer) waardoor de thuiszorg ten onrechte afgewezen wordt.

Ook hoe aan te sluiten bij dit soort mogelijkheden op buurtniveau en hoe toegang te krijgen tot moeilijk bereikbare groepen is deskundigheidsbevordering nodig.

Welzijn gaat voor de zorg uit. Het gaat erom dat je mensen stimuleert waar mogelijk zelf iets aan de eigen situatie te doen, waar mogelijk met behulp van hun netwerk. Het gaat enerzijds om kleinschalige zaken, maar de taak van het opbouwwerk is om ook op lange termijn projecten op te zetten gericht op het zo snel mogelijk toe leiden naar zelfstandigheid. De andere kant is om op zoek te gaan naar verborgen problematiek “Nu moet u echt hulp vragen” mag niet vergeten mag worden. Maar de BVE wordt wegbezuinigd en dat spoort hier niet mee. Daarbij moet er rekening gehouden worden met het feit dat veel welzijnswerk heel verkokerd is evenals de organisaties vertegenwoordigd in woonservicezones. Daar moet wat aan gebeuren. Het welzijnswerk moet prioriteit geven aan de sociaal zwakkeren: kwetsbare groepen.

Verslag groepsgeprek met medewerkers van Loket W, 4 november 2004

Aanwezig van Loket W: 2 maatschappelijk werkers, 1 ouderenadviseur, 1 opbouwer, 1 medewerker begeleid wonen, 1 sociaal raadslied en 1 stagiaire
Van Fontys: Angeliek Meijer (SPH) Lilian Linders (SW)

Het begrip vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking roept bij de aanwezigen verschillende beelden op.

Een paar mensen noemen positieve elementen als: “vermaatschappelijking betekent gezamenlijke verantwoordelijkheid voor mensen die in de wijk wonen” en “het is goed om als loket W er te zijn voor alle mensen”.

Bij de meeste welzijnswerkers overheerst de zorg om de negatieve gevolgen die men verwacht als zorg van intramuraal meer extramuraal wordt ingezet. Twee problemen staan daarin centraal:

1. Men verwacht dat concurrentie een leidend mechanisme wordt.
2. Men verwacht dat de rol van vrijwilligers zal toenemen.

Over de toenemende rol van vrijwilligers worden diverse zorgen geuit:

- De vrijwilligers zullen uitvoerders worden en de rol van de welzijnswerker zit dan in het ondersteunen van de vrijwilligers. Dit kan leiden tot devaluatie van je eigen werk.
- Je blijft verantwoordelijk en moet herstellen wat er fout gaat. Je moet dus wel constant blijven investeren in de vrijwilligers. De vraag is waar houdt het vrijwilligerswerk op en wat moet je aan de professional over laten. B.v. “Voor de maatschappelijk werker is het sociaal raadswerk al moeilijk, dat kan je niet aan vrijwilligers overlaten”
- Hoe selecteer je de vrijwilligers. “Er zijn ook vrijwilligers die niets kunnen maar toch het werk willen blijven doen. Wat moet je dan?”

Welke problemen worden nu al in de praktijk ervaren?

- Ervaringen met probleemgroepen in de wijk?

De ervaringen zijn verschillend: van “Ik zie nog niet echt toename van mensen uit zorginstellingen in de wijk” tot ervaringen van toename van probleemgroepen in steeds meer wijken. “Er is sprake van verloedering, ook als gevolg van afbraak”

-De Opbouwer constateert dat steeds meer (ex) psychiatrische patiënten in de wijk terechtkomen. De wijken worden voor voldongen feiten gezet. Wijkbewoners moeten met hen leren omgaan en omgekeerd. Dat is moeilijk. Er vallen steeds meer mensen tussen de wal en het schip. De communicatie is slecht; er is weinig contact met de casemanager. Er ontwikkelen zich wel netwerken (politie, Novadic, GGZ, gemeente, welzijn).

-Woonbegeleiders die te maken krijgen met moeilijke doelgroepen ontberen veelal de kennis omtrent deze doelgroepen en dit wekt weerstand op.

- Zijn burgers nog bereid te helpen?

Ervaringen met betrekking tot het onderling helpen van mensen zijn verschillend. Er zijn zowel positieve als negatieve ervaringen met betrekking tot hulpvaardigheid van buurtbewoners. Hoe dan ook: geconstateerd wordt dat de verplichting tot helpen veel groter is geworden als gevolg van de verandering van de Rio indicatie.

- Een groot probleem vormen de bezuinigingen

Vermaatschappelijking als idee is goed, maar het gevaar zit hem in de bezuinigingen. De ‘centenkwestie’ heeft de discussie over de visie overgenomen. Enkele voorbeelden:
-Het sociaal raadswerk krijgt steeds meer zaken naar zich toegeschoven; bijvoorbeeld als gevolg van het feit dat het CWI geen aanbod meer doet met betrekking tot informatie en advieswerk. De sociaal raadsliden zeggen prima te kunnen inspelen op de vragen, mits daar maar voldoende mankracht tegenover komt te staan. Het project sociaalraadsliden is aan zijn eigen succes ten onder gegaan: er wordt met de helft aan menskracht gekort!
-maatschappelijk werk ziet, als gevolg van bezuinigingen, dat ook vanuit jeugdzorg veel cliënten doorgeschoven worden zonder dat er sprake is van goede kennisoverdracht. Daarbij wordt de zorg geuit dat gespecialiseerde zorg mag niet verloren gaan.

- Interne problemen binnen loket W
Ernstige reorganisatie perikelen maken de aanwezigen mismoedig. Niet alleen extern, maar ook binnen loket W ontbreekt het aan samenhang. Oorzaken worden vooral gezocht in het oude managementbeleid.
Er is veel te weinig overleg op programmaniveau.
Samenwerking ontbreekt. “Binnen de eigen disciplines is er al weinig samenwerking, laat staan over de disciplines heen!”

Welke kansen liggen er voor de welzijnswerkers?

Er worden verschillende mogelijkheden genoemd:

- “Waar meerdere deskundigheden bij elkaar zijn (b.v. binnen een gezondheidscentrum) is juist de rol van coördinator voor een welzijnswerker een goede optie”.
- Woon-servicezones geven een mogelijkheid tot betere samenwerking. Maar dit gaat niet vanzelf. “Pas wel op de valkuil van overleggen omwille van het overleggen. Organiseer niet te veel structureel overleg, maar overleg vanuit een direct gevoelde behoefte”.
- De welzijnswerker die als gevolg van de reorganisatie haar baan verliest, noemt het is een gemiste kans als mensen die werkloos zijn, zoals zij, het moeilijk gemaakt wordt om vrijwilligerwerk te doen.

Hoe kan de welzijnswerker beter op de toekomst worden voorbereid?

- De algemene verwachting is dat welzijnswerkers steeds meer als partners in een netwerk gaan functioneren. Dit vereist een meer zakelijke houding van de welzijnswerker dan tot nu toe.
 - Het vraagt om beter leren onderhandelen en profileren van eigen kwaliteiten.
 - Maar ook: hoe stel je je minder afhankelijk op (van de lokale politiek)? Met andere woorden: hoe kan je meer zelf bedruipend worden? Het gaat dan zowel om financiering van de projecten (fondswerving) als om de implementatie.
 - Voor het regulier onderwijs worden modules politicologie en keuzes maken erg zinvol geacht.
- Wat betreft de inhoud gaat het zowel om individuele ondersteuning kunnen geven als in toenemende mate om het leren ondersteunen van groepen (vrijwilligers) die anderen helpen. Coachingsvaardigheden worden hierbij als erg belangrijk gezien.